

Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo

São Paulo

2018



TERMO DE COOPERAÇÃO: PPSUS-SP 2016-2018: PROCESSO
SCON2016-02872 FAPESP 2016/15205-5

Ficha técnica

Instituições parceiras

Coordenação: Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CSE/FMUSP); Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) - Programa Estadual de Saúde do Adolescente/Coordenação de Atenção Básica; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP).

Parcerias Institucionais: Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS-SP); SES-SP/Programa Estadual de DST/AIDS/Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Drogas.

Apoio Técnico/Financeiro: Programa Pesquisa para o SUS – gestão compartilhada em saúde (PPSUS) – Ministério da Saúde/Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (Decit/SCTIE), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP): Processo FAPESP 2016/15205-5, e Termo de Cooperação – Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial de Saúde (OMS): SCON2016-02872.

Pessoas envolvidas

Equipe de coordenação: Mariana Arantes Nasser (CSE/FMUSP; Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)), Sandra Mara Garcia (CEBRAP), Wilson Pereira de Souza (Programa Estadual de Saúde do Adolescente, SES-SP).

Interlocutores(as): Albertina Duarte Takiuti (Programa Estadual de Saúde do Adolescente, SES-SP), Arnaldo Sala (Coordenação de Atenção Básica, SES-SP), Elza Salvatori Berquó (CEBRAP), José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres (Departamento de Medicina Preventiva, FMUSP).

Equipe de pesquisa: Adalto Alfredo Pontes Filho (preceptor do Programa de Residência em Medicina Preventiva e Social, Hospital das Clínicas (HC)/CSE/FMUSP), Carolina Rogel de Souza (Faculdade de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)), Débora Hermann (pesquisadora CEBRAP, CSE/FMUSP), Denise Piccirillo Barbosa da Veiga (bolsista de Treinamento Técnico FAPESP, CSE/FMUSP), Fernanda Lopes Regina (pesquisadora CEBRAP, CSE/FMUSP), Gabriela Souza Murizine (bolsista de Treinamento Técnico FAPESP, CSE/FMUSP), Jan Billand (pesquisador CEBRAP, bolsista de Treinamento Técnico FAPESP, CSE/FMUSP), Júlia de Campos Cardoso Rocha (bolsista de Treinamento Técnico FAPESP, CSE/FMUSP), Maria Altenfelder Santos (gestora operacional; pesquisadora CEBRAP, CSE/FMUSP), Neusa Francisca de Jesus (Programa Estadual de Saúde do Adolescente, SES-SP), Patrícia Ferreira de Andrade (bolsista de Treinamento Técnico FAPESP, CSE/FMUSP), Regina Figueiredo (Instituto de Saúde, SES-SP), Sofia Simão Martins (Especialização em Medicina de Adolescentes, Unidade de Medicina de Adolescentes, Instituto da Criança (ICr), HC/FMUSP).

Experts: Carmen Cecília de Campos Lavras (Núcleo de Estudos em Políticas Públicas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)), Evelyn Eisenstein (Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Coordenação de Telemedicina da Faculdade de Ciências Médicas), Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos (Departamento de Informações em Saúde, Centro de Informação Científica e Tecnológica, Fundação Oswaldo Cruz), Juliana Rezende Melo da Silva (Coordenação Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens, Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Ministério da Saúde), Lígia Bruni Queiroz (Unidade de Medicina do Adolescente, ICr, HC/FMUSP), Maria do Carmo Salviano Adrião (Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF),

Maria Ignez Saito (Departamento de Pediatria, FMUSP), Maria Ines Battistella Nemes (Departamento de Medicina Preventiva, FMUSP), Miriam Ventura da Silva (Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)), Ruth Terezinha Kehrig (Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)).

Apoio técnico: Alzira Ciampolini Leal (Programa Estadual de Saúde do Adolescente, SES-SP), Analice de Oliveira (Programa Estadual de DST/aids, SES-SP), Aparecida Linhares Pimenta (COSEMS-SP), Beatriz Pereira (CSE/FMUSP), Daniela Vinhas Bertolini (Programa Estadual de DST/aids, SES-SP), Fernanda Ranna (OPAS/OMS), Gleidiane Hedvigues dos Santos (CSE/FMUSP), Khrysantho Muniz (Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Drogas, SES-SP), Lia Pinheiro (Programa Estadual de Saúde do Adolescente, SES-SP), Lucilene Barros dos Santos (CSE/FMUSP), Marcia Tubone (COSEMS-SP).

Apoio administrativo: Kelly Almeida (CEBRAP), Maria Goreti Barros Salgueiro Pereira (CSE/FMUSP).

Contribuíram com o projeto: Adelaide Nardocci, Ana Paula Loch, Ana Maroso Alves, Ana Emília Leal, Ana Sílvia Whitaker Dalmaso, Artur Olhovetchi Kalichman, Benito Lourenço, Caio César Brandão Soares, Carlos Henrique Ramos de Oliveira, Carolina Adania, Caroline Borges da Cunha, Claudia Chagas de Souza, , Derci Andolfo, Elen Rose Lodeiro Castanheira, Emislene Leite, Francine Maia França, Gabriela Junqueira Calazans, Ivan França Junior, Joana M. Shikanai Kerr, Josiane Fernandes Lozigia Carrapato, Jucélia Barbosa, Laura Ferranty Mac Lennan, Leticia de Almeida Lopes Candido, Lira Ferreira Gonçalves Christofoli, Maria Elizabeth Mantuani de Figueiredo Sardinha, Maria Fernanda Tourinho Peres, Maritsa Carla de Bortoli, Marta Campagnoni Andrade, Neil José Sorge Boaretti, Oneida Borges, Nivaldo Carneiro Junior, Raquel Zaicaner, Regina Bichaff, Rita de Cássia Silva Carvalho, Rosa de Alencar Souza, Rosangela Elias Tischenberg, Rubens Kon, Sandra Montagna Barelli, Vera Sivia Facciolla Paiva.

Análise estatística: Rogério Ruscitto do Prado

Concepção do site web: Joao Minetto

Revisão de texto: Fernanda de Souza Sbrissa

Agradecimentos

Aos municípios do Estado de São Paulo que aderiram ao projeto e, por meio de suas áreas técnicas e coordenadorias, possibilitaram a participação dos serviços de saúde.

Aos serviços participantes do questionário – Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços de Atenção Especializada (SAE) e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) em IST/aids, Casas do Adolescente, ambulatórios especializados em adolescentes de hospitais –, pela contribuição de seus gerentes e equipes.

Aos(às) adolescentes, jovens, profissionais de saúde e intersetoriais, gerentes de serviços de saúde e gestores do setor saúde que participaram dos grupos focais.

Aos participantes das oficinas-piloto nas regiões de Itapetininga, Litoral Norte e Mananciais – adolescentes, jovens, membros de movimentos sociais, profissionais de saúde e intersetoriais, gerentes de serviços de saúde e gestores do setor saúde –, bem como a integrantes das Comissões Intergestores Regionais (CIR) Itapetininga, Litoral Norte e Mananciais e dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) Sorocaba, Taubaté e Grande São Paulo.

Aos movimentos sociais de/para adolescentes e jovens, pela disponibilidade de compartilhar saberes e ideias e apoio na divulgação e construção do projeto.

A todos que possibilitaram a divulgação do projeto e de suas etapas, contribuindo para a adesão dos participantes – assessores e apoiadores do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo, articuladores da Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), articuladores da Saúde Mental da SES-SP, articuladores da Saúde do Adolescente da SES-SP, coordenadores dos Grupos de Vigilância Epidemiológica e interlocutores da aids.

Aos parceiros que participaram de discussões sobre o projeto, contribuindo para sua viabilização e para a revisão do documento – à Comissão Científica do Programa de Adolescentes e ao Grupo Técnico Bipartite de Atenção Básica.

Aos gestores integrantes da Comissão Intergestores Bipartite de São Paulo, pela disponibilidade para o projeto e receptividade à Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude no Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J).

À Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que, por meio do Termo de Cooperação com o Programa Estadual de Saúde do Adolescente, contribuiu para a viabilização do projeto, bem como sua legitimidade.

Ao Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS), que a partir de sua característica de articulação entre academia, serviços e gestão, contribuiu para a viabilização do projeto, bem como para sua aplicação ao SUS paulista. Um destaque aos participantes dos seminários de pesquisa do PPSUS e à mediação pelo Instituto de Saúde da SES-SP.

Aos(às) adolescentes e jovens que participam da experiência local Ocupe o CSE e aos integrantes do projeto de extensão universitária para promoção de saúde na adolescência e juventude em construção no Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa da Faculdade de Medicina da USP (CSE/FMUSP).

Aos membros e trabalhadores das instituições que sediaram o projeto – CSE/FMUSP e Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CBRAP) –, um agradecimento por receberem os pesquisadores do projeto LCA&J.

A todas as pessoas envolvidas no desenvolvimento do projeto e na elaboração deste documento da LCA&J – coordenadores(as), interlocutores(as), pesquisadores(as), *experts*, apoiadores(as) e demais colaboradores(as) –, pelo trabalho comprometido e de qualidade. Um agradecimento, em destaque, para a equipe de pesquisa, por sua atuação com dedicação, criatividade e entusiasmo.

Para adolescentes e jovens que vivem nos municípios do estado de São Paulo.

Lista de siglas

ACS	Agentes comunitários de saúde
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
APS	Atenção primária à saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS IJ	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CDCM	Centro de Defesa e de Convivência da Mulher
CEBRAP	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CEDECA	Centro de Defesa da Criança e do Adolescente
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CEU	Centros Educacionais Unificados
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CMDCA	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COSEMS-SP	Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRAVI	Centro de Referência de Apoio à Vítima
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRM	Centro de Referência a Mulheres em Situação de Violência
CRT	Centro de Referência e Treinamento
CSE/FMUSP	Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa da Faculdade de Medicina da USP
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/aids
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DDM	Delegacia de Defesa da Mulher
Dedit/SCTIE	Departamento de Ciência e Tecnologia da SCTIE
DIU	Dispositivo intrauterino
DRS	Departamentos Regionais de Saúde
DST	Doença sexualmente transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EJ	Estatuto da Juventude
EJA	Educação de jovens e adultos
EMEF	Escola municipal de ensino fundamental
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FIES	Financiamento Estudantil
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FSH	Hormônio folículo-estimulante
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPV	Vírus do papiloma humano
HSH	Homens que fazem sexo com outros homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICr	Instituto da Criança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano

IPVSÍndice Paulista de Vulnerabilidade Social
IST.....Infecção sexualmente transmissível
LCA&JLinha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude no Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo
LGBTLésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais ou transgêneros
LHHormônio luteinizante
MEC.....Ministério da Educação
NASF.....Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMSOrganização Mundial da Saúde
ONG.....Organização não governamental
OPASOrganização Pan-Americana de Saúde
OSCIP.....Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PANCSPlantas alimentícias não convencionais
PASA.....Programa de Atenção à Saúde na Adolescência
PeNSE.....Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PEPProfilaxia pós-exposição ao HIV
PIBProduto interno bruto
PICSPráticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNAD.....Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PPSUS.....Programa Pesquisa para o SUS
PreP.....Profilaxia pré-exposição ao HIV
PSF.....Programa Saúde da Família
PTSProjetos Terapêuticos Singulares
PVHIVPessoas vivendo com HIV
RAPS.....Rede de Atenção Psicossocial
REMUME.....Relação Municipal de Medicamentos
RRAS.....Redes Regionais de Atenção à Saúde
SAEServiço de Atenção Especializada em DST/aids
SAICA.....Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes
SAMUServiço de Atendimento Móvel de Urgência
SCTIESecretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SEADE.....Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SES-SP.....Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SisuSistema de Seleção Unificado
SUSSistema Único de Saúde
TabNetInformações de Saúde
TARV.....Tratamento Antirretroviral
TDAHtranstorno de déficit de atenção e hiperatividade
UAUnidade de Acolhimento
UBS.....Unidades Básicas de Saúde
UNICEFFundo das Nações Unidas para a Infância
UNIFESP.....Universidade Federal de São Paulo
UPAUnidade de Pronto Atendimento
USFUnidade Saúde da Família
USPUniversidade de São Paulo

Lista de figuras

Figura 1 – Mapa do IPVS.....	11
Figura 2 – Mapa da distribuição dos serviços de saúde e IDH médio das CIR.....	12
Figura 3 – Rede de serviços da RRAS 17, DRS de Taubaté, e porcentagem de adolescentes e jovens por município	16
Figura 4 – Mapa do potencial da LCA&J a partir das respostas dos serviços ao que se refere aos encaminhamentos, tendo como possibilidade os serviços presentes na RRAS	17
Figura 5 – Mapas do potencial da LCA&J a partir das respostas dos serviços ao que se refere aos encaminhamentos tendo como possibilidade os serviços presentes na RRAS	18
Figura 6 – Rede de serviços da DRS Sorocaba e porcentagem de adolescentes e jovens por município	19
Figura 7 – Mapa do potencial da LCA&J a partir das respostas dos serviços ao que se refere aos encaminhamentos tendo como possibilidade os serviços presentes na RRAS.	20
Figura 8 – Mapas do potencial da LCA&J a partir das respostas dos serviços ao que se refere aos encaminhamentos tendo como possibilidade os serviços presentes na RRAS	21
Figura 9 – Rede de serviços das RAAS 04 e 06 e porcentagem de adolescentes e jovens por município	22
Figura 10 – Mapa do potencial da LCA&J a partir das respostas dos serviços ao que se refere aos encaminhamentos tendo como possibilidade os serviços presentes na RRAS	23
Figura 11 – Mapas do potencial da LCA&J a partir das respostas dos serviços ao que se refere aos encaminhamentos tendo como possibilidade os serviços presentes na RRAS	24
Figura 12 – Idades de início e fim da adolescência e da juventude, segundo o tipo de serviço	31
Figura 13 – Esquema do cuidado integral de adolescentes na atenção primária	33
Figura 14 – Esquema preliminar da LCA&J	34
Figura 15 – Diagrama geral da LCA&J	35
Figura 16 – Cuidado de adolescentes e jovens e articulações a partir da UBS.....	48
Figura 17 – Cuidado de adolescentes e jovens e articulações a partir dos SAE e CTA	50
Figura 18 – Cuidado de adolescentes e jovens e articulações a partir do CAPS.....	52
Figura 19 – Cuidado de adolescentes e articulações a partir da Casa do Adolescente.....	54
Figura 20 – Cuidado de adolescentes e articulações a partir dos ambulatórios especializados em adolescência em hospitais universitários	56
Figura 21 – Acesso à LCA&J e atribuições dos serviços participantes	57
Figura 22 – Letra de canção da <i>Pequena Sereia</i>	109
Figura 23 – Dança africana	117
Figura 24 – Dança indígena.....	118
Figura 25 – <i>Meme</i> sobre direitos da criança e do adolescente	121
Figura 26 – Maquetes construídas nas oficinas-piloto nas CIR Litoral Norte, Itapetininga e Mananciais	133
Figura 27 – As etapas da metodologia do projeto de LCA&J.....	146
Figura 28 – Resultados do questionário: idades indicadas como início da adolescência, em frequência, por tipo de serviço	148
Figura 29 – Resultados do questionário: idades indicadas como fim da adolescência, em frequência, por tipo de serviço	148
Figura 30 – Resultados do questionário: idades indicadas como início da juventude, em frequência, por tipo de serviço	149
Figura 31 – Resultados do questionário: idades indicadas como fim da juventude, em frequência, por tipo de serviço.....	149

Figura 32 – Resultados do questionário: critério utilizado para a definição de adolescência e juventude	150
Figura 33 – Materiais de divulgação, produções e fotos do Ocupe o CSE.....	174

Lista de tabelas

Tabela 1 – Serviços que responderam ao questionário da LCA&J.....	13
Tabela 2 – Principais questões que motivam a procura de adolescentes e jovens pelo serviço	151
Tabela 3 – Critérios para escolha de profissionais que atuam com adolescentes	152
Tabela 4 – Acesso de adolescentes ao primeiro atendimento, sem a presença de pais, familiares ou responsáveis, segundo faixa etária.....	152
Tabela 5 – Situações em que pais, familiares ou responsáveis são informados sobre os conteúdos dos atendimentos realizados com adolescentes	152
Tabela 6 – Tópicos abordados rotineiramente nos atendimentos individuais a adolescentes.....	153
Tabela 7 – Atividades em grupo desenvolvidas com adolescentes.....	153
Tabela 8 – Temas abordados em atividades individuais e/ou em grupo com adolescentes	154
Tabela 9 – Ações específicas para população jovem de 18 a 30 anos diferenciadas do restante da população adulta	155
Tabela 10 – Temas abordados em atividades individuais e/ou em grupo com jovens de 18 a 30 anos	155
Tabela 11 – Ações desenvolvidas com outros serviços disponíveis nas redes municipal e regional voltadas para a saúde de adolescentes e jovens.....	156
Tabela 12 – Encaminhamentos de adolescentes e jovens realizados por UBS	156
Tabela 13 – Encaminhamentos de adolescentes e jovens realizados por SAE a adolescentes.....	157
Tabela 14 – Encaminhamentos de adolescentes e jovens realizados por serviços hospitalares	158
Tabela 15 – Encaminhamentos de adolescentes e jovens realizados por CAPS	159
Tabela 16 – Encaminhamentos de adolescentes e jovens realizados por SAE e CTA	159
Tabela 17 – Utilização dos dados registrados sobre os(as) usuários(as) para a organização do trabalho no serviço.....	160

Lista de quadros

Quadro 1 – Atribuições, finalidades das ações, atividades e articulações propostas para as UBS na LCA&J	47
Quadro 2 – Atribuições, finalidades das ações, atividades e articulações propostas para os SAE e CTA na LCA&J.....	49
Quadro 3 – Atribuições, finalidades das ações, atividades e articulações propostas para os CAPS na LCA&J	51
Quadro 4 – Atribuições, finalidades das ações, atividades e articulações propostas para as Casas do Adolescente na LCA&J.....	53
Quadro 5 – Atribuições, finalidades das ações, atividades e articulações propostas para os ambulatorios especializados em adolescência na LCA&J	55
Quadro 6 – Políticas, normas e diretrizes estabelecendo recomendações relevantes para a LCA&J	135
Quadro 7 – Publicações recomendadas que orientam o trabalho com adolescentes e jovens.....	138
Quadro 8 – Resultados dos grupos focais: compreensões acerca da adolescência	162
Quadro 9 – Resultados dos grupos focais: compreensões acerca da juventude	163
Quadro 10 – Síntese das iniciativas para implementação da LCA&J formuladas pelos participantes às oficinas nas três regiões-piloto	167

Resumo executivo

A relevância da proposição da Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J), considerando o grupo populacional e a perspectiva da saúde pública, está em critérios de magnitude dos problemas de saúde, mas, sobretudo, no impacto social e na permeabilidade desse grupo às ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, atenção curativa e reabilitação. Esse desafio requer a busca pela integralidade, considerando adolescentes e jovens como sujeitos participantes do cuidado, por meio de tecnologias para o encontro entre adolescentes, jovens e profissionais de saúde; e da articulação entre os serviços de atenção à saúde e intersetorial em cada região, com trabalho interprofissional e interdisciplinar.

O objetivo geral da LCA&J é garantir o cuidado integral à saúde de adolescentes e jovens em serviços ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado de São Paulo.

Os objetivos específicos da LCA&J são:

- Garantir os direitos em saúde e cidadania de adolescentes e jovens, por meio de orientações sobre modos de organização do trabalho que visem a concretizar os princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social.
- Estabelecer as atribuições de cada tipo de serviço ambulatorial de saúde que atende adolescentes e jovens no SUS, em São Paulo: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Casas do Adolescente, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços de Atenção Especializada (SAE) e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) em Doenças Sexualmente Transmissíveis (IST)/aids, e ambulatórios especializados em adolescência de hospitais universitários.
- Qualificar as práticas de cuidado com a saúde de adolescentes e jovens, voltadas ao reconhecimento de suas necessidades de saúde, à busca por atingir as finalidades de promoção da saúde, prevenção de doenças, atenção curativa e reabilitação, bem como ao aprimoramento da interação entre adolescentes, jovens e equipe de saúde.
- Aprimorar as formas de articulação entre os serviços ambulatoriais de saúde que atendem adolescentes e jovens – UBS, Casas do Adolescente, CAPS, SAE e CTA e ambulatórios especializados em adolescentes de hospitais universitários – no SUS, em São Paulo, considerando as particularidades na composição da rede assistencial em cada região de saúde.
- Orientar sobre as possibilidades de buscar articulação entre os serviços de saúde e a comunidade, os equipamentos sociais e os serviços de outros setores.

Este documento visa a apresentar:

- 1) Informações sobre o cuidado com a saúde de adolescentes e jovens, no momento atual, no Estado de São Paulo, a fim de justificar a necessidade da LCA&J e de contribuir para a sua implementação nas diferentes regiões, municípios e serviços, apoiando gestores, gerentes e profissionais de saúde.
- 2) A perspectiva e a proposta para a LCA&J, incluindo seus objetivos, as atribuições de cada serviço e orientações para a articulação em rede.
- 3) Orientações e recomendações para a prática de atividades de cuidado com adolescentes e jovens voltadas a profissionais de saúde.

O documento está organizado em nove seções, que abordam: os motivos para a LCA&J; os referenciais da LCA&J; os objetivos da LCA&J; a proposta da LCA&J; orientações para o trabalho com adolescentes e jovens; temas e atividades sugeridas para esse trabalho; proposta de oficinas e

exercícios para implementação da LCA&J nas regiões de saúde; referências para aprofundamento; e informações sobre o projeto realizado. Sua leitura pode se dar na íntegra ou conforme mais oportuno, com vistas à efetuação da LCA&J nos serviços, nos municípios e nas regiões do Estado de São Paulo. O documento é dirigido a gestores do setor saúde, gerentes e profissionais dos serviços de saúde e outros atores interessados na questão do cuidado com a saúde para adolescentes e jovens.

A LCA&J foi construída por meio de um projeto com a coordenação compartilhada entre o Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CSE/FMUSP); o Programa Estadual de Saúde do Adolescente e a Área de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP); e o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP); além do estabelecimento de parcerias institucionais com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS-SP), o Programa Estadual de DTS/aids e hepatites virais e a Área de Saúde Mental da SES-SP. Esse projeto ocorreu em 2017 e 2018 e contou com apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) e do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (Chamada PPSUS/FAPESP 2016).

A metodologia envolveu a realização de revisão bibliográfica; a elaboração e aplicação de questionário a serviços de níveis primário, secundário e terciário; grupos focais com profissionais de saúde e da rede intersetorial, gerentes, gestores, adolescentes e jovens; consulta a *experts*; experiência-piloto da LCA&J em três regiões – Comissão Intergestores Regionais (CIR) Itapetininga, Litoral Norte e Mananciais –; elaboração de documento da LCA&J; reuniões com gestores para coleta de recomendações para pactuação, com destaque para a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em 2017; e elaboração de indicadores para avaliação. O projeto contou com a aprovação dos comitês de ética em pesquisa da FMUSP (CAAE: 64912817.5.0000.0065 / Parecer: 1.977.538), do Instituto de Saúde CEPIS-SP (CAAE: 64912817.5.3001.5469 / Parecer: 2.110.899) e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CAAE: 64912817.5.3002.0086 / Parecer: 2.208.541).

Os resultados alcançados incluem o desenvolvimento e a análise dos resultados de um questionário com 50 questões, respondido por 949 serviços respondentes, de 252 (39,1%) municípios de São Paulo; a consulta a dez especialistas (*experts*) sobre adolescência, juventude e planejamento; a realização de seis grupos focais com adolescentes, jovens, profissionais de saúde, intersetoriais, gerentes e gestores (10 participantes cada); experiências-piloto em 3 CIR (Itapetininga, Litoral Norte e Mananciais), compostas de duas oficinas presenciais e seis semanas de exercício nos municípios; a elaboração de documento da LCA&J, com recomendações de boas práticas; e consultas para revisão do documento (pesquisadores, *experts*, Comissão Científica do Programa Estadual de Adolescentes e Grupo Técnico Bipartite em Atenção Básica da SES-SP).

As principais recomendações para a LCA&J são relativas a considerar sua coordenação a partir da Atenção Primária; reconhecer as necessidades de adolescentes e jovens como condutoras dos trabalhos; e buscar a implementação e manutenção da LCA&J mediada por grupos de trabalho em redes regionais.

Sumário

Apresentação	1
Resumo do projeto	1
Como ler este documento	3
1 Motivos para a Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado	5
1.1 Adolescência e juventude	5
1.2 Saúde na adolescência e juventude	6
1.3 Princípios e diretrizes do SUS para a saúde de adolescentes e jovens	7
1.4 Contexto: adolescentes e jovens do Estado de São Paulo	9
1.4.1 Caracterização socioeconômica do Estado de São Paulo	10
1.4.2 A atenção à saúde de adolescentes e jovens do Estado de São Paulo	12
2 Referenciais para a Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J)	25
2.1 Referencial teórico-conceitual: a integralidade	25
2.2 Contribuição das linhas de cuidado no planejamento e na organização da atenção à saúde	27
2.3 A perspectiva da LCA&J	30
3 Objetivos da Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J)	37
4 A LINHA DE CUIDADO PARA A SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO (LCA&J)	38
4.1 Recomendações gerais para o cuidado de adolescentes e jovens	38
4.1.1 Serviços de saúde que participam da LCA&J	38
4.1.2 Recomendações sobre atribuições comuns a todos os serviços	41
4.2 Atribuições de cada serviço e articulação dos serviços em rede	46
5 Orientações para o trabalho com adolescentes e jovens	58
5.1 As percepções sobre a adolescência e a juventude	58
5.2 Direitos de adolescentes e jovens	61
5.3 Identidade e pertencimento	67
5.4 Preocupações sobre o corpo, a aparência e o julgamento dos outros	69
5.5 Mudanças e descobertas	72
5.6 Puberdade, mudanças do corpo	74
5.7 Busca por orientações, proteção e cuidados em saúde	76

5.8	Relacionamentos sociais e afetivos no cotidiano de adolescentes e jovens	80
5.9	Saúde digital.....	83
5.10	Sonhos e planos para o futuro	86
5.11	Estudos e formação	88
5.12	Trabalho e renda	90
6	Temas e atividades sugeridas para o trabalho com adolescentes e jovens.....	93
6.1	Aspectos relevantes nos encontros, nas consultas e nos atendimentos individuais	94
6.2	Aspectos relevantes no trabalho com grupos	96
6.3	Temas.....	98
6.3.1	Adolescência	99
6.3.2	Juventude	100
6.3.3	Alimentação	102
6.3.4	Corpo	104
6.3.5	Saúde sexual e reprodutiva	106
6.3.6	Gênero e sexualidade	108
6.3.7	Violência	110
6.3.8	Uso de álcool e outras drogas.....	112
6.3.9	Escola.....	114
6.3.10	Projetos e sonhos	115
6.3.11	Religião, cultura, etnia, raça e cor da pele	116
6.3.12	Território	118
6.3.13	Participação social e direitos humanos.....	120
6.3.14	Saúde digital	122
7	Proposta de oficinas e exercícios para implementação nas regiões de saúde da Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J)	124
7.1	Apresentação da oficina e atividades de diagnóstico	124
7.2	Intervalo: exercício no caderno de trabalho	127
7.3	Atividades propositivas e encerramento	128
8	Para saber mais	135
8.1	Sobre recomendações e políticas públicas relevantes para a saúde na adolescência e juventude.....	135
8.2	Publicações recomendadas que orientam o trabalho com adolescentes e jovens	138
8.3	Dados e informações sobre a população adolescente e jovem no Brasil e no Estado de São Paulo.....	144
9	Sobre o projeto.....	146

9.1	Questionário descritivo das atividades desenvolvidos em serviços de saúde do Estado de São Paulo	147
9.2	Grupos focais	160
9.3	Oficinas em regiões-piloto	166
9.4	Relato de experiência local com promoção da saúde, participação social, educação em saúde e intersetorialidade	172
	Referências bibliográficas	175

Apresentação

O documento *Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J)*¹ tem três objetivos. O primeiro é apresentar informações sobre o cuidado com a saúde de adolescentes e jovens, no momento atual, no Estado de São Paulo, a fim de justificar a necessidade da LCA&J e contribuir para a sua implementação em diferentes regiões, municípios e serviços, apoiando gestores, gerentes e profissionais de saúde. O segundo é apresentar a perspectiva e a proposta para a LCA&J, incluindo seus objetivos, as atribuições de cada serviço e orientações para a articulação em rede. O terceiro é fornecer para profissionais de saúde orientações e recomendações para a prática de atividades de cuidado com adolescentes e jovens.

Resumo do projeto

Este projeto foi desenvolvido pela parceria entre o Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CSE/FMUSP), o Programa Estadual de Saúde do Adolescente e a Área de Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP); além de ter contado com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) e do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (Chamada PPSUS/FAPESP 2016). Foram estabelecidas parcerias institucionais com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS-SP), o Programa Estadual de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/aids e Hepatites Virais e a Área de Saúde Mental da SES-SP.

O projeto teve como objetivo a construção de uma linha de cuidado para a saúde na adolescência e juventude para o Sistema Único de Saúde (SUS), no Estado de São Paulo (SP). Como explicaremos mais adiante neste documento, as linhas de cuidado correspondem à organização de atenção para temas prioritários, com direcionalidade a partir da Atenção Primária à Saúde (APS)². No Estado de

¹ Ao longo do projeto para a construção da *Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo*, passamos a adotar a sigla *LCA&J* para facilitar a comunicação com os participantes e em materiais impressos, mensagens, documentos escritos e apresentações visuais. Neste documento, também utilizaremos esta sigla, que já é uma marca entre nós e possibilita maior brevidade, menos repetições e certa jovialidade.

² As expressões Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) se referem ao primeiro nível de atenção em saúde e recebem o mesmo identificador pelos Descritores em Saúde Coletiva (D011320).

A APS pode ser interpretada sob três perspectivas: a) como a “atenção primitiva à saúde”, conforme compreendida por Testa (1992), podendo ser traduzida como a noção de “cesta básica de saúde”; b) como uma “atenção primeira e básica” - e de primeiro nível -, com integração complexa de saberes e práticas, segundo proposição de Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996); e c) como um componente estratégico da proposta de saúde para todos, para os anos 2000, defendido pela Organização Panamericana de Saúde (1990) (PAIM, 2006, p. 50-51).

A expressão Atenção Básica (AB) é usada frequentemente pelo Ministério da Saúde do Brasil e também por estados e municípios com a ideia de evitar a confusão com o conceito “atenção primitiva à saúde”,

São Paulo, vêm sendo discutidas como forma de orientação programática no processo de descentralização e regionalização da saúde, tendo em vista grupos estratégicos e agravos prevalentes. A relevância da organização de uma linha de cuidado para a saúde de adolescentes e jovens, enquanto grupo populacional e com base na perspectiva da saúde pública, está em critérios de magnitude dos problemas de saúde, mas, sobretudo, no impacto social e na permeabilidade desse grupo às ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, atenção curativa e reabilitação. Esse desafio requer a busca pela integralidade, considerando adolescentes e jovens como sujeitos participantes do cuidado, por meio de tecnologias para o encontro entre adolescentes, jovens e profissionais de saúde; e da articulação entre os serviços de atenção à saúde e intersetorial em cada região, com trabalho interprofissional e interdisciplinar.

A realização do projeto envolveu:

- Diagnóstico sobre a atenção à saúde na adolescência e juventude em São Paulo, a partir de: revisão bibliográfica; identificação dos serviços de níveis primário, secundário e terciário do estado que atendem adolescentes e jovens (pontos de cuidado); e elaboração e aplicação de questionário *on-line* com esses serviços, para levantamento das práticas de cuidado a adolescentes já realizadas.
- Elaboração da proposta da LCA&J e de recomendações de boas práticas, a partir de: discussões em grupos focais com adolescentes, jovens, profissionais de saúde e intersetoriais, gerentes de serviços de saúde e gestores do setor saúde; e consulta a *experts* sobre temas ligados à adolescência e à juventude, linhas de cuidado e planejamento em saúde.
- Experiência-piloto da LCA&J em três regiões de saúde selecionadas – Litoral Norte, Itapetininga e Mananciais –, por meio de parcerias com as Comissões Intergestores Regionais (CIR) de cada região e com os correspondentes Departamentos Regionais de Saúde (DRS) Taubaté, Sorocaba e Grande São Paulo; a experiência-piloto envolveu, em cada região, duas oficinas e exercícios de seis semanas nos serviços e municípios.
- Revisão final da LCA&J e das recomendações de boas práticas, envolvendo consulta a todos os pesquisadores, *experts*, parceiros institucionais e apoiadores, que resultou neste documento.
- Elaboração de indicadores para avaliação da implantação da LCA&J, incluindo o desenvolvimento de um sistema informatizado para coleta periódica desses indicadores, baseado no questionário *on-line* previamente utilizado.
- Apresentação em reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) como preparação para este documento, resultando em sua pactuação como política pública de saúde.

O projeto ainda reuniu quatro subprojetos, conduzidos por bolsistas de treinamento técnico (PPSUS/FAPESP), voltados para o aprofundamento dos seguintes temas em relação à atenção à saúde de adolescentes e jovens no Sistema Único de Saúde (SUS) de São Paulo:

- Geoprocessamento de pontos da LCA&J;

conforme a primeira perspectiva. Recentemente, o termo Atenção Primária à Saúde (APS) voltou a constar no discurso oficial governamental (CASTANHEIRA et al., 2011).

Assim, nota-se que quando as propostas do Ministério da Saúde e da SES-SP falam em AB ou APS, aproximam-se muito do segundo sentido, acima descrito, de atenção primária à saúde – o que favorece a apreensão desses serviços a partir do referencial do trabalho em saúde, empregado para o desenvolvimento do projeto e a construção do documento, adotando-se, por isso, preferencialmente o termo APS.

- Intersetorialidade para a promoção da saúde e dos direitos humanos;
- Educação em saúde e para a cidadania;
- Participação social em saúde.

O primeiro subprojeto contribuiu para a caracterização da atenção à saúde nas regiões do Estado de São Paulo. Os três últimos construíram a experiência local *Ocupe o CSE*, um espaço com atividades para o acolhimento, a participação e a promoção da saúde e dos direitos de adolescentes e jovens dentro do CSE Samuel Barnsley Pessoa. A construção se deu a partir da relação com outros atores(atrizes) do centro - funcionários(as), alunos(as) e usuários(as) - e também possibilitou um estudo de dispositivos que favoreçam o cuidado de adolescentes e jovens.

O projeto contou com a aprovação dos comitês de ética em pesquisa da FMUSP (CAAE: 64912817.5.0000.0065 / Parecer: 1.977.538), do Instituto de Saúde CEPIS-SP (CAAE: 64912817.5.3001.5469 / Parecer: 2.110.899) e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CAAE: 64912817.5.3002.0086 / Parecer: 2.208.541).

Mais informações podem ser encontradas em nosso site: www.saudeadolescentesejovens.net.br

Como ler este documento

Este documento se dirige a gestores do setor saúde, gerentes de serviços de saúde, profissionais de saúde e outros atores interessados na questão do cuidado em saúde para adolescentes e jovens. Neste sentido, adolescentes e jovens que atuam como promotores da saúde com seus pares também podem aproveitar este material. Enfim, embora seja concebido para o setor saúde, pode também ser útil para profissionais de outros setores que busquem trabalhar em articulação. Ainda pode ser proveitoso para pesquisadores da área da saúde e participantes de movimentos sociais voltados aos direitos de adolescentes e jovens.

A contribuição deste documento para a organização do cuidado a adolescentes e jovens nos municípios e nas regiões pode se dar por meio de reuniões em serviços de saúde e nas redes regionais e intersetoriais, atividades de educação permanente, bem como orientações para as práticas de atenção a adolescentes e jovens.

O documento inteiro tem sua lógica e pode ser lido como um todo. Entretanto, de acordo com projetos ou objetivos específicos, cada seção pode ser lida separadamente. A seguir, apresentamos os objetivos e os conteúdos das seções, a fim de tornar mais fácil o caminho que o leitor resolver seguir.

Caso queira conhecer mais as definições de adolescência e juventude, aspectos relevantes sobre direitos e políticas de saúde nessa faixa etária e princípios e diretrizes do SUS, sugerimos que leia a seção 1, *Motivos para a LCA&J*, focando as partes 1.1, 1.2 e 1.3. Recomendações e políticas públicas relevantes são apresentadas em *Para saber mais*, no item 8.1.

Conhecer o contexto do Estado de São Paulo e a oferta de cuidado pode ser relevante para gestores estaduais, regionais e municipais, bem como para gerentes e profissionais dos serviços locais. Para tanto, consulte o item 1.4, *Contexto: adolescentes e jovens do Estado de São Paulo*, assim como o 8.3, na seção *Para saber mais*.

Uma parte central do documento é referente aos objetivos da LCA&J e à descrição da sua proposta. Sua leitura é fundamental para todos aqueles envolvidos na implementação da LCA&J nos serviços, nos municípios e nas regiões do estado. Para quem quiser um aprofundamento sobre aspectos teórico-conceituais e técnicos que embasam esta proposta, sugerimos a leitura da seção 2,

Referenciais para a LCA&J. Para favorecer a execução da LCA&J nas regiões e nos municípios, trazemos uma proposta de oficinas e exercícios no item 7.

Para subsidiar as práticas de cuidado com adolescentes e jovens no dia a dia dos serviços de saúde, sugerimos, primeiramente, a consulta à seção 5, *Orientações para o trabalho com adolescentes e jovens*, que aborda algumas das mais frequentes necessidades de saúde apresentadas por adolescentes e jovens e propõe modos de atuar. Já a parte 6, *Temas e atividades sugeridas para o trabalho com adolescentes e jovens*, traz um guia mais pragmático para a execução de atividades individuais ou em grupo. O item 8.2, na seção *Para saber mais*, apresenta outros documentos que podem ser consultados para orientar o trabalho com adolescentes e jovens.

Por fim, convidamos o leitor a conhecer melhor o projeto que embasou a construção deste documento, com sua metodologia e um resumo dos principais resultados – são apresentados no item 9, *Sobre o projeto*.

Esperamos que esta linha de cuidado contribua para a saúde de adolescentes e jovens no Estado de São Paulo.

1 Motivos para a Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado

1.1 Adolescência e juventude

Adolescência e juventude são construções sociais da nossa cultura - não dependem estritamente da idade ou da maturação biológica. Para Ayres et al. (2012, p. 11), “dependendo da condição de vida, nem todo mundo com 14 anos será chamado de adolescente: uma adolescente que engravida pode passar a ser identificada exclusivamente como mãe; um rapaz com poucos recursos ou que comete pequenos furtos, ou ainda os internos da ‘Fundação Casa’, são denominados pejorativamente ‘menores’.”. Essa variação de palavras reflete diferenças profundas no modo como a sociedade enxerga cada ser. Distinguir a juventude da idade adulta, ou do resto da idade adulta, suscita ainda mais debate e depende muito do contexto.

Além dessa variabilidade social e cultural, as definições de infância, adolescência e juventude também variam de acordo com as fontes de referência:

- Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990a): define legalmente como crianças as pessoas com até 12 anos de idade incompletos e como adolescentes aquelas entre 12 e 18 anos incompletos.
- Estatuto da Juventude (EJ) (BRASIL, 2013a): define legalmente como jovens pessoas entre 15 e 29 anos de idade.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 1986): para fins de pesquisa, análise e planejamento, considera como crianças as pessoas de 0 a 9 anos e como adolescentes aquelas entre 10 e 19 anos. Para a OMS, o período de 15 a 24 anos é denominado de juventude, incluindo as fases intermediária e final da adolescência de 15 a 19 anos (jovens adolescentes) e o início da vida adulta de 20 a 24 anos (jovens adultos). Esses critérios são utilizados, com os mesmos fins, pelo Ministério da Saúde e na maior parte das pesquisas científicas brasileiras sobre o assunto (HORTA; SENA, 2010). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) também usa esses critérios, dando enfoque, em algumas pesquisas, à faixa de 15 a 19 anos, “em razão de sua importância social e cultural no conjunto da sociedade” (IBGE, s.d., s.d.b).

De maneira geral, considera-se que a adolescência tem início com as mudanças físicas da puberdade e segue até a inserção social, profissional e econômica na sociedade adulta. Mas, apesar de intrinsecamente relacionadas, adolescência e puberdade não são a mesma coisa. Enquanto o termo puberdade diz respeito às mudanças fisiológicas que dão início ao processo de maturação biológica e sexual, a definição de adolescência considera a adaptação às novas estruturas físicas, psicológicas e ambientais com as quais esse novo corpo entrará em contato - por isso, segundo Ayres et al. (2012, p. 10), falamos em “**processos psicossocioculturais da adolescência**”:

[...] se perguntarmos a eles sobre o que marcou o início de sua adolescência, alguns farão referência às alterações físicas, mas a grande maioria apontará algumas mudanças ou descobertas que remetem às ‘primeiras vezes’: o primeiro beijo, o primeiro emprego, o primeiro desentendimento com a família, a primeira grande decepção, etc (AYRES et al., 2012, p. 10).

As definições de adolescência e de juventude, no campo da sociologia, não se referem a uma idade precisa, mas a **um papel social diferenciado** (FORACCHI, 1972). Nesta perspectiva, “as noções de

adolescência e, especialmente, de juventude, também correspondem à ideia de movimento de contestação, de instauração do novo e provocação de mudanças” (AYRES et al., 2012, p. 11). Assim, não são apenas os(as) adolescentes e jovens que precisam se adaptar à sociedade na qual se inserem, pois a sociedade também muda com sua participação social. Conseqüentemente, cada nova geração que integra as instituições também contribui para sua transformação, e sua experiência comporta algo diferente do que foi a adolescência e juventude das gerações anteriores.

1.2 Saúde na adolescência e juventude

Desde 1989, a Declaração Universal dos Direitos da Criança atribui a crianças e adolescentes os mesmos direitos e liberdades inscritos na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Estipula que tal público precisa de especial proteção e cuidados, requerendo uma abordagem diferenciada, de modo que lhes sejam garantidos direitos iguais aos dos adultos (UNICEF, 1989).

No Brasil, a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, dispõe sobre o ECA (BRASIL, 1990a). Essa lei define como prioritária a efetivação dos direitos de crianças e adolescentes, inclusive à saúde (aprofundaremos as implicações disso na seção 4.2). Em 2007, o Ministério da Saúde lançou *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*, documento que apresenta os principais documentos internacionais e nacionais que discutem direitos de adolescentes, sua proteção, seu controle e seu monitoramento, e auxilia gestores estaduais e municipais, profissionais de saúde, etc. em suas tomadas de decisões (BRASIL, 2007a).

Entre os documentos mais recentes que garantem esse direito, destacamos as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (BRASIL, 2010a), documento que propõe uma reflexão sobre a necessidade de um modelo de atenção à saúde integrado entre os níveis de poder (federal, estadual e municipal), considerando as especificidades de cada região de saúde. Como temas estruturantes para a atenção à saúde integral de adolescentes e jovens, estão, nessas diretrizes: participação juvenil, equidade de gênero, direitos sexuais e reprodutivos, projeto de vida, cultura de paz, ética e cidadania e igualdade racial e étnica.

No mesmo ano, outro documento, também do Ministério da Saúde, já sinalizava a importância de uma linha de cuidado para a saúde de crianças e adolescentes em situação de violência. Com o objetivo de orientar gestores e profissionais de saúde para uma ação contínua e permanente de atenção integral à criança e ao adolescente e a suas famílias em situação de violência, essa linha de cuidado era uma estratégia para a ação e o alcance da atenção integral ou da integralidade do cuidado (BRASIL, 2010b). Finalmente, em 2017, foi publicado pelo Ministério da Saúde um conjunto de diretrizes para a prática intitulado *Proteger e Cuidar da Saúde de Adolescentes na Atenção Básica*.

Quanto à população jovem, em 2013, seus direitos específicos foram reconhecidos no Brasil através da promulgação da Lei nº 12.852, de 05 de agosto de 2013, que institui o EJ (BRASIL, 2013a). Outro documento importante para o reconhecimento dos direitos dessa faixa etária é *O SUS e a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil*, que foi publicado nesse mesmo ano (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013c). A progressiva consolidação desse arcabouço de leis e diretrizes em prol do direito à saúde de adolescentes e jovens³ reflete a legitimidade que o tema da saúde de adolescentes e jovens vem ganhando na sociedade.

³ Ver também a apresentação das principais leis e diretrizes que orientam o cuidado em saúde com adolescentes e jovens, na seção 7.1 “Sobre recomendações e políticas públicas relevantes para a saúde na adolescência e juventude”.

Nos termos técnicos da epidemiologia, a atenção à saúde de adolescentes e jovens pelos serviços, os programas e o sistema de saúde como um todo têm sua justificativa nos critérios de saúde pública de magnitude, transcendência e vulnerabilidade:

- A **magnitude** remete às taxas de morbidade e mortalidade em um dado grupo social. Adolescentes e jovens representam um grupo geralmente saudável, em que a maior parte das causas de morbimortalidade e problemas de saúde são passíveis de prevenção (com destaque para as infecções sexualmente transmissíveis⁴, a gravidez indesejada, o abuso de álcool e drogas e a violência urbana). Contudo, existem muitos(as) adolescentes e jovens com condições de saúde crônicas que também merecem nossa atenção. E, além disso, mesmo que sejam particularmente saudáveis, adolescentes e jovens representam uma parte muito importante da população brasileira (mais de 40% em algumas regiões do Estado de São Paulo!), o que aumenta a magnitude global de suas necessidades de saúde.

- O critério de **transcendência** significa que as ações de saúde para adolescentes e jovens trazem a possibilidade de impactar positivamente a sociedade como um todo. Em efeito, muitos e muitas adolescentes e jovens de hoje estão estudando, trabalhando e constituindo relações sociais e familiares.

- O critério de **vulnerabilidade** refere-se ao fato de que uma intervenção, nessas faixas etárias, pode produzir impactos positivos. Isso se deve à natureza dos agravos que as afetam, como já mencionamos acima. Igualmente, por estarem formando suas identidades, adolescentes e jovens são particularmente permeáveis a ações de promoção da saúde, incluindo educação em saúde e cidadania.

1.3 Princípios e diretrizes do SUS para a saúde de adolescentes e jovens

No Brasil, o SUS possui três princípios éticos que regem todo o seu funcionamento: a universalidade, a equidade e a integralidade.

Universalidade: a Constituição de 1988, em seu artigo 196, estabelece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 2016). Cabe, então, ao Estado assegurar este direito: o acesso a ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, sem distinção de gênero, cor/raça, ocupação, classe social, procedência ou faixa etária.

Equidade: recursos e serviços devem ser disponibilizados de forma justa, de acordo com as necessidades de cada um. Isso exige que ações diferenciadas sejam realizadas para populações em

⁴ As expressões infecções sexualmente transmissíveis (IST) e doenças sexualmente transmissíveis (DST) designam o mesmo conjunto de patologias, sendo consideradas sinônimas pelos Descritores em Saúde Coletiva (identificador comum D012749). A expressão IST vem sendo considerada mais adequada e recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para os países de língua portuguesa: “O termo infecção sexualmente transmissível tem sido adotado desde 1999, por abranger melhor as infecções assintomáticas. Além disso, o termo tem sido utilizado por uma vasta gama da sociedade e publicações científicas.” (OMS, 2005). DST é termo historicamente mais frequente, mas, recentemente, observa-se que, gradualmente, os documentos referentes a políticas públicas e cadernos operacionais vêm adotando o termo IST. Neste documento, adotaremos IST quando estivermos abordando esse conjunto de agravos; mas, nos casos em que referenciarmos políticas ou publicações, manteremos o nome utilizado por seus autores.

condições de desigualdade em saúde, como grupos com necessidades especiais e em situação de vulnerabilidade.

Integralidade: em todos os níveis de atenção à saúde, as ações devem integrar as finalidades de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, em níveis individual e coletivo.

Cada um desses princípios faz referência aos demais, formando uma tríade indissociável norteadora de todo o sistema. De acordo com Ayres (2009), a integralidade tem papel central na efetivação dos outros princípios, pois ela “nos desafia a saber e fazer o ‘quê’ e ‘como’ pode ser realizado [o cuidado] em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um” (AYRES, 2009, p. 14).

O SUS também apresenta três diretrizes de funcionamento ou princípios estratégicos, que orientam a sua organização e como devem se dar as ações de saúde:

Descentralização: redistribuição das responsabilidades relacionadas às ações e aos serviços de saúde entre os diferentes níveis do governo. São definidas competências específicas e comuns entre a União, os estados e os municípios.

Regionalização e Hierarquização: possibilitar à população de cada território o acesso a todas as modalidades de assistência, através da sua organização em níveis de complexidade primário, secundário e terciário; da sua disposição geográfica e das atribuições de cobertura nos territórios; e da articulação entre gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados, visando à descentralização e à integralidade do cuidado.

Participação social: garantir a participação das entidades representativas da população no processo de formulação das políticas de saúde, bem como o seu controle sobre sua execução, buscando consolidar a legitimidade, transparência e efetividade nos resultados.

No que diz respeito à saúde de adolescentes e jovens, o princípio de equidade implica a necessidade de considerar que estes não compõem um grupo homogêneo, mas plural – são diferentes em idade, condições de vida e saúde, raça, procedência, classe, escolaridade, gênero, orientação sexual, porte ou não de deficiência, estado civil, ter ou não filhos, entre outras condições. Além disso, entretanto, adolescentes e jovens também possuem características comuns que permitem abordá-los como um coletivo: é o caso, em particular, quando vivem em um mesmo contexto sociocultural – por exemplo, quando compartilham o mesmo território coberto por uma determinada unidade de saúde.

O fato de adolescentes e jovens serem de um mesmo território, bem como o olhar epidemiológico, pode favorecer a identificação de fatores de risco e vulnerabilidades, assim como de parceiros para articulações locais, troca de informações e ações integradas. Portanto, tomar adolescentes e jovens como indivíduos pertencentes a um grupo contribui para o conhecimento de suas necessidades e a constituição de vínculos e intervenções mais adequadas e responsáveis. Entretanto, é preciso determinar com cuidado qual seria o coletivo a ser considerado para cada ação em saúde, tendo em mente que tais agrupamentos sempre produzem generalizações e simplificações que podem prejudicar a integralidade dos cuidados. Para operar tais recortes, é geralmente necessário contar com a participação social de pessoas e coletivos que procuramos incluir.

De acordo com o Ministério da Saúde, “produzir saúde com adolescentes e jovens é trazê-los para o centro do processo como sujeitos de direitos” (BRASIL, 2010a). É disso que trata o princípio estratégico da participação social. Valorizar essa participação de adolescentes e jovens implica, por um lado, considerar que os indivíduos desse grupo têm capacidade e direito de opinar sobre a própria saúde e sobre questões que interfiram nas condições de vida da comunidade. Também implica favorecer o seu engajamento em iniciativas como o conselho gestor da Unidade Básica de Saúde

(UBS) e em diversos grupos, associações, coletivos e redes existentes nos territórios e nas instituições que frequentam.

Mesmo em contextos em que políticas públicas garantem legalmente a adolescentes e jovens o acesso à saúde, diversas barreiras podem impedir que esse público faça uso dos serviços de saúde adequadamente. Entre essas barreiras está, muito frequentemente, o receio de sofrer repreensões por profissionais e familiares, de ser desrespeitado ou de ter sua confidencialidade violada. Internacionalmente, a expressão em inglês “*friendly*” (serviços “amigáveis” para adolescentes ou jovens) tem sido utilizada para designar os serviços de saúde que buscam considerar tais barreiras (OMS, 2002). No contexto brasileiro, consideramos mais apropriado abordar a necessidade de *acolhimento com integralidade*. Serviços de saúde receptivos e acolhedores de adolescentes buscam considerar tais barreiras, adequando-se ao perfil dessa população por meio da organização do processo de trabalho, da articulação com a rede de atenção à saúde, e da configuração física das unidades de saúde.

Como já salientado pelo ECA (BRASIL, 1990a) e pelo *Marco Legal* (BRASIL, 2007a), reforçamos que a integralidade é a condição primeira do cuidado a adolescentes e jovens, tanto na organização dos serviços e de seus diversos níveis como na atenção às necessidades de saúde dessa população, a qual deve considerar integralmente seus aspectos biopsicossociais.

1.4 Contexto: adolescentes e jovens do Estado de São Paulo

As linhas de cuidado pressupõem as particularidades regionais. É importante que tanto gestores quanto gerentes e profissionais de serviços de saúde tenham conhecimento de sua realidade local e das influências que recebem do entorno, para poder articular ações de saúde necessárias junto com outros serviços do território, inclusive intersetoriais.

Partindo do princípio da gestão descentralizada do SUS, da estratégia de regionalização e das ações direcionadas ao território, esta seção apresenta informações sobre o contexto socioeconômico do Estado de São Paulo. Os dados apresentados põem em destaque a existência de importantes variações regionais de vulnerabilidades e potencialidades para o trabalho com adolescentes e jovens no estado.

Considerar as particularidades regionais no contexto do desenvolvimento técnico-científico-informacional permite entender a doença não apenas como o resultado da presença de vírus e bactérias (análise unicausal), mas como resultado de uma dinâmica social complexa. Dessa forma, um dos desafios das linhas de cuidado está em romper com o modelo de saúde centrado em procedimentos, a fim de organizar a produção do cuidado priorizando as necessidades dos usuários dos serviços, aplicando, assim, o modelo usuário-centrado (SILVA, 2011).

Apresentamos informações que ajudam a compreender a maneira como se dão as relações sociais e de saúde, assim como informações sobre as práticas com adolescentes e jovens em serviços de saúde do estado. Os dados exibidos devem servir de ponto de partida para gestores, gerentes e profissionais da saúde, que poderão inspirar-se nas dimensões elencadas para aprofundar o conhecimento das necessidades de saúde de adolescentes e jovens em seu território específico, inclusive identificando outras possíveis questões presentes⁵.

⁵ Na seção 7.3. *Dados e informações sobre a população adolescente e jovem no Brasil e no Estado de São Paulo*, apresentamos pesquisas e instituições que mantêm atualizados indicadores e variáveis socioeconômicas, também essenciais para o planejamento e a gestão de ações em saúde.

1.4.1 Caracterização socioeconômica do Estado de São Paulo

O Estado de São Paulo é composto de 645 municípios, sendo o mais populoso do país com mais de 40 milhões de habitantes e uma densidade populacional de 174,68 hab./km². Altamente urbanizado, apresenta 96% de sua população residindo em áreas urbanas, concentrada principalmente nas seis Regiões Metropolitanas (São Paulo; Baixada Santista; Campinas; Sorocaba; Vale do Paraíba e Litoral Norte; e Ribeirão Preto) (SEADE; ESTADO DE SÃO PAULO, s.d.).

Essas regiões concentram a maior parte da população, a atividade industrial, os serviços, bem como a renda *per capita* domiciliar e podem ser reconhecidas como territórios luminosos, em oposição aos territórios opacos, os quais, além de apresentar rendas *per capita* menores, não apresentam concentração de serviços (SANTOS, 2014). Contraditoriamente, os territórios luminosos também podem concentrar o maior número de vulnerabilidades, como maiores taxas de evasão escolar, violência e desemprego, uma vez que ambos os territórios não são homogêneos, podendo haver “manchas” opacas nos grandes centros.

O Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) (SEADE; ESTADO DE SÃO PAULO, s.d.) descreve essas vulnerabilidades e potencialidades, para cada território do estado, como determinantes-chave do processo saúde-doença (SILVA, 2011). Realizado pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), o IPVS considera as variáveis socioeconômicas (renda e condição de alfabetização) e de ciclo de vida familiar (presença de crianças menores, idade e gênero do(a) chefe de família). O mapa a seguir representa os setores censitários do estado, classificados em sete grupos: Grupo 1 – baixíssima vulnerabilidade; Grupo 2 – vulnerabilidade muito baixa; Grupo 3 – vulnerabilidade baixa; Grupo 4 – vulnerabilidade média; Grupo 5 – vulnerabilidade alta; Grupo 6 – vulnerabilidade muito alta; Grupo 7 – setores censitários rurais de alta ou muito alta vulnerabilidade; NC – não classificado; SPR – sem população residente.

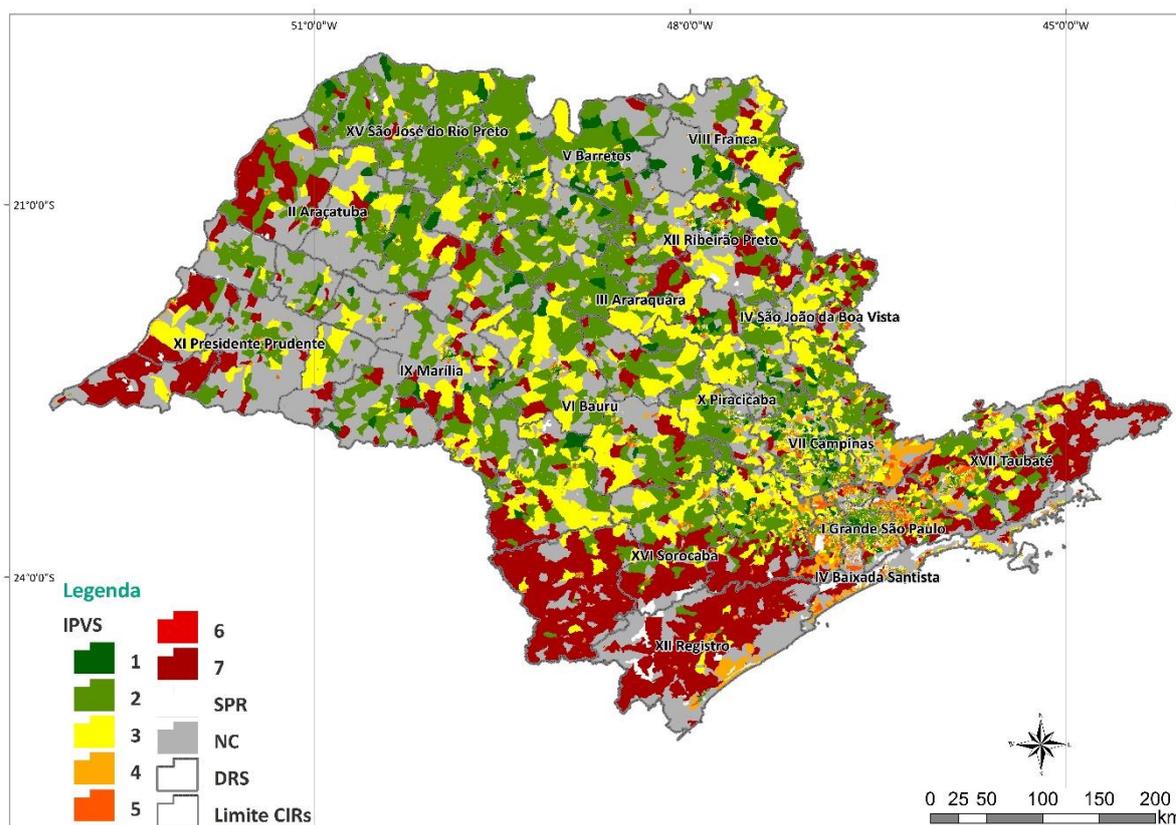


Figura 1 – Mapa do IPVS

O estado conta com mais de 4.000 UBS, com uma cobertura de 58,65% da população (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013c), e possui mais de 500 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cerca de 200 Serviços de Atenção Especializada em DST/aids (SAE) e 20 Casas do Adolescente. Apresenta uma divisão regional de saúde hierarquizada contendo 17 DRS, 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) e 63 CIR. Cada CIR reúne representantes do estado e dos secretários municipais de saúde de um determinado território (região de saúde). Seu objetivo é viabilizar, através do planejamento regional, a integralidade de ações e serviços numa região de saúde, facilitando ou favorecendo a discussão entre os níveis de governo (SILVEIRA FILHO et al., 2016). Essa unidade territorial e de gestão é a mais relevante para a implantação desta LCA&J. Nos mapas a seguir, agrupamos os serviços e municípios por CIR, com base nas informações do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), por meio do programa TabNet (s.d.) e do IBGE (2017).

A população adolescente e jovem corresponde a 30% da população do estado. Os municípios com maior taxa de adolescentes e jovens – até 47% – concentram-se nas regiões metropolitanas ou nas bordas dos centros regionais. Dados dessa população quanto à educação, ao trabalho, à violência doméstica, à saúde reprodutiva, entre outros, são informações importantes para que os serviços estejam alinhados às necessidades predominantes dessa faixa etária em sua região. Assim, de todo o Brasil, o Estado de São Paulo apresenta a maior proporção de adolescentes acima de 16 anos que dedicam 6 horas ou mais ao trabalho; essa proporção é maior em regiões metropolitanas (IBGE, 2017). De acordo com o IPVS versão 2010, as CIR São Paulo e Rota dos Bandeirantes apresentam a maior porcentagem de evasão escolar e de domicílios chefiados por mulheres de até 30 anos (SEADE; ESTADO DE SÃO PAULO, s.d.).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi criado para sintetizar informações dessa natureza relativas às vulnerabilidades e potencialidades de cada território. Esse índice é calculado com base

em indicadores de educação (alfabetização e taxa de matrícula), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (produto interno bruto (PIB) *per capita*).

O mapa a seguir representa o IDH de cada DRS, junto com a distribuição de serviços no território. Cada pontinho verde do mapa representa 20 serviços de saúde presentes na CIR (somando todos os tipos; informações por tipo de serviço também estão disponíveis no TabNet (DATASUS; MINISTÉRIO DA SAÚDE, s.d.)). Para a definição do IDH de cada CIR, foi usada a média dos IDH dos municípios que a constituem.

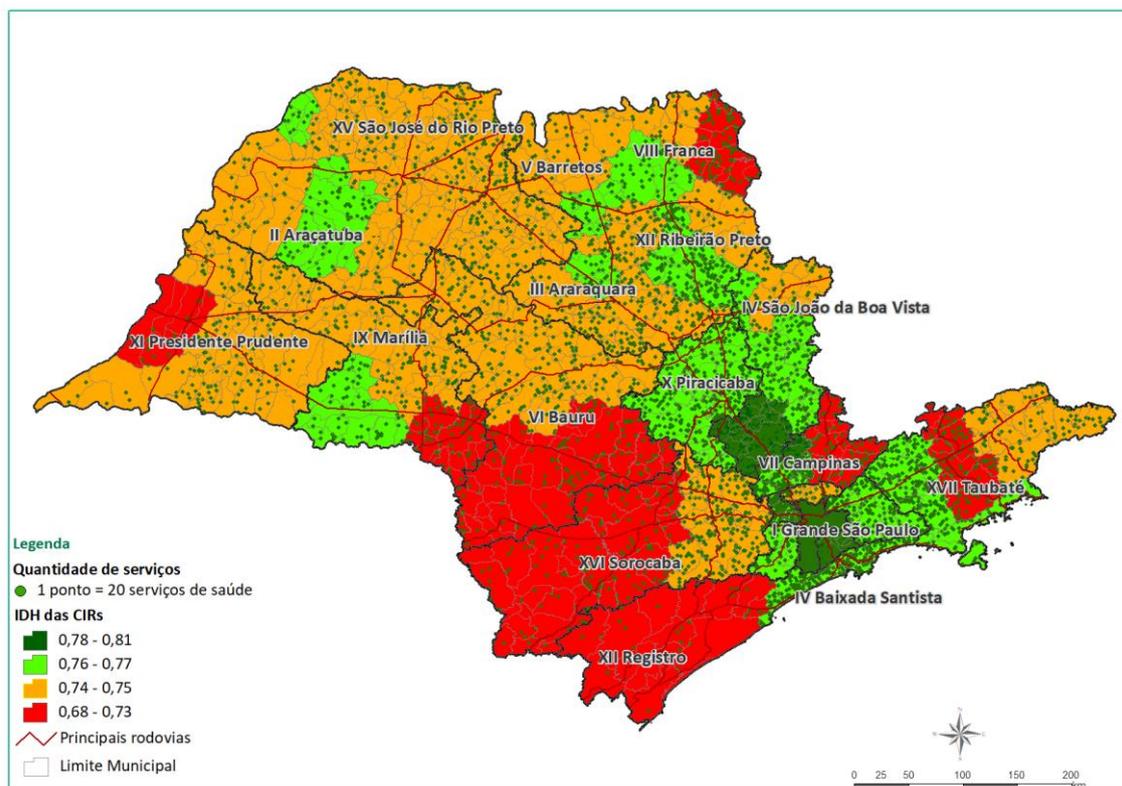


Figura 2 – Mapa da distribuição dos serviços de saúde e IDH médio das CIR

Pode-se observar que a CIR São Paulo seguida pela de Campinas concentram o maior número de serviços de saúde, sendo também as regiões mais desenvolvidas do estado. Além disso, esse mapa, assim como os outros a seguir, permite perceber a maior concentração de serviços nos eixos das rodovias que saem de São Paulo para o Vale do Paraíba no sentido de Taubaté e rumo a Ribeirão Preto. Estes concentram também áreas com maior IDH. No outro extremo, as regiões do Vale do Ribeira e do Paranapanema concentram algumas CIR com os menores IDH, assim como uma menor presença de serviços de saúde: nesses territórios, a articulação entre os serviços é ainda mais importante para garantir o atendimento da população.

1.4.2 A atenção à saúde de adolescentes e jovens do Estado de São Paulo

Como parte da construção desta LCA&J, foi desenvolvido um questionário estruturado para aplicação nos serviços ambulatoriais do SUS do Estado de São Paulo, com o objetivo de realizar um panorama descritivo das práticas já desenvolvidas com adolescentes e jovens, servindo, assim, de base para a implantação da LCA&J.

O instrumento contém 50 itens, cujos resultados serão resumidos a seguir, enfocando as práticas mais relevantes para a construção da LCA&J e buscando destacar sua diversidade, diferenciando quais eram mais e menos frequentes entre os serviços respondentes. Tabelas e figuras ilustrando e detalhando os resultados apresentados a seguir, assim como algumas outras tabelas e resultados do mesmo questionário, encontram-se na subseção 9.1 deste documento.

Um total de 949 serviços (correspondendo a 17,6% dos 5.402 contabilizados no Estado de São Paulo pelo DATASUS em 2017 (DATASUS; MINISTÉRIO DA SAÚDE, s.d.)) responderam, informando suas práticas. A maioria deles são UBS (Tabela 1). Portanto, os resultados dessa aplicação refletem especialmente práticas vigentes em serviços de APS.

Tabela 1 – Serviços que responderam ao questionário da LCA&J

Tipo de serviço	n	%
UBS	721	76,0
CAPS	102	10,7
SAE e CTA	48	5,1
Serviço de atenção especializada a adolescentes (Casas do Adolescente)	22	2,3
Serviço hospitalar especializado	9	0,9
Outros e não identificados	47	5,0
Total (respostas válidas)	949	100,0

As questões 8 e 9 do questionário abordavam as idades que os serviços respondentes consideravam como início e fim da adolescência e como início e fim da juventude. As respostas a esses itens foram analisadas por tipo de serviço e confrontadas com as respostas à questão 10, a qual perguntava quais critérios eram utilizados pelos serviços para a definição de adolescentes e jovens.

Em síntese, observaram-se dois perfis de serviços:

- Por um lado, existem tipos de serviços que utilizam majoritariamente o ECA para definição de adolescência e juventude: são as UBS, os CAPS e os SAE e CTA. Estes também são os que determinam predominantemente a adolescência como faixa etária de 12 a 18 anos.

- Por outro lado, os que empregam principalmente os critérios da OMS são os serviços hospitalares e as Casas do Adolescente. Estes também são os que estabelecem mormente a adolescência como faixa etária de 10 a 19 ou 20 anos.

No que tange à definição de juventude, observou-se uma maior diversidade de respostas, indicando que as normas e diretrizes que orientam a atenção a essa faixa etária ainda não estabeleceram consensos entre os serviços respondentes – de fato, o EJ foi mencionado por aproximadamente 20% dos serviços, taxa que varia pouco de acordo com o tipo de serviço. As idades mais frequentemente identificadas como início da juventude são 15, 18, 19 e 20 anos; já as mais comumente apontadas como fim da juventude são 24, 25, 29 e 30 anos.

A questão 11 do questionário perguntava quais eram as principais questões que motivam a procura pelo serviço por adolescentes (Tabela 2). Entre as respostas possíveis, questões relacionadas à vida sexual e reprodutiva, ao trabalho e à renda, ao uso de álcool, a queixas escolares e à busca por atendimento odontológico, foram selecionadas por mais da metade dos serviços respondentes.

A questão 18 abordou os critérios mais utilizados pelos serviços para escolher os(as) profissionais que atuam com adolescentes (Tabela 3). A resposta mais frequente foi o interesse pessoal ou a

afinidade com esse público (n=466; 49,1%), resultado também premente nas análises dos grupos focais realizados com gerentes de serviços de saúde. Outros critérios, menos frequentes, são as capacitações dos(as) profissionais e a disponibilidade de agenda. O critério menos mencionado é a formação específica para atuar com adolescentes (aprimoramento/pós-graduação/residência em saúde da criança e do adolescente, hebiatria ou profissionalização voltada à adolescência) (n=84; 8,8%), ainda relativamente rara entre os serviços respondentes.

A questão 21 perguntava, em relação a 24 atividades, se adolescentes podiam acessá-las sem a presença de pais, familiares ou responsáveis e a partir de que idade (a Tabela 4 apresenta, como exemplo, os resultados para a atividade “primeiro atendimento no serviço”). Uma maioria dos serviços revelou atuação conforme as diretrizes do ECA (BRASIL, 1990a), oferecendo acesso às atividades em questão a partir dos 12 anos ou antes sem exigir a presença de responsáveis. Entretanto, para uma proporção importante dos serviços, que varia de acordo com a atividade considerada, observou-se um desrespeito à individualidade, à privacidade e ao direito ao sigilo garantidos pelo ECA (BRASIL, 1990a) na atenção a adolescentes, sendo exigida a presença de responsáveis. Além disso, de acordo com os resultados da questão 22, parte dos serviços costuma informar sistematicamente os responsáveis do conteúdo dos atendimentos, independentemente do consentimento dos(as) adolescentes (Tabela 5).

De acordo com os resultados da questão 26 (Tabela 6), nos atendimentos individuais para adolescentes, mais da metade dos serviços aborda rotineiramente os seguintes temas: Levantamento de dúvidas e outras questões trazidas pelo usuário (n=760; 80,0%); Aconselhamento sobre saúde sexual e reprodutiva (n=759; 79,9%); Identificação de queixas e sintomas e evolução do quadro clínico (n=730; 76,8%); Orientação sobre atividades, procedimentos, tratamentos e outros recursos ofertados no serviço (n=728; 76,6%); Apoio à adesão ao tratamento se for o caso (n=701; 73,8%); Identificação de riscos e situações de vulnerabilidade (n=671; 70,6%); Sigilo e confidencialidade dos atendimentos (n=630; 66,3%); Conversa sobre história de vida e cotidiano do(a) usuário(a) (n=559; 58,8%); e Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento puberal (n=538; 56,6%).

Por outro lado, direitos humanos e saúde, assim como avaliação socioeconômica e orientação sobre direitos e benefícios sociais, são os dois temas menos levantados na rotina dos atendimentos individuais pelo conjunto dos serviços (são respectivamente abordados por 411 (43,3%) e 392 (41,3%) serviços). Em ambos os casos, serviços hospitalares é o tipo de serviço que mais aborda esses temas.

Dos nove tipos de atividades em grupo elencados na questão 27 (Tabela 7), as únicas desenvolvidas com adolescentes por mais da metade dos serviços são aquelas fora da unidade (por exemplo, em escolas, centros esportivos e culturais, na comunidade, etc.) (n=511; 53,8%). Ações por pares (adolescentes multiplicadores) são particularmente raras (n=58; 6,1%), sendo mais frequentemente realizadas nas Casas do Adolescente (n=6; 27,3%).

A questão 34 tratou dos temas abordados em atividades individuais e/ou em grupo com adolescentes (Tabela 8). Os mais frequentes foram temas referentes à abordagem clássica da saúde dos adolescentes, baseada em riscos: álcool, sexualidade, alimentação, saúde reprodutiva, drogas ilícitas e saúde bucal. Entretanto, observa-se que o tema de arte e cultura é o segundo mais frequentemente abordado e o primeiro no âmbito das UBS. Podemos compreender esses dados como reflexos de um paradigma de intervenção no qual atividades culturais e artísticas servem de atrativo para mobilizar e reter adolescentes no campo de atividades destinadas à transmissão vertical de informações e diretrizes sobre riscos para a saúde.

No que tange a temas mais característicos de uma abordagem integral da saúde – saúde mental; violência; relacionamentos sociais: família, amigos(as), namoros; percepções sobre o próprio corpo,

autoestima, padrões de beleza; escola, estudos; projetos de vida e planos; relações de gênero; direitos e cidadania; homofobia, transfobia, LGBTfobia; participação social; trabalho, profissionalização; meio ambiente; discriminação racial –, constata-se que estes são abordados principalmente nos serviços hospitalares especializados e nas Casas do Adolescente.

Já as ações específicas destinadas à população jovem de 18 a 30 anos, diferenciadas do restante da população adulta, são relativamente raras: os resultados da questão 32 indicam que, no total, apenas 191 serviços (21,2%) as realizam (Tabela 9). Dada a raridade dessas ações, não comentamos aqui de maneira aprofundada os outros resultados relativos a atividades realizadas para essa população (ver Tabela 10).

As questões 37 a 42 abordaram as articulações com a rede de saúde e intersetorial desenvolvidas pelos serviços respondentes. Os resultados indicam que encaminhamentos por referência e contrarreferência constituem a ação de rede mais comumente citada pelos serviços, seguida de reuniões agendadas em função das necessidades e ações de matriciamento (Tabela 11).

Como ilustram as Tabelas 12 a 15, acima de 40% das UBS (n=289) realizam encaminhamentos de adolescentes e/ou jovens para os seguintes tipos de serviço: Ambulatório Médico de Especialidades (AME), hospital, ambulatório de especialidades, serviços de atenção à criança, CAPS Álcool e Drogas (AD) adulto e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Já o encaminhamento para UBS ou Unidade Saúde da Família (USF) é referido por 51 CAPS (50%), 25 SAE e CTA (52%), 9 serviços de atenção especializada a adolescentes (41%) e 7 serviços hospitalares (78%).

Nota-se que o tipo de serviço que realiza, com maior frequência, quase todas as formas de ação com outros serviços da rede são os CAPS. Isso pode refletir o papel central da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no processo de trabalho desses serviços.

Entre as questões abordando as ações gerenciais, a 44 (Tabela 17) buscou saber como são utilizados os dados registrados sobre os(as) usuários(as) na organização do trabalho do serviço. Entre as respostas mais frequentes figuram a identificação de situações de risco e vulnerabilidade dos(as) usuários(as) (n=604; 64%) e o planejamento de ações para usuários(as) em situação de risco e vulnerabilidade (n=541; 57%) ou para os grupos com maior demanda (n=531; 56%).

Destaque: as relações entre serviços nas regiões-piloto da LCA&J

No processo de construção da LCA&J, foram selecionadas três regiões-piloto para a realização de oficinas e exercícios de implementação dessa linha. Os serviços de saúde dessas três regiões (CIR Litoral Norte, CIR Itapetinga e CIR Mananciais) também foram alvos de incitações mais intensivas para responderem ao questionário, a fim de poder dispor de informações mais completas sobre suas práticas.

Apresentamos, a seguir, dados extraídos das respostas ao questionário dessas três regiões, com o objetivo específico de representar as potencialidades de articulação em rede dos serviços de saúde no âmbito das CIR e DRS. Esses resultados exemplificam o tipo de monitoramento das ações em rede a ser desenvolvido no âmbito da LCA&J.

Embora não esteja na faixa mais baixa de IDH, a CIR Litoral Norte foi selecionada a partir de critérios que combinaram a alta taxa de adolescentes e jovens na população desses municípios e a vulnerabilidade particular desses adolescentes e jovens devida à área costeira e de turismo, em que, além de situações de risco comuns a esse grupo no estado, somam-se também a exposição aumentada a exploração sexual, tráfico de drogas e violência comunitária.

A Figura 3 apresenta a distribuição da população de 10 a 29 anos nos municípios das CIR constituintes da RRAS 17. Mais de 33% da população de São Sebastião, Caraguatatuba e Ubatuba é constituída por adolescentes e jovens, situação também observada nos municípios de Potim, Canas e Tremembé no

Vale do Paraíba (Figura 3). De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em 2016, a CIR Litoral Norte possuía 5 CAPS, 15 SAE e CTA e 70 serviços de APS (agrupando as seguintes categorias do CNES: UBS, postos de saúde, Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e policlínicas). Responderam ao questionário um total de 48 serviços na CIR Litoral Norte, entre os quais 41 UBS, 3 CAPS e 3 SAE e CTA.

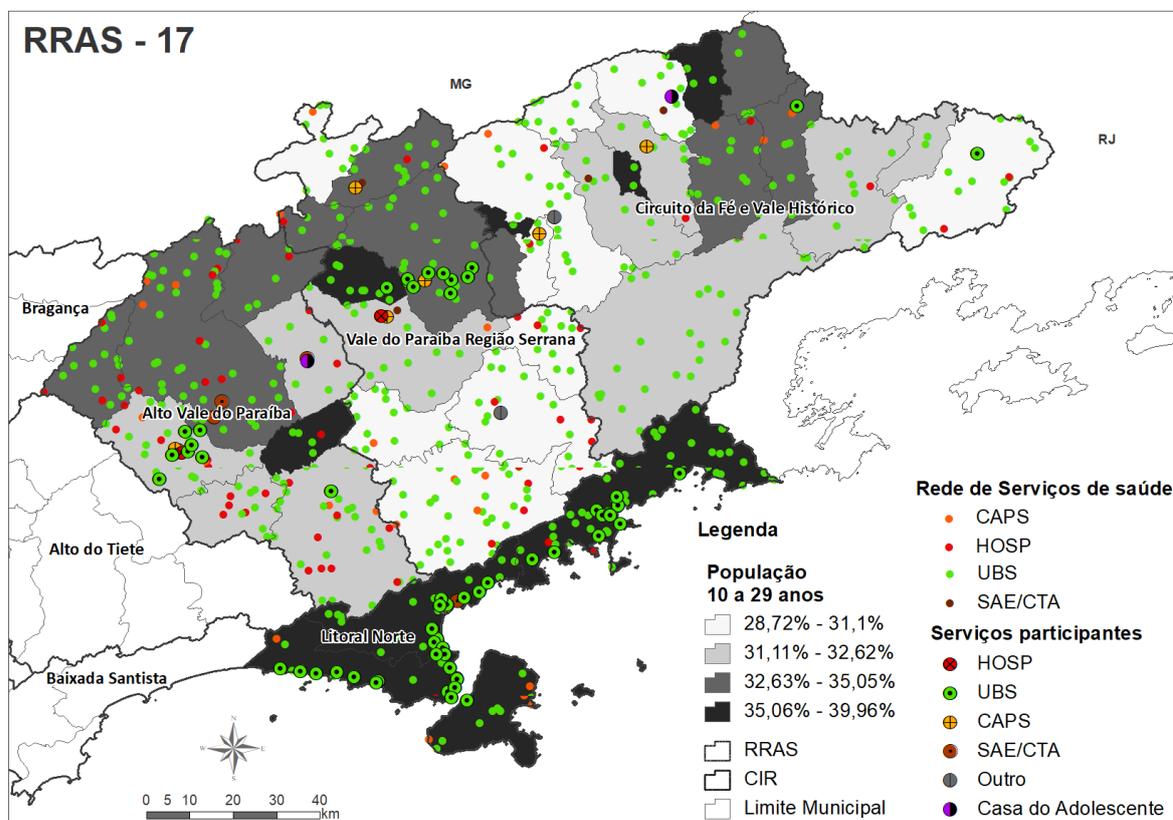


Figura 3 – Rede de serviços da RRAS 17, DRS de Taubaté, e porcentagem de adolescentes e jovens por município

O mapa acima apresenta a rede de serviços de cada CIR e os serviços que responderam ao questionário da LCA&J. Verificamos também que a CIR Litoral Norte apresenta um maior número de serviços participantes e a maior porcentagem de população de adolescentes e jovens no âmbito da RRAS. Também se pode observar que a maioria dos serviços respondentes se concentra nos eixos mais desenvolvidos da região: o litoral, assim como as proximidades do eixo rodoviário Rio-São Paulo, no vale do Paraíba. A relativa ausência de serviços de zonas rurais e montanhosas entre os respondentes pode refletir a falta de infraestrutura e comunicações necessárias para participar da pesquisa.

Com base nas respostas obtidas do questionário e considerando os encaminhamentos como indicadores do grau de articulação entre serviços, buscamos simular essa articulação no âmbito da CIR e da RRAS para visibilizar as potencialidades de expansão dessa articulação a partir da quantidade de serviços disponíveis na região (Figuras 4 e 5). O primeiro mapa a seguir (Figura 4) apresenta os fluxos de encaminhamento para UBS; os próximos (Figura 5) expõem encaminhamentos para SAE e CTA, Casa do Adolescente, CAPS e hospitais.

Embora os encaminhamentos possam ocorrer tanto em nível municipal quanto de CIR, de RRAS e mesmo para outras regiões, optamos por uma representação gráfica que põe em destaque as articulações que ocorrem dentro do limite da RRAS, partindo de serviços da CIR Litoral Norte. Dessa forma, os mapas a seguir apresentam um símbolo para cada tipo de serviço ambulatorial incluído na

LCA&J, acompanhado do número total de serviços desse tipo disponíveis na RRAS; as flechas dirigidas a esses símbolos representam, a partir das respostas ao questionário, os encaminhamentos que cada serviço respondente da CIR afirmou realizar. O uso de símbolos como destino das flechas traduz o fato de que o questionário não permite saber quais são, especificamente, os serviços destinatários dos encaminhamentos, mencionando apenas o tipo de serviço em questão.

Como as UBS são a categoria predominante nas respostas ao questionário, há mais flechas de encaminhamento saindo delas do que de outros serviços. Podemos verificar também que há muitos serviços que não relataram qualquer tipo de encaminhamento de adolescentes e jovens para outros serviços. Considerando o conjunto dos mapas, observa-se que, dos 48 serviços de saúde que responderam ao questionário, 11 replicaram encaminhar para UBS, 17, para CAPS, 4, para Casas do Adolescente, 11, para SAE e CTA e 18, para hospitais.

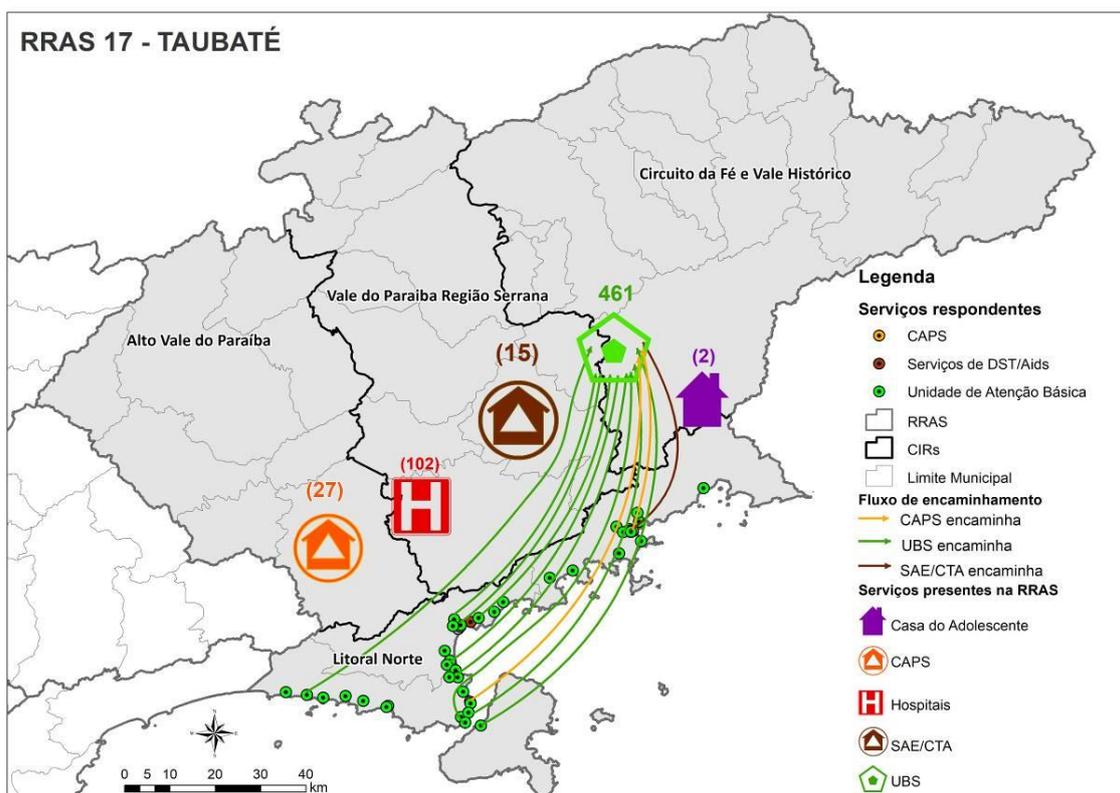


Figura 4 – Mapa do potencial da LCA&J a partir das respostas dos serviços ao que se refere aos encaminhamentos, tendo como possibilidade os serviços presentes na RRAS

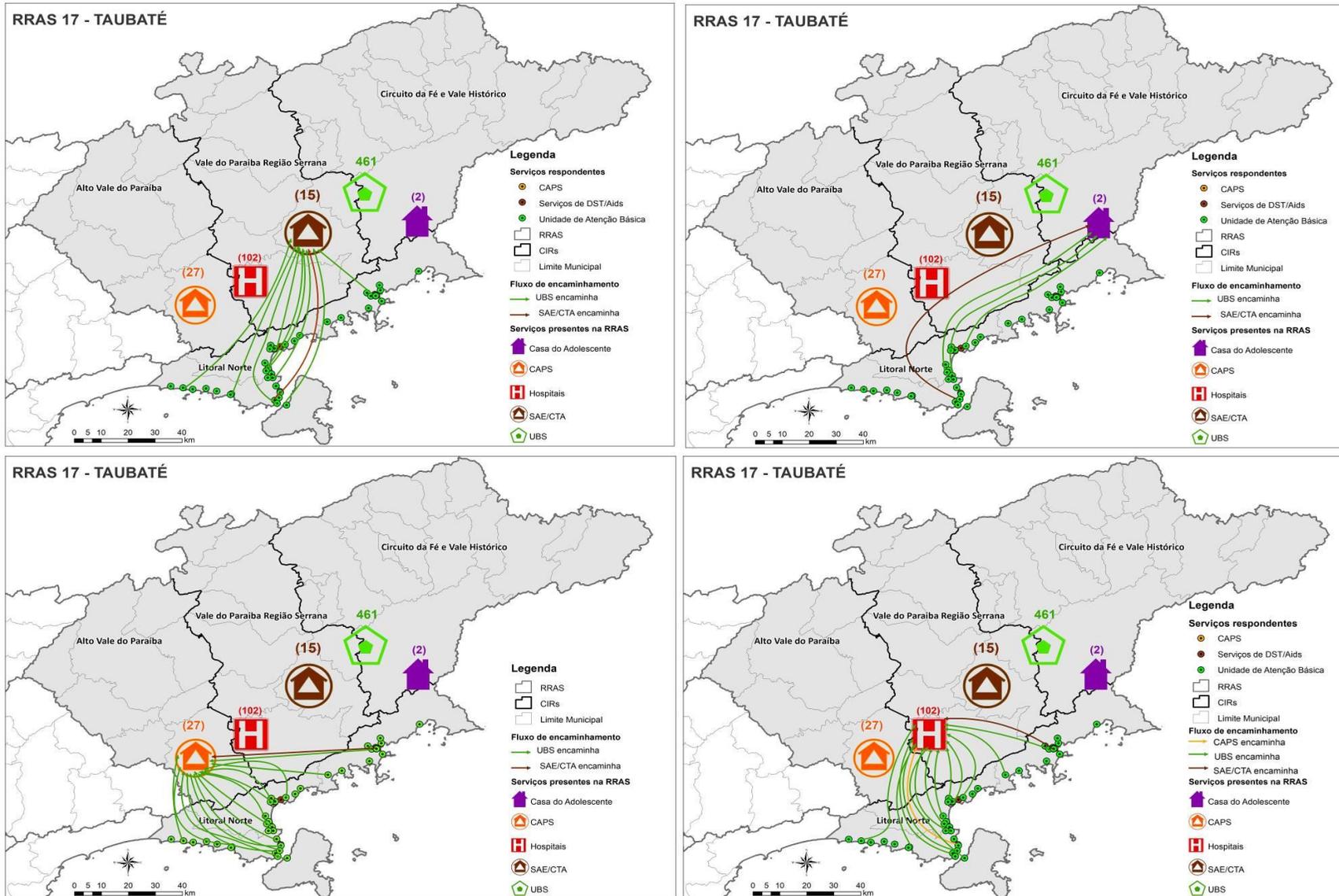


Figura 5 – Mapas do potencial da LCA&J a partir das respostas dos serviços ao que se refere aos encaminhamentos tendo como possibilidade os serviços presentes na RRAS

Outra região-piloto foi a CIR Itapetininga, na DRS Sorocaba. De acordo com os dados do CNES, essa DRS apresenta 605 UBS, 12 SAE e CTA e 39 CAPS. Nessa região, responderam ao questionário da LCA&J 62 serviços de saúde – 50 UBS, 5 CAPS, 4 Casas do Adolescente e 2 SAE e CTA.

Essa CIR tem uma característica predominantemente agrícola, com parte da população habitando a zona rural. Seus três municípios de médio porte – Tatuí, Itapetininga e Capão Bonito – possuem uma Casa do Adolescente, marco do Programa Estadual de Saúde do Adolescente, o que torna interessante mapear as articulações entre serviços nessa CIR e suas formas de integração à rede regional. Por outro lado, nessa região, sabe-se que a interação do nível primário com os demais níveis de atenção encontra limites de forma geral, isto é, para além da atenção à saúde de adolescentes e jovens.

No mapa a seguir (Figura 6), observa-se que a RRAS 08, da qual a CIR Itapetininga faz parte, apresenta muitos municípios com predomínio de adolescentes e jovens: mais de 40% da população de Guareí e Alambari é composta desse grupo. E, como vimos no mapa da Figura 2, essa é uma das regiões com o menor IDH do estado.

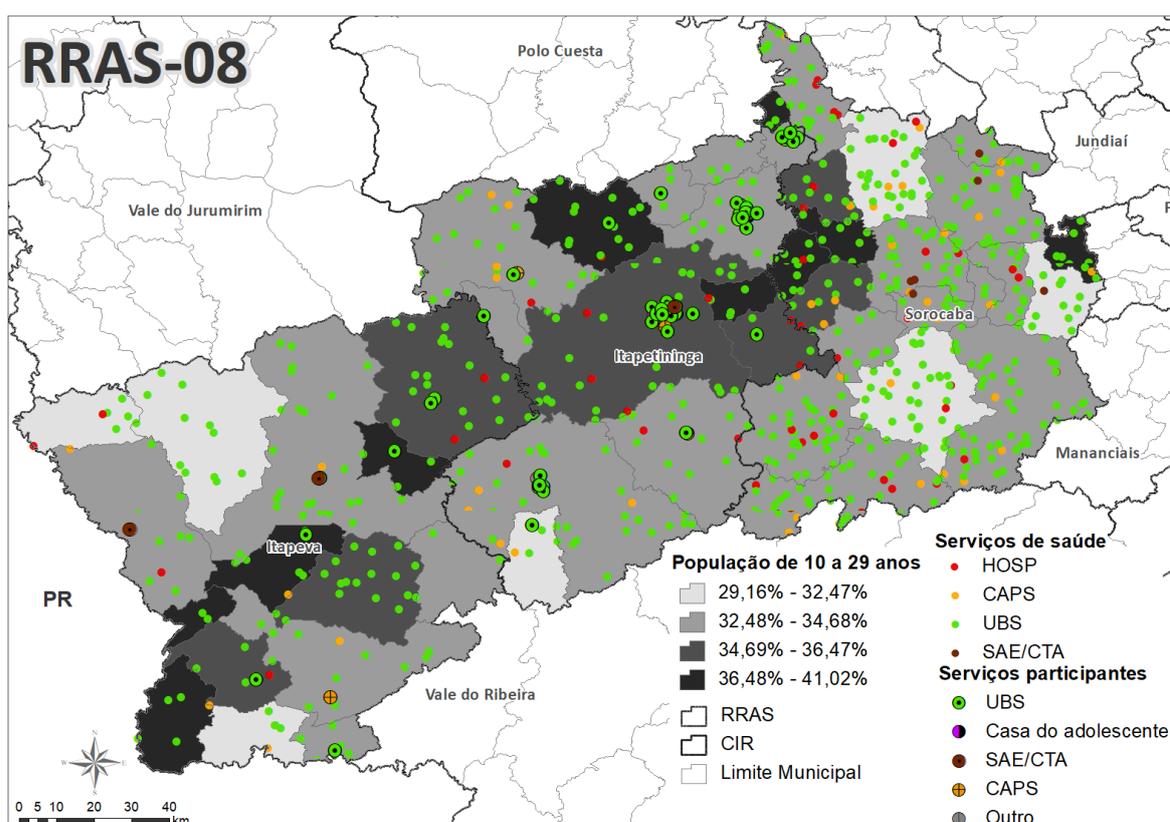


Figura 6 – Rede de serviços da DRS Sorocaba e porcentagem de adolescentes e jovens por município

No mapa acima, vemos uma concentração maior de serviços na CIR Sorocaba, mas nenhum deles foi respondente da pesquisa. Assim como na Figura 3, observamos a concentração dos serviços respondentes nos centros urbanos.

Os mapas a seguir (Figuras 7 e 8) mostram os serviços participantes da pesquisa e as flechas de encaminhamento de acordo com as respostas de cada um. Assim como para as Figuras 4 e 5 acima, o destino do encaminhamento refere-se à categoria do serviço e o número que acompanha cada símbolo indica sua quantidade disponível na totalidade da RRAS. Dos 62 serviços respondentes, 20 afirmaram encaminhar para UBS, 21, para CAPS, 19, para Casa do Adolescente, 9, para SAE e CTA e 19, para hospitais. O primeiro dos mapas a seguir (Figura 7) apresenta os encaminhamentos para

UBS; os próximos (Figura 8) apresentam respectivamente os encaminhamentos para CAPS, para Casa do Adolescente, para hospitais e para SAE e CTA. Como mencionado anteriormente, priorizamos a representação gráfica dos encaminhamentos para os serviços disponíveis na RRAS, embora não seja a única possibilidade (em particular, é frequente que usuários sejam encaminhados para hospitais situados fora dessa região).

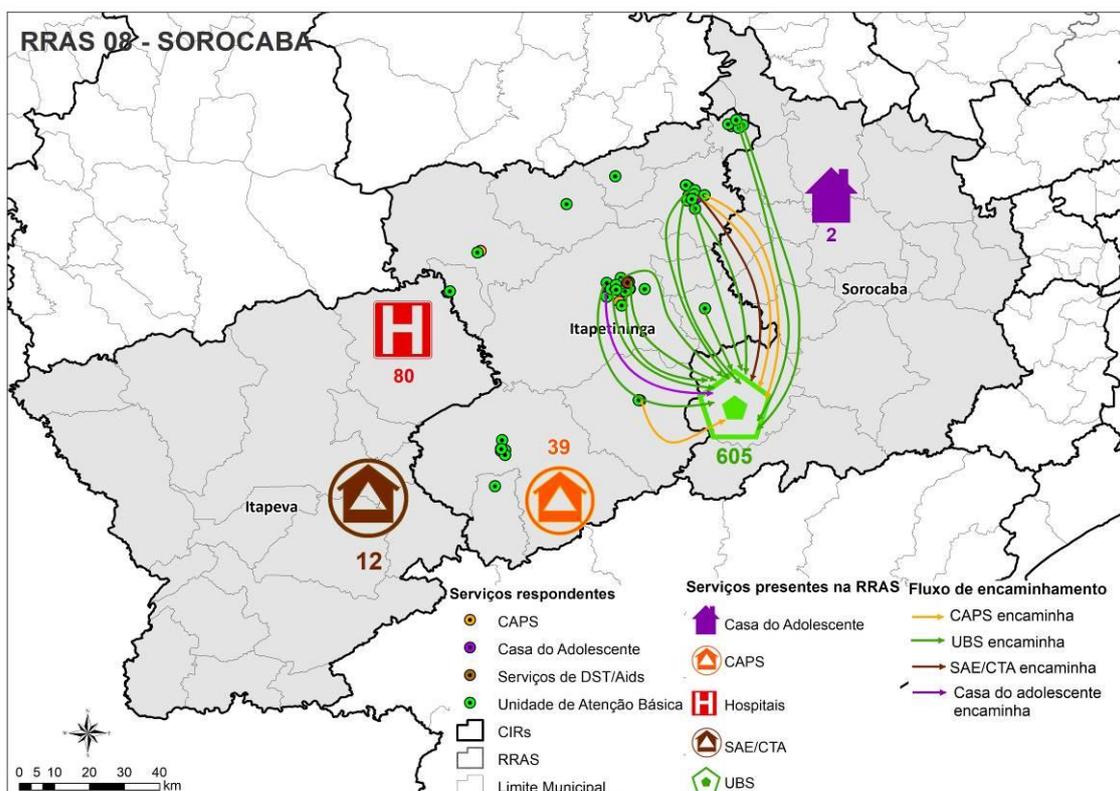


Figura 7 – Mapa do potencial da LCA&J a partir das respostas dos serviços ao que se refere aos encaminhamentos tendo como possibilidade os serviços presentes na RRAS.

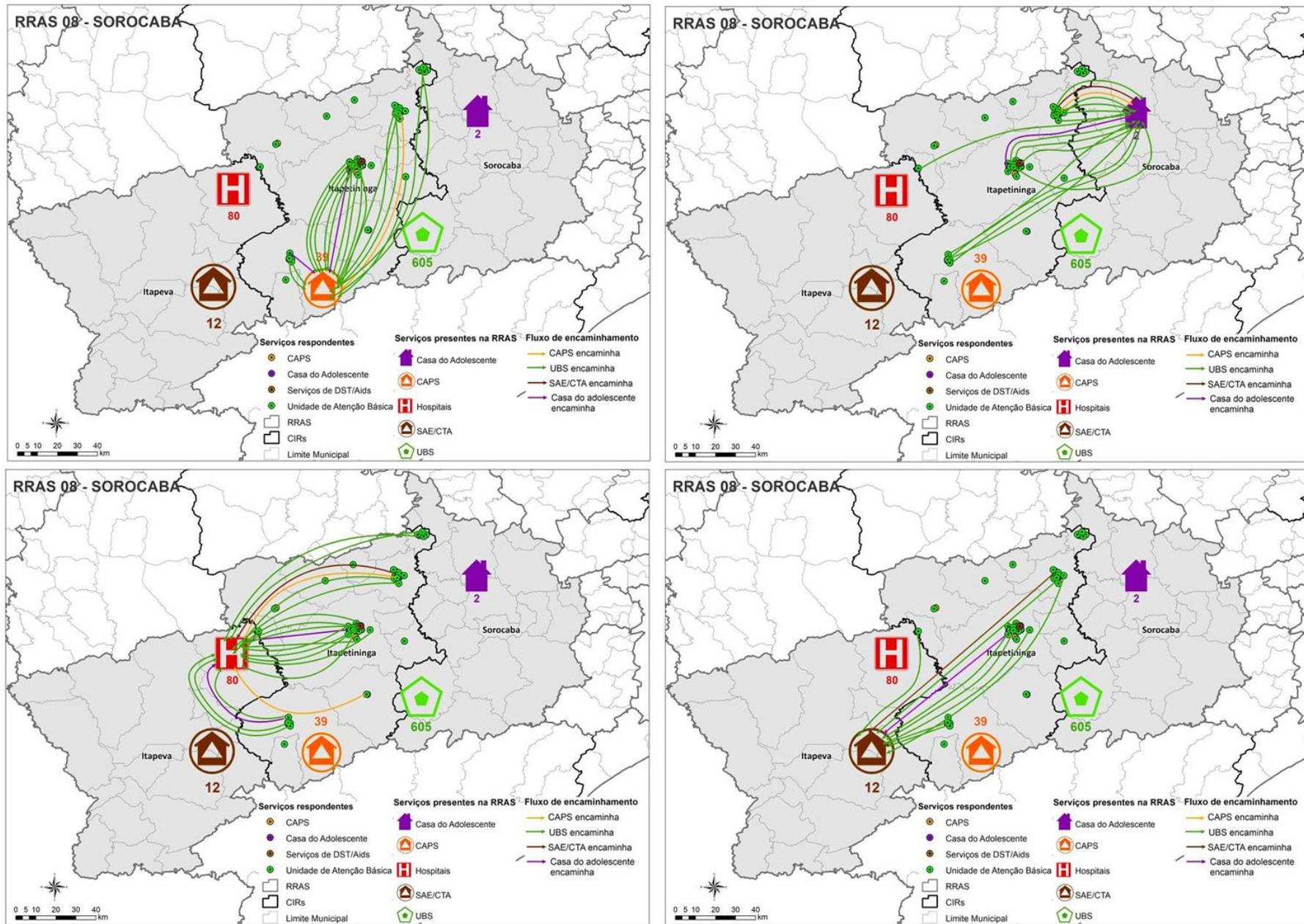


Figura 8 – Mapas do potencial da LCA&J a partir das respostas dos serviços ao que se refere aos encaminhamentos tendo como possibilidade os serviços presentes na RRAS

A última região que colaborou com a construção da LCA&J foi a CIR Mananciais, pertencente à DRS Grande São Paulo. Essa CIR foi selecionada com o intuito de abarcar a região metropolitana paulista, para contemplar suas questões específicas: vulnerabilidade e exclusão social e migração pendular de jovens para a cidade de São Paulo para trabalho, estudos e lazer.

Constituída de 6 CIR e 6 RRAS, a DRS Grande São Paulo é a região mais populosa do estado e concentra a maior disponibilidade de serviços básicos e especializados. A rede de atendimento de saúde conta com 1.763 UBS, 1.218 SAE e CTA e 169 CAPS. Especificamente na CIR Mananciais, de um total de 488 serviços de saúde cadastrados, 48 preencheram o questionário para construção da LCA&J, entre os quais se encontram 31 UBS, 9 CAPS e 2 SAE e CTA. No mapa a seguir (Figura 9), podemos verificar que, nessa CIR, a maioria dos municípios apresenta mais de 35% de sua população composta por adolescentes e jovens.

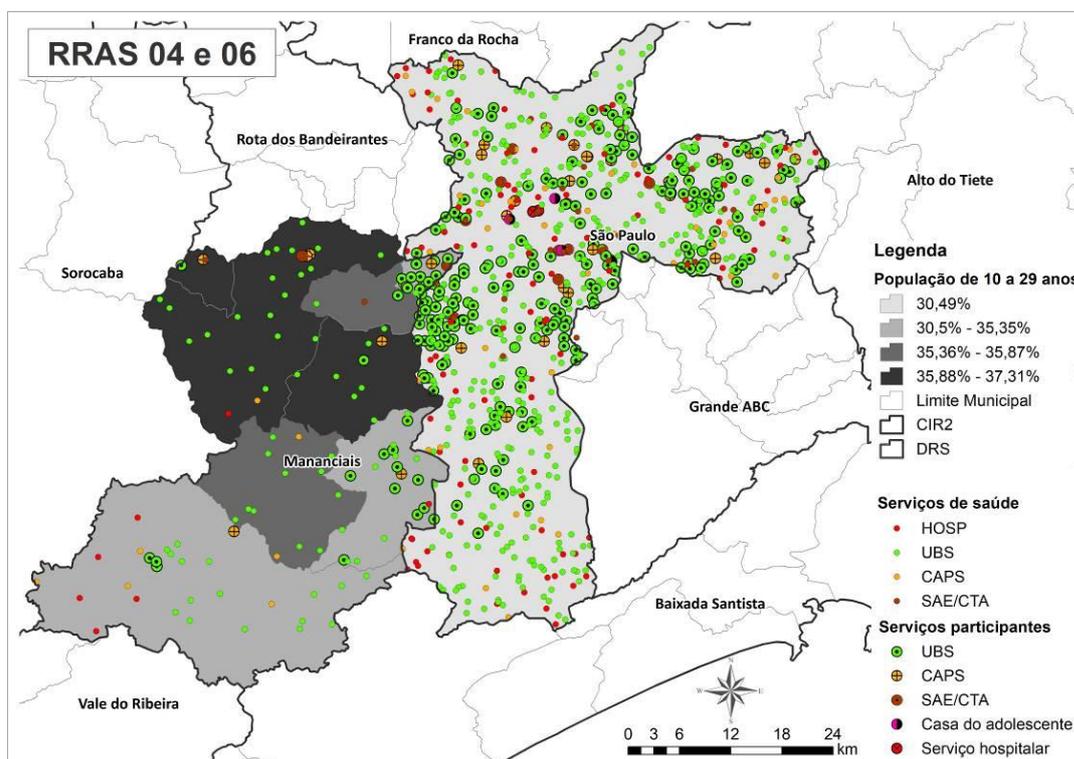


Figura 9 – Rede de serviços das RAAS 04 e 06 e porcentagem de adolescentes e jovens por município

Os mapas a seguir (Figuras 10 e 11) mostram os serviços participantes da pesquisa e as flechas de encaminhamento de acordo com as respostas de cada um. Devido à influência da cidade de São Paulo na DRS, neste caso, consideramos não ser possível priorizar apenas a articulação na CIR Mananciais, mas também a possibilidade de articulação com a CIR São Paulo. Assim como nas Figuras 4, 5, 7 e 8, os símbolos representando os destinos dos encaminhamentos representam as categorias de serviços incluídas na LCA&J, porém, desta vez, os números associados representam a sua quantidade disponível nas RRAS 04 e 06. O primeiro dos mapas a seguir apresenta os encaminhamentos para UBS; os próximos representam os encaminhamentos para SAE e CTA, hospitais, CAPS e encaminhamentos para Casa do Adolescente, respectivamente. Esses mapas ilustram que, entre os 48 serviços respondentes, 11 assinalaram encaminhamentos para UBS, 17, para CAPS, 3, para Casa do Adolescente, 11, para SAE e CTA e 17, para hospitais.

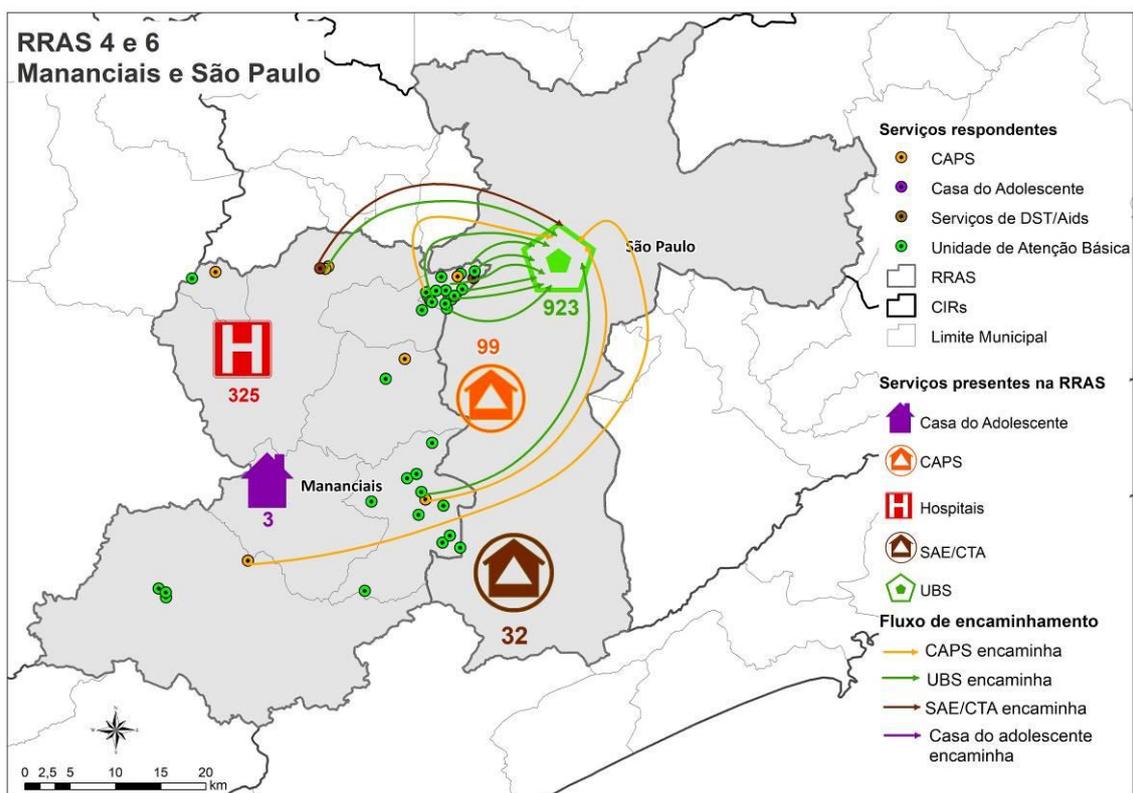


Figura 10 – Mapa do potencial da LCA&J a partir das respostas dos serviços ao que se refere aos encaminhamentos tendo como possibilidade os serviços presentes na RRAS

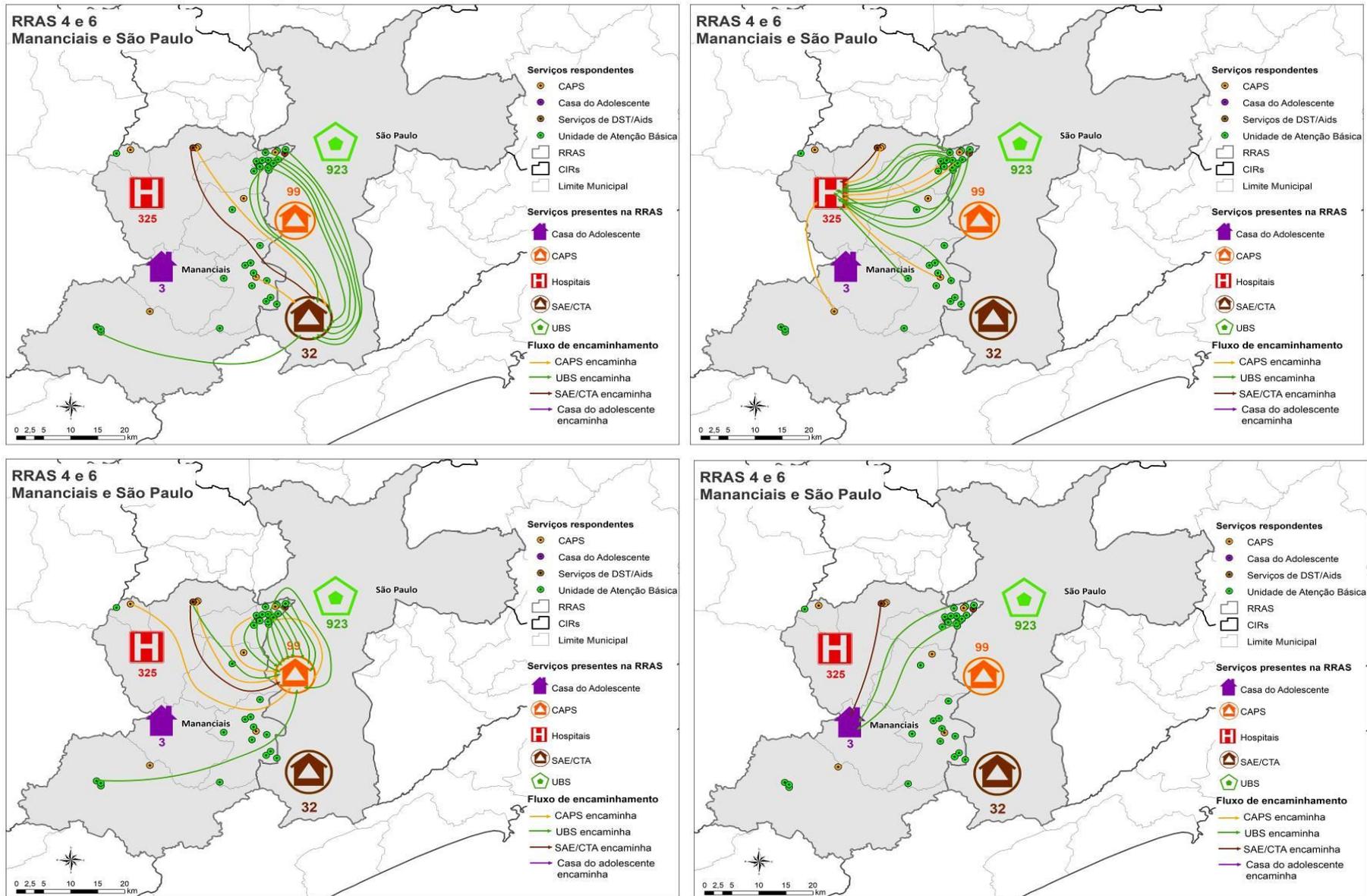


Figura 11 – Mapas do potencial da LCA&J a partir das respostas dos serviços ao que se refere aos encaminhamentos tendo como possibilidade os serviços presentes na RRAS

2 Referenciais para a Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J)

2.1 Referencial teórico-conceitual: a integralidade

A integralidade é um dos princípios defendidos pelo Movimento Sanitário. Foi parcialmente reconhecido na Constituinte de 1988 (BRASIL, 2016) e traduzido na Lei nº 8.080 pelo princípio da assistência integral (BRASIL, 1990b). A integralidade continua, ainda hoje, representando um desafio para o sistema e é, portanto, tomada como sua “imagem-objetivo” (MATTOS, 2004), isto é, algo almejado para o sistema, mas que também o orienta.

Mattos (2004) destaca três sentidos da integralidade:

1. relativo às características de políticas dirigidas a certos problemas de saúde, particularmente à articulação de ações de alcance preventivo com as assistenciais;
2. relativo à organização dos serviços de saúde e também do sistema, principalmente quando se pensa em rede de serviços;
3. centrado em atributos das práticas de saúde, no momento do trabalho em saúde, nos serviços e nos encontros.

Para esta LCA&J, os três sentidos são fundamentais: o primeiro, pois cuidar de adolescentes e jovens requer a integração de ações coletivas e individuais e também um enfoque que combine medidas preventivas e assistenciais; o segundo, tendo em vista a articulação de serviços em rede para o cuidado de adolescentes, seja no conjunto do Estado de São Paulo, seja em cada região; e o terceiro interessa quando falamos do conteúdo do trabalho em cada um dos pontos da LCA&J.

Para definir a integralidade, Ayres (2009) considera a teoria do trabalho em saúde e a noção de Cuidado.

A teoria do trabalho em saúde

Compreender as práticas em saúde por sua dimensão de trabalho permite entendê-las enquanto intervenções técnicas e políticas na realidade de saúde, sendo, portanto, intencionalmente realizadas com vistas a produzir transformações. As ações correspondem a processos de trabalho, cujo produto é a atenção organizada à saúde. As necessidades sociais de saúde, de indivíduos e grupos, constituem o objeto que determina o trabalho, conduzido por agentes, com saberes competentes e instrumentos específicos, e a finalidade desse trabalho é realizar aquelas necessidades que o suscitaram (MENDES-GONÇALVES, 1994). Ou seja, “as finalidades dos trabalhos são correspondentes à construção sociopolítica do modo social de viver; a produção através do trabalho é, portanto, uma expressão técnica da direção dessa construção” (NEMES, 2000, p. 49).

Ao realizar o trabalho, o agente opera um saber; isto é, traduz um conhecimento em tecnologia. Ao fazê-lo, ele (re)produz as necessidades e pode reiterar ou criticar a finalidade do trabalho. Assim, as finalidades, tomadas como objetivos dos serviços, dirigem as ofertas; por isso, são instauradoras de necessidades (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996). As atividades de planejamento e organização do trabalho, tais como a construção de uma linha de cuidado, podem atuar no direcionamento das tecnologias empregadas para esse trabalho – produzindo, assim, modelos de atenção (re)produtores de necessidades e finalidades.

O Cuidado

A noção de Cuidado implica que as ações de saúde não devem ser predefinidas ou limitadas pela busca do “êxito técnico”, mas requerem a construção do “sucesso prático”, que mobiliza e dá sentido ao “encontro cuidador”, no qual profissionais e usuários devem identificar e compartilhar “os recursos necessários para se prevenir, tratar ou recuperar situações de saúde tidas como obstáculos aos projetos de felicidade das pessoas, comunidades ou grupos populacionais” (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012, p. 15).

Destacam-se o dispositivo do acolhimento, o compromisso e o compartilhamento de responsabilidades, que contribuem para o estabelecimento de relações que favoreçam a “(re)construção da identidade” dos sujeitos, por meio da intencionalidade de usuário e profissional orientada pelo projeto de felicidade (projeto existencial) de quem está sendo cuidado.

O conceito de Cuidado também pode ser aplicado a coletivos humanos, entendendo-se a saúde e o adoecimento como individual e social, simultaneamente. Acolhimento, responsabilidade e identidade se dão nos planos individual e também coletivo: “Não se cuida efetivamente de indivíduos sem cuidar de populações e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento Cuidado de cada um de seus sujeitos” (AYRES, 2004, p. 28).

A partir das definições acima expostas de Cuidado e do referencial da teoria do trabalho em saúde, retoma-se a discussão sobre a integralidade, que pode ser entendida a partir de quatro eixos relacionados à organização da atenção à saúde.

Eixos da integralidade:

- **Necessidades:** concernem ao acolhimento e às correspondentes respostas às demandas em saúde;
- **Finalidades:** dizem respeito à relação entre medidas de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento de agravos e recuperação, bem como à interação entre ações individuais e coletivas;
- **Articulações:** tratam da forma de atuação de equipes multiprofissionais, integração de saberes interdisciplinares e ações intersetoriais;
- **Interações:** abordam as possibilidades e estratégias para encontros intersubjetivos entre sujeitos envolvidos nas práticas voltadas a atendimentos individuais e coletivos, tomadas como fundamentais para que as propostas dos demais eixos aconteçam (AYRES, 2009, p. 14).

Assim, a integralidade constitui um princípio fundamental para que as necessidades em saúde sejam trabalhadas com vistas a atingir as finalidades buscadas por um determinado serviço, programa ou política de saúde, favorecendo também a combinação dessa intencionalidade com os projetos do sujeito do Cuidado.

O referencial da integralidade apresenta orientações para a construção e implementação da LCA&J que, didaticamente, sintetizamos na forma de duas perspectivas.

A integralidade para a LCA&J envolve:

- **Integralidade das práticas de saúde:** relativa ao conteúdo e à organização do trabalho para que os serviços busquem realizar o Cuidado de modo que se contemple o êxito técnico e o sucesso prático, contribuindo para que adolescentes e jovens possam ter saúde, buscar seus projetos de vida e os de sua comunidade.

- Integralidade na rede de serviços de saúde: relativa às atribuições de cada serviço e às formas de sua articulação em rede, com vistas à implementação e à operação da LCA&J para o Cuidado de adolescentes e jovens, no Estado de São Paulo e em cada uma de suas regiões.

Em relação à integralidade das práticas de saúde, ao longo do projeto de construção da LCA&J, foi possível identificar as formas de trabalho e as estratégias dos serviços que favorecem a apreensão das necessidades dos adolescentes e jovens, a busca das finalidades de promoção da saúde, a prevenção de doenças, a atenção curativa e reabilitação, bem como dispositivos para a interação entre adolescentes, jovens e integrantes da equipe de saúde. Isso se deu particularmente através dos questionários, que permitiram a descrição do que os serviços fazem; dos grupos focais, em que foram discutidas percepções sobre o cuidado de adolescentes e jovens com os diferentes participantes; e das oficinas nas regiões-piloto, em que os participantes relataram experiências e pensaram em estratégias que favoreceriam o cuidado em cada serviço.

Elementos para a integralidade na rede de serviços de saúde – isto é, elementos que ajudem a pensar como favorecer a integralidade através das articulações e interações entre os serviços de uma dada rede regional – também foram construídos a partir da pesquisa, por meio da identificação dos casos em que os serviços que responderam ao questionário se relacionam com outros serviços para o cuidado de adolescentes e jovens; de ideias trazidas pelos(as) participantes das oficinas-piloto para a governança da LCA&J em cada região; e, particularmente, das contribuições dos grupos de *experts* e dos parceiros institucionais, tendo em vista a concepção e construção metodológica de uma linha de cuidado tomada como política pública de saúde.

2.2 Contribuição das linhas de cuidado no planejamento e na organização da atenção à saúde

As linhas de cuidado correspondem à organização de atenção para temas prioritários, com direcionalidade a partir da APS. No Estado de São Paulo, elas vêm sendo discutidas como forma de orientação programática no processo de descentralização e regionalização da saúde, tendo em vista grupos estratégicos e agravos prevalentes (FERREIRA et al., 2011). As linhas de cuidado estão relacionadas às redes temáticas regionais, na medida em que preveem a organização do trabalho na atenção a um grupo populacional ou agravo, que poderia ser tomada como o tema, em uma dada região, por meio da identificação de pontos da rede nos diferentes níveis de complexidade, do estabelecimento e da pactuação de fluxos de referência e contrarreferência.

A linha de *produção* do cuidado, como enunciam Franco e Magalhães Jr. (2004), tem como unidade estruturadora o usuário e seu projeto terapêutico. Um importante destaque, e que talvez motive sua adoção no processo de regionalização, é que a linha de cuidado prevê a entrada a partir da APS e a responsabilização da UBS pelo caminho e pela continuidade do Cuidado do usuário no sistema (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004). Segundo Ferreira, Bombarda, Foster, et al. (2011), devem ser sistematizadas e fomentadas pelo fortalecimento da APS, incluindo propostas como o apoio e a avaliação.

Originalmente, a expressão inclui a palavra “produção” (“linha de produção de cuidado”), uma vez que traz a ideia de processo de trabalho e do envolvimento de trabalhadores⁶. Entretanto,

⁶ Considera-se, neste documento, que o título e o conceito operacional também devem favorecer a comunicação com gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde. Por esse motivo, foi feita a opção por adotar a forma atualmente mais conhecida e de simples comunicação “linha de cuidado”, mesmo tomando a expressão de modo aprofundado, a partir da relação com o trabalho em saúde.

frequentemente tem-se falado em linha de cuidado, apenas salientando o aspecto longitudinal, isto é, de continuidade do cuidado, e o direcionamento de todo o cuidado pela APS, que faria o papel de “puxar” a linha. Ainda que esse aspecto seja importante, é algo que já está dado, pela posição que a APS ocupa enquanto organizadora do sistema, de acordo com as propostas do Ministério da Saúde e da SES-SP.

Neste sentido, a estratégia operacional “linha de produção de cuidado” tem muito em comum com a proposta da ação programática em saúde, a partir da teoria do trabalho em saúde – que pressupõe compreender as práticas em saúde enquanto intervenção técnica e política na realidade (MENDES-GONÇALVES, 1994), conforme abordado anteriormente. Pode-se entender a proposta de ação programática como uma máquina de operação matemática, na qual, de um lado, se tem o objeto ou a matéria-prima – as necessidades de saúde (de indivíduos e de populações) – e, do outro, os produtos, que são as finalidades (individuais, coletivas e do sistema). A operação que a máquina realiza corresponde ao trabalho em saúde, que tem como mediadores o uso de conhecimentos e técnicas da epidemiologia e da clínica, a articulação da equipe multiprofissional, a programação do trabalho e a gerência e o planejamento do serviço, em conformidade com essa proposição.

Além de trazer consigo o referencial da integralidade e a noção de Cuidado, já tratados no item anterior, outra característica interessante da linha de cuidado é a maior ênfase na clínica, no que guarda semelhanças com a proposta de Clínica Ampliada (CAMPOS, 2000), além do potencial de chamar para o Cuidado compartilhado e para a cogestão (CAMPOS, 1998).

Do ponto de vista do planejamento em saúde pública, as definições de linha de cuidado apontam para a abordagem da produção do cuidado, por meio da organização do trabalho em saúde nos serviços de saúde, em redes de serviços e no sistema de saúde.

As linhas de cuidado:

- visam à integração das ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação/reinserção;
- são construídas em resposta às necessidades de saúde de maior relevância;
- preveem a continuidade do cuidado;
- são construídas e estabelecidas entre os serviços de uma determinada região de saúde, a partir da APS;
- são viabilizadas por colegiados gestores;
- têm dimensão e forma variável em cada região, de acordo com recursos disponíveis e objetivos traçados.

(MENDES-GONÇALVES, 1994; FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004; LAVRAS, 2011; MENDES, 2011)

As linhas de cuidado podem ser tomadas como orientação programática para as redes de atenção à saúde; redes de atenção à saúde correspondem a um conjunto de unidades (diagnóstico, terapias, apoio logístico) que prestam assistência à saúde em um território sanitário (FERREIRA et al., 2011).

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizacionais de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

As redes de atenção à saúde são potentes para a regionalização, que, por sua vez, é estratégica para a descentralização – ambas diretrizes do SUS (BRASIL, 1990b; LAVRAS, 2011). A regionalização corresponde a uma ferramenta de gestão na organização do SUS; é uma medida de racionalização na prestação de cuidados de saúde (FERREIRA et al., 2011). Ela requer ação coordenada dos três entes federados em regiões sanitárias, que são constituídas para cada realidade (bairros de um

mesmo município, municípios de uma mesma região). Para as referências, busca observar fluxos existentes (naturais e culturais). Nas regiões sanitárias, são organizadas as RRAS, que têm como alicerce as complementaridades e as trocas. São construídas a partir do acordo participativo entre gestores municipais e estaduais (LAVRAS, 2011).

Cumpra diferenciar linhas de cuidado de redes de atenção à saúde. Ambas dizem respeito ao sistema de saúde. As redes de atenção à saúde compreendem um conjunto de unidades (diagnóstico, terapias, apoio logístico) que prestam assistência à saúde em um território sanitário. As linhas de cuidado correspondem ao modo de operar as redes - referem-se à produção do cuidado, a partir da organização do trabalho em saúde (FERREIRA et al., 2011).

O desenho das redes de atenção à saúde em cada região deve ser feito a partir da “relação dialética dos princípios de economia de escala, escopo e qualidade do serviço” (CONASS, 2006 e MENDES, 2005, citados por LAVRAS, 2011, p. 327). Posto isso, recomenda-se que as redes sejam flexíveis, o que é importante para regiões com baixa densidade populacional e longas distâncias. No Estado de São Paulo, apesar de o histórico de implantação de serviços já ser longo e tradicional, existe uma diversidade regional relativa ao porte dos municípios, a condições socioeconômicas e à rede de serviços, que deve ser levada em consideração.

Como passos para a construção de uma linha de cuidado, recomenda-se:

- identificar a rede de serviços de saúde;
- propor a construção coletiva;
- identificar serviços para a atenção a cada necessidade de saúde;
- mapear acesso;
- remover barreiras; e
- garantir a efetivação.

(FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004; MENDES, 2011)

Para tanto, profissionais e usuários (as) devem ter voz durante todo o processo, o que pode ser buscado por meio da realização de oficinas de trabalho com todos aqueles implicados com o tema. A identificação de recursos materiais e humanos para a operacionalização é fundamental. Processos de educação permanente são necessários para a implementação e manutenção com qualidade. Aponta-se ainda a necessidade de se estabelecerem instâncias para a gestão dos compromissos pactuados, medindo avanços e retrocessos, incluindo avaliações periódicas (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004; MENDES, 2011).

Em cada região, as linhas de cuidado terão uma conformação que também dependerá da regulação assistencial, estabelecida entre os pontos da rede. Cecílio et al (2014) apresentam a definição da regulação pela Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS (NOAS-SUS) 01/02 (BRASIL, 2002) como a “disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, efetivada por meio de complexos reguladores, articulada com a avaliação das necessidades de saúde, planejamento, regionalização, programação e alocação de recursos, além das ações de avaliação e controle”, para em seguida tecer um estudo sobre a regulação enquanto produção social, com outras lógicas para além da governamental. Apontam a existência de quatro tipos de regimes de regulação: “o regime de regulação governamental, o regime de regulação profissional, o regime de regulação clientelístico e o regime de regulação leiga”, que nos interessa discutir. O regime de regulação leiga se dá a partir da compreensão do “agir leigo”, em que usuários buscam seu cuidado, influenciando para a regulação do sistema de saúde. O estudo de narrativas de usuários sobre a busca de cuidado, permitiu a compreensão de que:

O móbil do agir leigo são o adoecimento, a dor, o sofrimento e o sentimento de fragilidade inerentes à condição humana. As pessoas movem-se por suas necessidades de saúde, entendidas no seu sentido mais ampliado, incluindo aí a conservação da autonomia no modo de andar a vida, a busca de vínculo e cuidado, o bem-estar, o fim da dor, a alegria de viver, a beleza. Esse é o ponto de partida e o ponto de chegada de todas as narrativas, aquilo que as atravessa do começo ao fim (CECILIO et al., 2014, p. 1510).

Assim, interessa dizer que o usuário atua em seu caminho pela procura do cuidado para a saúde. Ele produz um “mapa de cuidado”. E essa ação influenciará a regulação assistencial e, portanto, não apenas a construção, mas também a prática das linhas de cuidado em cada região.

O Ministério da Saúde adota algumas linhas de cuidado para a organização programática das redes, sendo exemplo a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências (BRASIL, 2010b). As linhas de cuidado no Estado de São Paulo são caracterizadas por adotarem orientação programática, serem coordenadas a partir da APS, no processo de descentralização e regionalização da saúde, tendo em vista temas prioritários, grupos estratégicos e agravos prevalentes (FERREIRA et al., 2011). São exemplos a Linha de Cuidado da Gestante e da Puérpera; a Linha de Cuidado do Portador de Hipertensão Arterial no SUS do Estado de São Paulo; e a Linha de Cuidado do Portador de Diabetes no SUS do Estado de São Paulo⁷.

2.3 A perspectiva da LCA&J

A LCA&J tem como objeto ou foco adolescentes e jovens; isto é, adolescentes e jovens são:

- a motivação de sua construção e implementação;
- os sujeitos que demandam e condicionam as práticas de saúde serviços; e
- os condutores da forma de articulação da rede visando ao seu cuidado.

A justificativa dessa motivação está nas razões expostas na seção 1; já as duas afirmações seguintes se baseiam na orientação de que as linhas de cuidado devem ter o usuário e seu projeto terapêutico como unidade estruturadora (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004), e do reconhecimento da atuação de adolescentes e jovens na regulação do sistema de saúde, por meio do agir leigo (CECILIO et al., 2014), tomados tomados com a radicalidade requerida por características e particularidades desses sujeitos em seus caminhos pela rede de serviços de saúde, com vistas à produção de uma saúde que lhes contemple.

A escolha por uma linha de cuidado para adolescentes e jovens visa, assim, a reconhecer e promover a sua autonomia e emancipação, entendidas como finalidades do Cuidado em saúde e como recursos potentes para lidar com situações de vulnerabilidade, para a promoção da saúde e dos projetos de vida de adolescentes e jovens.

Como mencionado na primeira seção deste documento, apesar de não haver até agora uma linha de cuidado consagrada a adolescentes e jovens, já existiam muitas ações nos diversos serviços ambulatoriais de saúde voltadas a adolescentes. Já para jovens, antes da realização do projeto, estimava-se que houvesse poucas ações específicas na maioria dos serviços, que, em geral, os atenderiam como adultos, não obstante as particularidades desse grupo.

⁷ Mais informações no site: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/areas-tecnicas-da-sessp/hipertensao-arterial-e-diabetes-mellitus/linhas-de-cuidado-sessp/>.

Com o projeto realizado, por meio dos questionários, evidenciou-se que as idades percebidas de início e fim da adolescência e da juventude variam amplamente entre serviços:

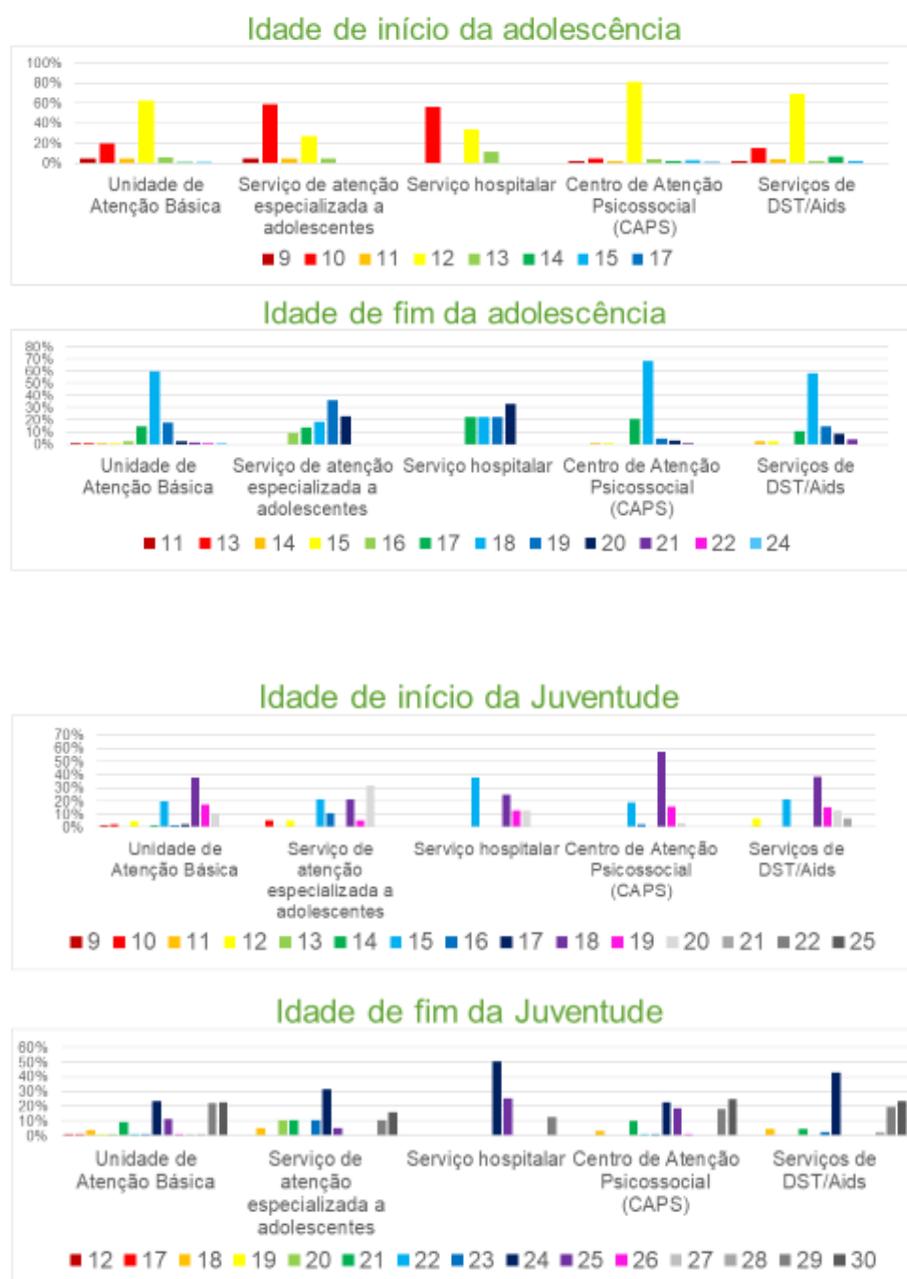


Figura 12 – Idades de início e fim da adolescência e da juventude, segundo o tipo de serviço

Essa variação influencia na organização do serviço, isto é, tanto no modo de reconhecer essa demanda, como no de se preparar para atendê-la.

Como já mencionamos no item 1.4.2, por um lado, observamos que UBS, CAPS e SAE e CTA definem majoritariamente a adolescência como faixa etária de 12 a 18 anos; por outro lado, os ambulatórios hospitalares especializados em adolescência e as Casas do Adolescente determinam principalmente a adolescência como faixa etária de 10 a 19 ou 20 anos. No que tange à definição da juventude, observou-se uma maior diversidade de respostas, indicando que as normas e diretrizes que orientam a atenção a essa faixa etária ainda não estabeleceram consensos entre os serviços respondentes. As idades mais frequentemente identificadas como início da juventude são 15, 18, 19 e 20 anos; já as idades mais comumente apontadas como fim da juventude são 24, 25, 29 e 30 anos.

Pudemos perceber que essa variação está relacionada ao critério que cada serviço disse utilizar para a classificação: ECA, EJ ou OMS. Esses critérios também puderam ser associados à incorporação da orientação pelos direitos humanos, que é maior quando se emprega o ECA, e ao trabalho com a noção de vulnerabilidade, maior quando se utiliza o EJ, respectivamente.

Em relação a adolescentes, do ponto de vista da legislação, a recomendação válida é a do ECA (BRASIL, 1990a), segundo o qual até 12 anos a pessoa é considerada criança e, entre 12 e 18 anos incompletos, adolescente. Deste modo, **recomendamos que adolescência para esta LCA&J seja considerada a fase da vida entre 12 e 18 anos.**

O EJ (BRASIL, 2013a), por sua vez, considera como jovens indivíduos com idade entre 15 e 30 anos. Tanto para evitar a sobreposição, como também por percebermos que há uma diferença nas necessidades dos sujeitos e nas formas de os serviços se organizarem para sua atenção, **compreendemos como juventude, no âmbito desta LCA&J, o período em que as pessoas têm entre 18 e 30 anos de idade.**

A adolescência apareceu, nos resultados das diversas fases da pesquisa, como um tema facilmente definido e discutido em serviços de saúde. Gestores, gerentes e profissionais a concebem frequentemente como fase “natural” do desenvolvimento fisiológico (baseada na puberdade, na liberação de hormônios, etc.); enxergam-na como uma categoria homogênea (o que se percebe através de declarações como “adolescente é assim” ou pela raridade dos recortes de gênero, classe, raça, etc., em suas falas); também é amplamente reconhecido que adolescentes possuem necessidades diferenciadas em relação a crianças ou adultos.

Apesar de ser percebida como natural, a adolescência é também mencionada com muita frequência como um problema, inclusive pelo fato de haver poucos recursos identificados para sua abordagem na saúde. Por um lado, compreende-se que adolescentes necessitam da tutela de adultos (“a família” e, por extensão, os profissionais de saúde) para garantir sua adaptação e inserção na sociedade adulta e, assim, evitar “cair” em situações de marginalidade e exclusão. Por outro, a promoção dos direitos, da autonomia e dos projetos de vida dos(as) adolescentes também foi reconhecida como finalidade do trabalho em saúde por uma parte significativa dos(as) participantes.

A juventude, no entanto, apareceu como um tema menos familiar, sendo pouco abordado separadamente da expressão “adolescentes e jovens”. Aparece principalmente como desfecho ou continuidade das trajetórias adolescentes. Entretanto, também houve uma minoria de participantes que discutiram especificamente o tema: ao fazê-lo, incentivaram uma abordagem mais sensível à diversidade social, recomendando o uso da palavra “juventudes”, no plural.

Para a LCA&J, o principal referencial é a integralidade, a partir da discussão conceitual apresentada no item 2.1, que dividimos, didaticamente, em duas abordagens – das práticas de saúde e da rede de serviços de saúde –, novamente apresentadas aqui para favorecer a compreensão:

- Integralidade das práticas de saúde: relativa ao conteúdo e à organização do trabalho para que os serviços busquem realizar o Cuidado de modo que se contemple o êxito técnico e o sucesso prático, contribuindo para que adolescentes e jovens possam ter saúde, buscar seus projetos de vida e de sua comunidade;
- Integralidade na rede de serviços de saúde: relativa às atribuições de cada serviço e às formas de sua articulação em rede, com vistas à implementação e à operação da LCA&J para o Cuidado de adolescentes e jovens, no Estado de São Paulo e em cada uma de suas regiões.

A LCA&J estabelece qual é o conteúdo do trabalho a ser realizado por cada tipo de serviço ambulatorial, bem como qual a forma de articulação entre esses serviços a fim de buscar o cuidado integral à saúde dos adolescentes em cada região do Estado de São Paulo.

Os esquemas abaixo podem contribuir para a compreensão da integralidade das práticas de saúde e da rede de serviços de saúde.

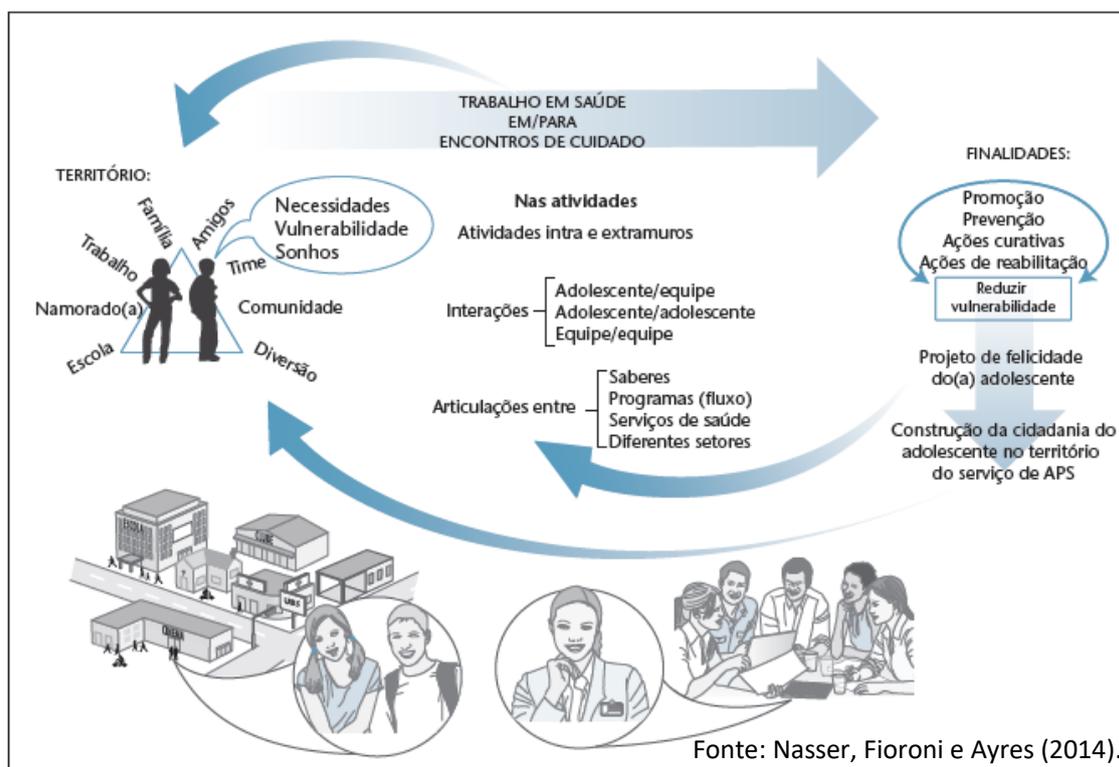


Figura 13 – Esquema do cuidado integral de adolescentes na atenção primária

A parte superior da Figura 13 é a que mais fala a respeito da integralidade das práticas de saúde.

De um lado (à esquerda), temos adolescentes e jovens, que podem ser tomados individualmente ou enquanto coletivos para o trabalho em saúde. Eles têm características de identidade e socioculturais, moram em um território específico e têm relações com os(as) amigos(as), a família, o(a) namorado(a), o trabalho, a diversão, a comunidade, a escola, o esporte, entre outros. Eles têm ideias, pontos de vista e desejos próprios, incluindo seus sonhos. Têm também necessidades de saúde e de vida particulares, bem como experimentam situações de vulnerabilidade.

Do outro lado (à direita), temos as finalidades do trabalho em saúde – promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, ações curativas para as condições que ocorrem na adolescência, ações de reabilitação para aqueles que precisem –, que correspondem aos objetivos dos serviços de saúde e da LCA&J para o cuidado em saúde de adolescentes e jovens. Uma síntese desses objetivos seria reduzir as vulnerabilidades de adolescentes e jovens e contribuir para a busca de seus projetos de vida, bem como para a construção de sua cidadania, além de contribuir para a melhoria da situação social e de saúde do território.

Para buscar essas finalidades, gestores da saúde, profissionais e gerentes de todos os serviços de saúde realizam um trabalho em saúde: podem ser entendidos como agentes competentes, que operam saberes e utilizam instrumentos de trabalho com vistas a lidar com as necessidades e vulnerabilidades de adolescentes e atingir as finalidades do cuidado em saúde.

É fundamental conhecer as realidades de adolescentes e jovens, bem como suas necessidades e desejos, para que gestores e serviços possam elencar os objetivos, buscando elaborar formas de trabalhar que favoreçam esse fim. A definição dos objetivos que queremos atingir e das formas de

trabalhar, por outro lado, também influencia adolescentes e jovens, os seus motivos de busca pelo serviço, e pode interferir na realidade sanitária e social.

A parte de baixo da Figura 13 busca representar um arranjo ou uma rede de serviços. A forma de acesso e participação de adolescentes e jovens, a interação entre eles(as) e com a equipe, a interação no âmbito da equipe e a articulação entre os serviços dessa rede dependem de como a LCA&J for construída. A questão da interação, por ser baseada, acima de tudo, nas microrrelações, remete sobretudo à integralidade das práticas de saúde. Já a articulação entre os serviços em uma dada rede, no Estado de São Paulo, ou em uma região, requer construções e combinações referentes à integralidade na rede de serviços.

A integralidade na rede de serviços de saúde da LCA&J remete à parte de baixo à esquerda da Figura 13 e será detalhada a partir dos dois próximos esquemas; é relativa à atribuição de cada serviço dentro da rede de saúde e à forma como se articulam para a produção do cuidado a adolescentes e jovens em uma dada região.



Figura 14 – Esquema preliminar da LCA&J

O esquema acima foi formulado no início do desenvolvimento do projeto, quando buscávamos uma identidade visual que mostrasse que a LCA&J estava em construção. Por meio desse esquema, procuramos representar a articulação entre os serviços, partindo da ideia de que teriam interfaces múltiplas e não apenas uma relação linear. Além disso, os encaixes poderiam variar, como em um quebra-cabeça: cada serviço seria uma peça que pode se encaixar com todas as demais, mudando de lugar.

Ao longo do projeto, as atribuições de cada serviço componente da LCA&J e sua forma de articulação na rede foram sendo desveladas pelas etapas de consultas a diversos participantes e pelos resultados do questionário, dos grupos focais e das oficinas das regiões-piloto. Neste sentido, são importantes alguns destaques.

No grupo de *experts*, foi feita uma analogia em que a linha de cuidado seria como um trem e os serviços, as diversas estações. O trem, ao passar por cada estação, a modifica e é também modificado por ela. Assim, a linha de cuidado orienta as práticas em cada serviço, mas também é construída por eles – ela torna-se possível a partir do trabalho que os serviços realizam.

Do mesmo modo, foi muito relevante conhecer o trabalho para a atenção à saúde de adolescentes e jovens que vem sendo realizado pelos serviços ambulatoriais de saúde do Estado de São Paulo que aderiram ao questionário. A partir do que eles nos informaram realizar e da forma como contam se articular com outros serviços na região, foi possível construir as propostas para a LCA&J.

Nos grupos focais, os participantes compartilharam suas perspectivas em relação à adolescência e juventude, suas necessidades de saúde, os desafios para as práticas de cuidado, as propostas para a LCA&J, o que permitiu definir os conteúdos necessários para este documento.

As oficinas-piloto levaram os participantes a formularem sugestões sobre como deveria ser a LCA&J, a partir de exemplos e dos exercícios realizados. Tratando das realidades regionais relativas às necessidades de adolescentes e jovens e da forma como acessam os serviços, os participantes apontaram que é preciso considerar qualquer caminho que esses sujeitos tomarem ao buscar acesso ao sistema, de modo que se aproveitem todas as oportunidades para o seu Cuidado e tomando como responsabilidade de todos os serviços da rede: (1) o acolhimento desse sujeito no sistema e (2) sua orientação a partir das propostas da LCA&J em cada região. Desse modo, ficou ressaltado que adolescentes e jovens são os focos da LCA&J e também moldam e conduzem a sua operacionalização.

Os esquemas abaixo (Figuras 15 a 21) foram construídos visando a valorizar o fato de que o(a) adolescente ou jovem é o centro desta LCA&J, enfatizando que é para ele(a) que deve se dirigir o olhar de cada um dos serviços, de modo que estes adotem instrumentos para favorecer seu acesso e cuidado. Ademais, ilustram que é o adolescente que conforma a LCA&J, a partir de seu caminho e de suas necessidades de saúde. Em cada região, as realidades locais da rede de serviços vão influenciar essas relações. O princípio é que quando o serviço receber um(a) adolescente e jovem, deve, por um lado, realizar o que é sua atribuição; ao mesmo tempo, se for preciso, deve buscar complementações e articulações com outros serviços – incluindo discussões de caso, matriciamento e encaminhamento para referência – ; enfim, nos casos em que suas ofertas não sejam as mais adequadas para o que o sujeito procura, os serviços devem, após realizar o acolhimento, fornecer orientação e encaminhamento para o serviço ambulatorial adequado.

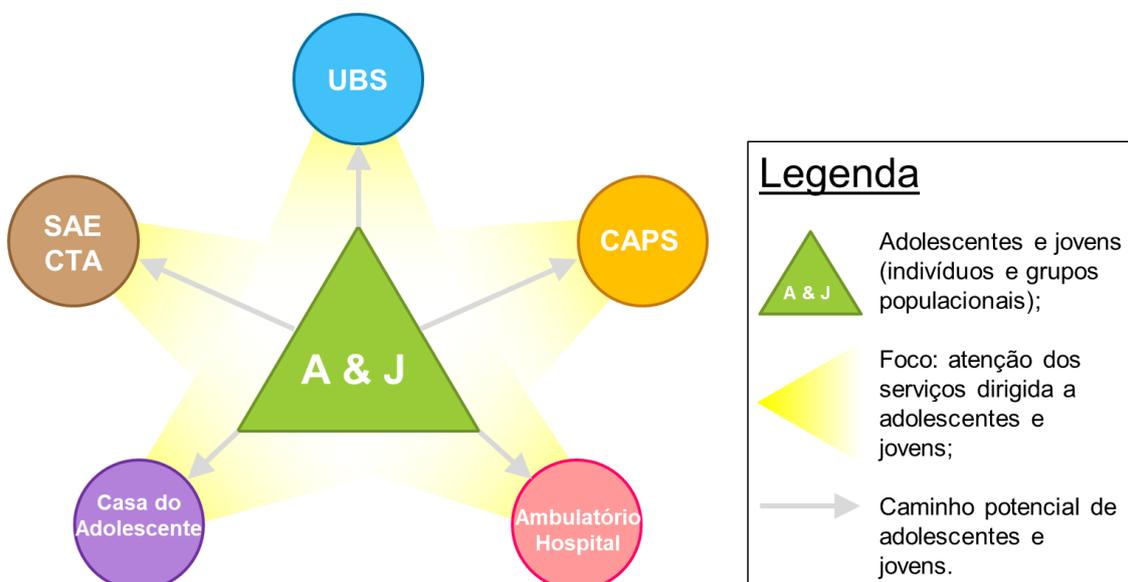


Figura 15 – Diagrama geral da LCA&J

De modo geral, as UBS serão a porta de entrada preferencial, tanto em função de seu papel no sistema, quanto pelo fato de estarem presentes em maior número e em todos os territórios, sendo, assim, os serviços mais acessíveis para a população. A maior parte das necessidades de adolescentes e jovens pode ser trabalhada nas UBS, sendo relevante o desenvolvimento de ações de promoção da

saúde, prevenção de doenças, assistência curativa e reabilitação, tanto individuais como coletivas, dentro da unidade ou na comunidade. As UBS podem lançar mão de diversas formas de articulação com os outros serviços de saúde, como o apoio matricial e os encaminhamentos. Nesse último caso, ressalta-se a relevância de que o(a) adolescente ou jovem tenha seu cuidado na UBS mantido, uma vez que esta é a responsável pela coordenação do cuidado no sistema.

A articulação a outros serviços, tanto para solicitar apoio matricial como para encaminhar adolescentes ou jovens, dependerá do tipo de necessidade, da finalidade do cuidado a alcançar e também do tipo de serviço disponível em cada região. No item 4.2, serão detalhadas as atribuições de cada serviço e das formas de articulação entre eles. Por ora, em linhas gerais, falaremos que adolescentes e jovens com necessidades de cuidado em saúde mental podem requerer articulação com o CAPS e aqueles com situação ou vulnerabilidade de IST e aids podem demandar articulação com os SAE e CTA. Tanto as Casas do Adolescente, como os ambulatórios de adolescentes de hospitais universitários dispõem de profissionais específicos para o acompanhamento de adolescentes, sendo possível o arranjo matricial e o recebimento de alguns casos.

Nos casos em que o(a) adolescente procure primeiramente um serviço que não seja uma UBS, mas um CAPS, SAE e CTA, Casa do Adolescente ou ambulatório de adolescentes de um hospital, ele(a) deve ser acolhido e atendido conforme sua necessidade e a atribuição de cada serviço; simultaneamente, é importante que ele(a) seja também sempre referido(a) para a UBS do seu território, por ser este o serviço de mais fácil acesso em virtude da sua proximidade e por conta do seu papel no provimento de cuidados e na coordenação do sistema.

3 Objetivos da Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J)

Objetivo geral:

Garantir o cuidado integral à saúde de adolescentes e jovens em serviços ambulatoriais do SUS do Estado de São Paulo.

Objetivos específicos:

- Garantir os direitos em saúde e cidadania de adolescentes e jovens por meio de orientações sobre modos de organização do trabalho que visem a concretizar os princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social.
- Estabelecer as atribuições de cada tipo de serviço ambulatorial de saúde que atende adolescentes e jovens no SUS, em São Paulo: UBS, Casas do Adolescente, CAPS, SAE e CTA e ambulatórios especializados em adolescência de hospitais universitários.
- Qualificar as práticas de cuidado em saúde de adolescentes e jovens voltadas ao reconhecimento de suas necessidades de saúde, à busca por atingir as finalidades de promoção da saúde, prevenção de doenças, atenção curativa e reabilitação, bem como ao aprimoramento da interação entre adolescentes, jovens e equipe de saúde.
- Aprimorar as formas de articulação entre os serviços ambulatoriais de saúde que atendem adolescentes e jovens – UBS, CAPS, SAE e CTA, Casas do Adolescente e ambulatórios especializados em adolescentes de hospitais universitários –, no SUS, em São Paulo, considerando as particularidades na composição da rede assistencial em cada região de saúde.
- Orientar sobre as possibilidades de buscar articulação entre os serviços de saúde e a comunidade, os equipamentos sociais e os serviços de outros setores.

4 A LINHA DE CUIDADO PARA A SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO (LCA&J)

4.1 Recomendações gerais para o cuidado de adolescentes e jovens

Focos da LCA&J: adolescentes e jovens

Todos os serviços de saúde envolvidos nesta LCA&J focarão adolescentes e jovens, de modo que seja garantido seu acesso e buscando atingir também adolescentes e jovens vulneráveis, por meio de ações de busca ativa na comunidade.

O caminho traçado por adolescentes e jovens para acessar os serviços indicará a forma de desencadear o cuidado; isto é, a LCA&J deve ser sensível aos seus anseios.

4.1.1 Serviços de saúde que participam da LCA&J

A LCA&J é composta de serviços de saúde do SUS, localizados no estado de São Paulo, caracterizados pela oferta de práticas ambulatoriais de saúde⁸.

Os serviços que integram a LCA&J são:

- as UBS;
- os CAPS;
- os SAE e os CTA;
- as Casas do Adolescente; e
- os ambulatórios especializados em adolescentes de hospitais universitários.

Cabe breve caracterização dos serviços.

A **UBS** pode ser definida como:

Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde: Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. Podendo ou não oferecer: SADT (Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia) e Pronto atendimento 24 Horas. Uso restrito às unidades públicas (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Art. 6º Todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, de acordo com esta portaria serão denominados Unidade Básica de Saúde – UBS (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b).

⁸ Assistência ambulatorial: cuidados ou tratamentos prestados a um indivíduo, cujas condições de saúde lhe permitem comparecer à consulta e retornar à casa, dispensando internação hospitalar. Fonte: DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. *Identificador Único D000553*. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>.

Os **SAE** e **CTA** são definidos na Portaria Conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013, em seu Art. 2º, § 1º:

I - Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): serviços de saúde que realizam ações de testagem e prevenção das DST, aids e hepatites virais, destinadas, prioritariamente, a segmentos populacionais considerados em situação de maior vulnerabilidade e à população em geral;

II - Serviço de Atenção Especializada (SAE): unidade ambulatorial voltada à atenção integral às pessoas com DST/HIV/Aids;

Dentre os outros componentes desse parágrafo, destacamos o papel-chave de educação permanente, matriciamento e coordenação do programa, a ser desempenhado pelos Centros de Referência e Treinamento:

III - Centro de Referência e Treinamento (CRT): unidade de referência na atenção integral às pessoas com DST/HIV/Aids e Hepatites Virais, na multiplicação dos conhecimentos, informações técnicas, capacitação das equipes de saúde e assistência em diversas subespecialidades composta por equipe multiprofissional expandida (...) (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d).

A Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde institui a RAPS. Essa rede tem dez componentes ao todo, entre eles os **CAPS**, definidos anteriormente pela Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Há diferentes tipos de CAPS:

- CAPS I: atende todas as faixas etárias; existe em regiões ou municípios com população acima de 20.000 habitantes;
- CAPS II: atende todas as faixas etárias; existe em regiões ou municípios com população acima de 70.000 habitantes;
- CAPS III: atende todas as faixas etárias; funciona 24 horas; conta com acolhimento noturno; existe em regiões ou municípios com população acima de 200.000 habitantes;
- CAPS Álcool e Drogas (AD): atende adultos ou crianças e adolescentes; existe em regiões ou municípios com população acima de 70.000 habitantes;
- CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes; conta com leitos para observação e monitoramento e tem funcionamento 24 horas; existe em regiões ou municípios com população acima de 200.000 habitantes;
- CAPS Infantojuvenil (IJ): atende crianças e adolescentes “com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas”; existe em regiões ou municípios com população acima de 150.000 habitantes (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A **Casa do Adolescente** é um serviço emblemático do Programa Estadual de Saúde do Adolescente, criado em 1987 e coordenado pela ginecologista e obstetra Albertina Duarte Takiuti. “O programa foi elaborado a partir de uma produção teórico-prática da comissão científica constituída por representantes de universidades paulistas” (QUEIROZ et al., 2013, p. 59). De acordo com o site do programa (ESTADO DE SÃO PAULO, 2013a), “Inaugurada em 1991, a Casa do Adolescente, iniciativa do governo do Estado, serviu como uma espécie de laboratório de novas políticas de saúde para jovens entre dez e 20 anos de idade”. Em 2005, a Lei estadual nº 11.976, de 25 de agosto, criou o Programa Estadual de Saúde do Adolescente (ESTADO DE SÃO PAULO, 2005). Em seu 5º artigo, estipula que o programa procurará fomentar atividades já realizadas pelo Poder Público, entre elas a Casa do Adolescente. O livro *Adolescência e saúde 4* aborda o Programa Saúde do Adolescente e

apresenta as Casas do Adolescente no artigo *Um sonho: Programa Saúde do Adolescente – sentir, viver e agir* (TAKIUTI, 2018), bem como o relato de experiências das Casas do Adolescente de Pinheiros e Heliópolis (ambas no município de São Paulo), Itapeva, Mirassol e Mococa, todas paulistas, além de relato de Casa do Adolescente em Ivaiporã, no Estado do Paraná, única experiência fora do Estado de São Paulo.

Os **ambulatórios hospitalares especializados em saúde do adolescente** são, geralmente, ligados às universidades, isto é, têm função didática. Seu histórico remonta à própria constituição da medicina de adolescentes, a partir das “propostas pioneiras” que “no Brasil apareceram em São Paulo e no Rio de Janeiro, no início da década de 1970, vinculadas a faculdades de medicina e hospitais universitários” (QUEIROZ et al., 2013, p. 56).

Esses ambulatórios surgem a partir de diferentes especialidades médicas e vão também se relacionando em sociedades e associações. A atenção a adolescentes se constitui tendo como princípio a integralidade e, nesse sentido, há uma tendência a desenvolver o trabalho do profissional generalista, além da questão do acesso de adolescentes aos serviços. Configura-se uma tensão entre a clínica e a saúde coletiva, o indivíduo e a saúde pública, que marca a história dos serviços de atenção à saúde paulistas (QUEIROZ et al., 2013).

A presença de cada serviço varia em tipo e número entre as diversas regiões do Estado de São Paulo, exigindo o estabelecimento de desenhos ou arranjos de rede específicos para cada região.

Vale dizer que **os serviços de internação hospitalar e as unidades de urgência e emergência** não são, neste momento, objeto do presente documento e desta proposta de linha de cuidado. Isso se deve à opção de abordagem metodológica deste projeto, que levou em conta as características específicas de atenção a adolescentes e jovens integrantes da população geral, requerendo a concentração nos serviços ambulatoriais. Portanto, foi para esses serviços ambulatoriais que o projeto e suas etapas metodológicas voltaram-se. Está claro que adolescentes e jovens também procuram unidades de urgência e emergência ou necessitam de internação hospitalar em algumas situações; por isso, a seguir, mencionaremos casos em que as UBS, os CAPS, os SAE e CTA, as Casas do Adolescente e os ambulatórios especializados em adolescentes podem necessitar de articulações com unidades de urgência/emergência e internação.

Sempre que possível, é importante haver **compartilhamento do cuidado**, tendo em vista o histórico do(a) usuário(a) em cada serviço e a proximidade entre as unidades de saúde e o território. Além disso, nos casos em que adolescentes e jovens entram no sistema de saúde via unidades de urgência/emergência ou de internação, nossa principal recomendação é a seguinte: **no momento da alta, adolescentes, jovens e familiares devem ser orientados a procurar as UBS de seu território**, o que contribuirá para a sua entrada na LCA&J.

A saúde de adolescentes e jovens também depende, em grande medida, da articulação entre o setor saúde e os **demais setores** – educação, cultura, esporte, justiça, assistência cultural, meio ambiente, segurança, habitação, entre outros – que se dá principalmente por meio de parcerias entre os serviços e equipamentos presentes em cada território. O processo de construção deste documento incluiu a temática da rede intersetorial em suas etapas metodológicas⁹. Deste modo, o documento pôde incluir orientações a respeito das articulações interssetoriais, como se verá adiante. Entretanto, neste momento, não abordamos cada um dos setores a partir de seus gestores, deixando aberta a possibilidade de tal desenvolvimento da LCA&J para futuros desdobramentos do projeto.

⁹ A abordagem da rede intersetorial pelo projeto se deu por meio de questões sobre articulação com os outros setores nos questionários dirigidos aos serviços de saúde; realização de um grupo focal com profissionais da rede intersetorial; e participação de profissionais da rede intersetorial nas oficinas-piloto em cada região.

4.1.2 Recomendações sobre atribuições comuns a todos os serviços

Apresentamos, nesta seção, recomendações gerais para todos os serviços, que emergiram a partir da realização do projeto LCA&J, com destaque para o questionário e as respostas obtidas, que apontam para a descrição das práticas de cuidado desenvolvidas nos serviços e as articulações já empreendidas. Este tópico está organizado em: Garantia de acesso aos serviços por adolescentes e jovens; Atenção à saúde de adolescentes e jovens; Articulações entre serviços, setores e equipamentos comunitários para a atenção a adolescentes e jovens; e Ações gerenciais para a organização do trabalho e cuidado de adolescentes e jovens. Essas recomendações podem ser tomadas como orientadoras para a organização do processo de trabalho nos serviços visando à implementação da LCA&J. Ademais, uma vez que cada atividade recomendada esboça indicadores de processo, este tópico pode ser utilizado para embasar avaliações periódicas da LCA&J.

Garantia de acesso aos serviços por adolescentes e jovens

- Para a organização da atenção a adolescentes e jovens, recomendamos que sejam considerados:
 - como **adolescentes** indivíduos entre 12 e 18 anos de idade; e
 - como **jovens** indivíduos entre 18 e 30 anos de idade.
- Os serviços devem ser abertos ao público durante a maior amplitude possível de tempo, de acordo com condições locais e com propostas da gestão (municipal, regional, estadual). Se plausível, recomendamos a abertura de segunda a sexta-feira, de manhã e à tarde. Sugerimos, caso viável, a inclusão de um período noturno ou de fim de semana, pois isso pode contribuir para o acesso de adolescentes e jovens mais vulneráveis e/ou que trabalhem nos horários habituais de abertura dos serviços.
- A organização do trabalho precisa incluir atendimento agendado e atendimento à demanda espontânea.
- Todas as dependências e atividades dos serviços devem ser abertas ao atendimento e à participação de adolescentes e jovens. Caso exista a disponibilidade, também é recomendado prever salas ou espaços específicos para esses grupos (de modo permanente ou em algum período selecionado, revezando com outras atividades) ou ainda períodos específicos de atendimento, durante a semana, que concentrem atividades voltadas a adolescentes e jovens. Essas alternativas podem contribuir para a construção de atividades com acolhimento diferenciado, confidencialidade, identificação e pertencimento entre adolescentes e jovens, e vinculação com a equipe de saúde.
- Orienta-se que seja buscada a maior diversidade na composição da equipe envolvida no trabalho com adolescentes e jovens, considerando as categorias profissionais atuando em cada tipo de serviço. Se possível, é conveniente que esses(as) profissionais se agrupem e formem uma equipe, contribuindo para a troca interprofissional e para a organização e coordenação do trabalho.
- Profissionais de saúde de diferentes formações e categorias podem atuar com adolescentes e jovens. A escolha de profissionais para trabalhar com adolescentes e jovens deve levar em conta aspectos relativos à formação específica (residência, especialização, cursos de extensão ou profissionalização em programas multiprofissionais e médicos em adolescência) e à educação permanente de profissionais em atuação no serviço, com ênfase para as temáticas frequentes para o trabalho com esses grupos populacionais (crescimento, puberdade, saúde sexual e reprodutiva, direitos humanos, violência, álcool e outras drogas, trabalho, educação e formação, etc.), bem como para metodologias voltadas ao diálogo

(mediação de oficinas, grupos educativos, diálogo, etc.) e para a atuação interprofissional e intersetorial, entre outros.

- Os seguintes materiais podem ser utilizados para o trabalho com adolescentes e jovens: Caderneta de Saúde do(a) Adolescente e outros materiais desenvolvidos pelo Ministério da Saúde; materiais desenvolvidos pela SES ou pela Secretaria Municipal de Saúde; ECA (BRASIL, 1990a); EJ (BRASIL, 2013a); materiais desenvolvidos por organizações não governamentais, pela equipe do serviço ou por adolescentes e jovens.
- Recomenda-se o uso dos seguintes documentos voltados à organização do trabalho, assim como protocolos clínicos para atenção a adolescentes, recomendados nos serviços: protocolos de elaboração própria do serviço; Caderneta de Saúde do(a) Adolescente e outros protocolos do Ministério da Saúde; protocolos do Estado de São Paulo; protocolos da região de saúde; protocolos do município; protocolos de sociedades das categorias profissionais ou de especialidade em hebiatria ou saúde na adolescência.
- Aconselha-se a utilização de instrumentos específicos no acolhimento de adolescentes e jovens e seus familiares, para favorecer o diálogo com esses públicos, bem como a identificação de motivos de procura pelo serviço, riscos e necessidades de saúde, com destaque para os objetivos de: acompanhar o crescimento e o desenvolvimento; identificar questões de saúde mental; investigar o risco de suicídio, o uso de álcool e outras drogas e o envolvimento em situações de violência; abordar transtornos alimentares; entre outros.
- Os serviços precisam considerar a adoção de ações de busca ativa de adolescentes e jovens em situações de maior vulnerabilidade que não frequentam os serviços de saúde. Para tanto, é importante o conhecimento do território e o desenvolvimento de parcerias com instituições de outros setores e equipamentos sociais. A realização de ações gerenciais, como vigilância de faltosos ou pessoas com exames alterados, também pode contribuir.

Atenção à saúde de adolescentes e jovens

- O ECA (BRASIL, 1990a) e o EJ (BRASIL, 2013a) devem ser adotados pelos serviços como orientação tanto para a definição dos critérios etários, como para a organização das práticas, pois favorecem a consideração dos direitos humanos de adolescentes e jovens, a percepção de sua diversidade e o enfrentamento de situações de vulnerabilidade.
- Os serviços devem possibilitar atendimentos de adolescentes sem a obrigatoriedade da presença de pais e responsáveis, a partir dos 12 anos. Vale dizer que todos os profissionais de saúde podem atuar no atendimento de adolescentes. São exemplos de atividades: realizar matrícula no serviço e solicitar agendamento das atividades; recepção, acolhimento ou primeiro atendimento no serviço; atendimento com assistente social; atendimento com psicólogo(a); atendimento/consulta de enfermagem; consulta médica, incluindo exames clínicos e ginecológicos; consulta odontológica; atendimento com outros profissionais de saúde de nível superior; atividades em grupos educativos e terapêuticos; vacinação, curativos, coleta de sangue e aplicação de medicações injetáveis por técnicos ou auxiliares de enfermagem; receber visitas domiciliares de profissionais de saúde, incluindo agentes comunitários de saúde (ACS); consulta com prescrição de métodos contraceptivos, incluindo anticoncepcional de emergência, acompanhamento pré-natal e puerpério, exames diagnósticos de infecções sexualmente transmissíveis (IST), testagem de HIV, tratamento sintomático de IST, profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP), profilaxia pré-exposição ao HIV (PreP), dispensação de preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante, dispensação de medicamentos na farmácia.

O Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes (BRASIL, 2007a), no item 2.3, *Limitação Legal para o Exercício de Direitos e Atendimento do Adolescente*, apresenta importantes

orientações, a partir do ECA (BRASIL, 1990a)¹⁰. Percebemos, com os questionários, os grupos focais e as oficinas nas regiões-piloto, que as dúvidas a esse respeito são muito grandes, inclusive com números expressivos de serviços que exigem a presença de pais ou responsáveis em todas as situações. Nesse sentido, sugerimos também a consulta à nota técnica do Ministério da Saúde, de 2017, específica para a atenção à saúde de adolescentes em UBS¹¹. Alguns cuidados são necessários com relação às atividades que envolvem procedimentos invasivos, para os quais se indica verificar se o(a) adolescente tem entendimento dos motivos, dos métodos e de eventuais riscos, avaliando-se, caso a caso, se há necessidade de envolvimento de pais ou responsáveis. Em relação à saúde sexual e reprodutiva e todos os atendimentos que a envolvem, lembramos que é função de profissionais de saúde e dos serviços providenciar cuidados para adolescentes considerando sua atividade sexual, inclusive para menores de 14 anos (na seção seguinte, abordaremos o tema embasados na consideração dos direitos de adolescentes, incluindo a confidencialidade e o sigilo, bem como os casos em que este precisará ser quebrado, de acordo com as recomendações legais, com orientações de como fazê-lo). No caso específico de gestação, será necessário o compartilhamento da informação com pais ou responsáveis, mas isso pode ser feito de modo articulado com a adolescente – não é necessário fazê-lo no primeiro atendimento e não deve implicar demora na inscrição no pré-natal. É interessante que seja estimulada a vinda de acompanhantes, incluindo o parceiro, pais e familiares, pelo cuidado com a gestante adolescente. Vale ainda ter atenção para situações que podem levar a muita mobilização afetiva, como a testagem para HIV e IST – recomenda-se conversar com o(a) adolescente sobre os critérios para o exame e sugerir a possibilidade de um acompanhante de sua escolha para apoiar nesse momento.

- O sigilo e a confidencialidade devem ser garantidos explicitamente em todos os atendimentos, considerando que fazem parte das principais características valorizadas por adolescentes e jovens na atenção à sua saúde.
- A equipe precisa ser preparada para abordar e acolher adolescentes e jovens em função das atividades e temáticas que mais fazem com que estes(as) procurem os serviços de saúde – ou seja, por ordem decrescente: sexualidade; atendimento odontológico; trabalho e renda; reprodução; queixa escolar; uso de álcool; solicitação da família; corpo e puberdade; uso de drogas ilícitas; depressão, ansiedade ou sofrimento emocional; situações de violência; doenças de vias aéreas respiratórias; família, amigos, etc.; vacinações; tratamento de

¹⁰ Destacamos o seguinte trecho do *Marco legal: saúde um direito de adolescentes*: “Dessa forma, qualquer exigência, como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, que possa afastar ou impedir o exercício pleno do adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável. Caso a equipe de saúde entenda que o usuário não possui condições de decidir sozinho sobre alguma intervenção em razão de sua complexidade, deve, primeiramente, realizar as intervenções urgentes que se façam necessárias, e, em seguida, abordar o adolescente de forma clara a necessidade de que um responsável o assista e o auxilie no acompanhamento. A resistência do adolescente em informar determinadas circunstâncias de sua vida a família por si só demonstra uma desarmonia que pode e deve ser enfrentada pela equipe de saúde, preservando sempre o direito do adolescente em exercer seu direito à saúde. Dessa forma, recomenda-se que, havendo resistência fundada e receio que a comunicação ao responsável legal, implique em afastamento do usuário ou dano à sua saúde, se aceite pessoa maior e capaz indicada pelo adolescente para acompanhá-lo e auxiliar a equipe de saúde na condução do caso, aplicando-se analogicamente o princípio do art. 142 do Estatuto da Criança e do Adolescente” (BRASIL, 2007, p. 41).

¹¹ Nota técnica nº 04, data: 03/04/2017, assunto: “O direito de adolescentes serem atendidos nas UBS desacompanhados dos pais ou responsáveis e as ocasiões em que é necessária a presença de pais ou responsável”. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=&cod=2410>

doenças crônicas; gestação e pré-natal; declaração para a prática de atividades físicas; e nutrição ou alimentação¹².

- Os atendimentos individuais de adolescentes devem abordar rotineiramente os seguintes temas: sigilo e confidencialidade; orientações sobre o uso do serviço e da rede de saúde; identificação de queixas e sintomas; situações de vulnerabilidade; direitos humanos e saúde; conversa sobre a história de vida do(a) usuário(a); apoio à adesão ao tratamento; levantamento de necessidades do usuário, entre outros.
 - Para o desenvolvimento de atividades em grupo com adolescentes, algumas possibilidades são: grupos de acolhimento para novos(as) usuários(as); atendimento terapêutico em grupo; grupos de apoio, socioeducativos, temáticos; atividades manuais, artesanais ou artísticas; atividades socioculturais e/ou esportivas; ações por pares (adolescentes multiplicadores); atividades para pais, responsáveis, familiares, parceiros(as) de usuários(as); atividades fora da unidade (por exemplo: em escolas e centros esportivos e culturais, na comunidade, etc.).
 - Recomenda-se a realização de ações específicas voltadas a jovens entre 18 e 30 anos diferenciadas do restante da população adulta, incluindo atividades assistenciais ou educativas com metodologia distinta, ficha para levantamento de necessidades e discussões em reuniões de equipe.
 - Temas relevantes a serem abordados em atividades individuais ou em grupo para adolescentes e jovens incluem: álcool; alimentação; arte e cultura; atividade física, esportes, práticas corporais; atualização do cartão de vacinas; chás e plantas medicinais; deficiências, práticas e políticas inclusivas; direitos e cidadania; discriminação racial; drogas ilícitas; escola, estudos; homofobia, transfobia, LGBTfobia; maternidade, paternidade; meio ambiente; participação social; percepções sobre o próprio corpo, autoestima, padrões de beleza; projetos de vida e planos; puberdade, mudanças corporais; autoconhecimento e autocuidado; relacionamentos sociais: família, amigos(as), namoros; relações de gênero; saúde bucal; saúde mental; saúde reprodutiva; segurança no trânsito; sexualidade; tabaco; trabalho, profissionalização; violência; entre outros.
 - Os serviços precisam desenvolver ações específicas para abordar e atender adolescentes e jovens em situações de maior vulnerabilidade, dentre os quais destacamos: moradores(as) de assentamentos e acampamentos rurais; ciganos(as); gestantes; indígenas e quilombolas; lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis; migrantes e refugiados(as); moradores(as) de serviços de abrigamento e Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA), pais e mães recentes; pessoas cumprindo medidas socioeducativas; pessoas em situação de rua; pessoas vivendo com HIV; população carcerária; portadores de deficiências; profissionais do sexo; pessoas em situações de exploração ou abuso sexual; trabalhadores(as) sazonais; adolescentes que trabalham; trabalhadores(as) em situações de risco, insalubres ou informais; usuários(as) de comunidades terapêuticas e outras instituições de internação em saúde mental e dependência química; pessoas enfrentando situações de violência comunitária (na rua, na comunidade), doméstica e familiar ou no contexto escolar.
 - Recomenda-se a adoção de atividades para a preparação da transição dos usuários entre setores ou programas de atendimento, no mesmo serviço ou entre serviços, nos momentos de mudança de fase da vida (atenção a crianças/adolescentes/jovens/adultos).
-

Articulações entre serviços, setores e equipamentos comunitários para a atenção a adolescentes e jovens

- Os serviços de saúde devem buscar o desenvolvimento de ações em conjunto com outros serviços de saúde disponíveis na rede municipal e/ou regional de saúde, com ênfase para: matriciamento (apoio matricial, atendimento compartilhado, supervisão); reuniões periódicas entre os(as) profissionais dos serviços; participação em redes temáticas; elaboração de projetos para ações comuns entre os serviços; e oficinas temáticas organizadas por um conjunto de serviços e voltadas a adolescentes, jovens, familiares e comunidade.
- Os serviços de saúde precisam buscar apoio e compartilhamento de suas dificuldades em casos complexos de adolescentes e jovens, por meio de: discussão de equipe no serviço; atendimento compartilhado; consultas a referências e protocolos; busca de apoio especializado ou supervisão; discussão com membros da equipe de apoio municipal ou regional; compartilhamento da dificuldade em redes temáticas municipais ou regionais; contato para apoio com as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde.
- Encaminhamentos para atendimento especializado na rede de saúde precisam ser referenciados por meio de contato feito pelo serviço com a central de regulação do município e/ou do estado e com ficha de referência.
- Encaminhamentos para atendimento na rede intersetorial precisam ser realizados por meio da apresentação do caso por contato telefônico, *e-mail* ou relatório.
- A contrarreferência deve ser realizada por intermédio da solicitação de ficha de contrarreferência, relatório de acompanhamento, reuniões periódicas ou prontuário eletrônico compartilhado.

Ações gerenciais para a organização do trabalho e cuidado de adolescentes e jovens

- Os serviços devem coletar e registrar informações como: nome social, idade, sexo, identidade de gênero, etnia/raça/cor da pele, escolaridade, trabalho/ocupação, local de residência, número de pessoas que residem no domicílio, renda.
- A informação em saúde coletada deve ser utilizada para identificar o perfil do público atendido, problemas de acesso ao serviço e situações de risco e vulnerabilidade de adolescentes e jovens e planejar ações para grupos em situação de vulnerabilidade.
- O gerenciamento técnico do serviço deve ser exercido por pessoa com formação, especialização e/ou experiência em saúde pública, saúde coletiva, gestão e saúde da família.
- A coordenação das ações voltadas a adolescentes e jovens deve ser realizada por um profissional ou uma equipe de profissionais do serviço. Para essa atividade, é importante que os profissionais tenham acesso à educação permanente acerca de temas e metodologias de saúde pública, bem como relativos à atenção a adolescentes e jovens.
- São necessárias ações de vigilância dos serviços voltadas a adolescentes e jovens faltosos, com exame alterado, em situação de risco ou vulnerabilidade.
- Os serviços precisam valorizar e reconhecer a participação social de adolescentes e jovens por meio de: movimentos populares, conselho gestor, ouvidoria, caixas de reclamações e sugestões, organização e realização de atividades destinadas aos pares (outros adolescentes e jovens) e elaboração de materiais educativos.
- Devem ser conduzidas avaliações periódicas das atividades destinadas a adolescentes e jovens. Sugerimos que sejam avaliadas a cada dois anos.
- As avaliações devem ser utilizadas para: orientar o planejamento e a reorganização de atividades destinadas a esse público; informar e serem discutidas com a participação do conjunto dos profissionais; e reorganizar as ações de gerenciamento locais.

- O planejamento precisa considerar dados do serviço (produção ambulatorial, relatórios, avaliação das condições de saúde da comunidade, etc.), do município ou da região (boletins epidemiológicos, dados do DATASUS, do IBGE, etc.); informações dos(as) usuários(as) (discussões em grupo com adolescentes e jovens, coleta de depoimentos, etc.); contribuições de adolescentes e jovens por meio de participação social (ouvidoria, conselho gestor, fóruns da comunidade, etc.); informações dos profissionais (discussão em equipe, reuniões, auditoria de prontuários, etc.); além de referências bibliográficas pertinentes.
- A realização de avaliações e planejamento das ações voltadas a adolescentes e jovens deve não somente atender às demandas dos órgãos gestores e governamentais, mas também partir de iniciativas de profissionais e gerentes e, sobretudo, das expectativas de adolescentes, jovens e seus familiares e responsáveis.

4.2 Atribuições de cada serviço e articulação dos serviços em rede

Para cada um dos serviços componentes da LCA&J, trataremos de suas atribuições, da recomendação de finalidade das ações, das atividades e formas de articulação em rede a desenvolver, a partir dos seguintes quadros e figuras: para as UBS, o Quadro 1 e a Figura 16; para os SAE e CTA, o Quadro 2 e a Figura 17; para os CAPS, o Quadro 3 e a Figura 18; para as Casas do Adolescente, o Quadro 4 e a Figura 19; e para os ambulatórios especializados em saúde do adolescente, o Quadro 5 e a Figura 20. Por fim, na Figura 21, apresentamos uma síntese das atribuições e articulações de todos os serviços da LCA&J, que pode ser utilizada como um encarte para o trabalho de gestores do setor saúde, gerentes de serviços e profissionais de saúde.

Quadro 1 – Atribuições, finalidades das ações, atividades e articulações propostas para as UBS na LCA&J

Atribuições	A UBS é a porta de entrada preferencial para a LCA&J, por ser o serviço que está presente no território, mais próximo de cada adolescente e jovem. É responsável pela atenção à área adscrita, orientada pela percepção dos grupos populacionais no contexto da realidade local, de acordo com os ciclos de vida, e com boa resolubilidade para problemas de saúde comuns, de modo culturalmente referenciados e com menor risco de medicalização. No SUS, a APS tem a função de coordenação do cuidado. Por isso, a UBS é estratégica para desencadear e coordenar a LCA&J.
Finalidade das ações	Promoção da saúde, com ênfase nos direitos humanos, na educação em saúde, na participação social, na autonomia e no bem-estar. Prevenção de riscos à saúde e agravos, incluindo a identificação e o enfrentamento de vulnerabilidades. Assistência a doenças e condições comuns na adolescência e juventude (tanto agudas, como crônicas). Reabilitação, com enfoque de inclusão social e apoio biopsicossocial.
Atividades	Recepção, acolhimento e atividades de educação em saúde em espaços de convivência do serviço ou específicos para adolescentes e jovens; a recepção deve contar com acolhimento e escuta ampliada para a identificação das necessidades. Utilização de instrumentos e dispositivos para o cuidado e particularmente para o acolhimento, como fichas para o levantamento de necessidades. Atendimento à demanda espontânea, incluindo doenças agudas e situações de urgência e emergência em APS. Interface com atenção a crianças e adultos e preparação de mudanças de fase. Vacinação de acordo com calendário para a faixa etária. Dispensação de remédios de acordo com a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), incluindo antibióticos, psicotrópicos, entre outros. Dispensação de remédios para o tratamento sintomático de IST, incluindo aplicação de penicilina benzatina em caso de sífilis. Dispensação de preservativos femininos e masculinos, por livre demanda e em local de fácil acesso. Dispensação de métodos anticoncepcionais. Oferta e coleta de exames laboratoriais na UBS, incluindo sorologias e/ou teste rápido para IST/aids e hepatites virais. Encaminhamento para exames de imagem e eletrocardiograma. Atendimento de enfermagem, com reconhecimento de necessidades e orientações de estilo de vida e modos de enfrentamento de vulnerabilidades. Consulta de enfermagem e consulta médica, incluindo atenção à saúde sexual e reprodutiva e a doenças crônicas, avaliação e acompanhamento de situações de risco psicossocial e de transtornos de saúde mental comuns ou decorrentes do uso de álcool e drogas. Consultas e atendimento com outros profissionais disponíveis, a depender das características da UBS, do arranjo organizacional, da participação e composição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), entre outros apoiadores, como psicólogos, educadores físicos e assistentes sociais. Atividades em grupos voltados à educação em saúde de adolescentes, jovens, pais, familiares e responsáveis (organizados por temas ou subgrupos, como adesão e gestantes, respectivamente). Visitas domiciliares, por ACS, outros membros da equipe assistencial ou equipes de vigilância em saúde. Visitas ao território. Estabelecimento de parcerias para realização de atividades de educação em saúde, no território ou em serviços de outros setores e coletivos de adolescentes e jovens. Reuniões de equipe para organização do trabalho e discussões de casos. Reuniões de supervisão e matriciamento. Coordenação e organização do programa, incluindo avaliação e planejamento. Vigilância de adolescentes e jovens faltosos, com exames alterados, em situação de risco. Reuniões para discussão temática e educação permanente.
Articulações	<p>Com a comunidade local, incluindo movimentos sociais de adolescentes e jovens ou que abordem temas pertinentes para propostas conjuntas e de atuação por pares. Trabalho em rede: com equipamentos sociais e serviços de outros setores (educação, serviço social, justiça, cultura, esporte, entre outros), por meio de parcerias, reuniões temáticas, discussões de caso, compartilhamento do acompanhamento de usuários. Participação de redes, conselhos e fóruns temáticos e regionais, como a rede de proteção da infância e adolescência local/regional. Trabalho em rede com outros serviços de saúde, por meio de matriciamento e encaminhamentos para referência e/ou acompanhamentos conjuntos e de acordo com os sistemas de regulação. Exemplos: meninos e meninas com aids ou IST de difícil tratamento, para o SAE; com transtorno grave de saúde mental, como esquizofrenia ou dependência química, para o CAPS; com doença crônica complexa ou dificuldade de adesão, como cardiopatia ou diabetes, para ambulatório especializado; com complexidade relativa à adolescência, requerendo atendimento ou apoio matricial, para Casa do Adolescente.</p> <p>A UBS recebe adolescentes e jovens encaminhados por outros serviços de saúde para referência e/ou compartilhamento do cuidado, dada a sua proximidade no território e seu papel na LCA&J, incluindo a coordenação do cuidado ao longo do sistema. Ela recebe adolescentes e jovens encaminhados por serviços de outros setores presentes no território, como escolas, Conselho Tutelar, centro esportivo e movimentos sociais comunitários. Pode ofertar apoio matricial a outros serviços da rede local/regional, caso desenvolva trabalho específico com a questão geracional, temáticas ou metodologias pertinentes.</p>

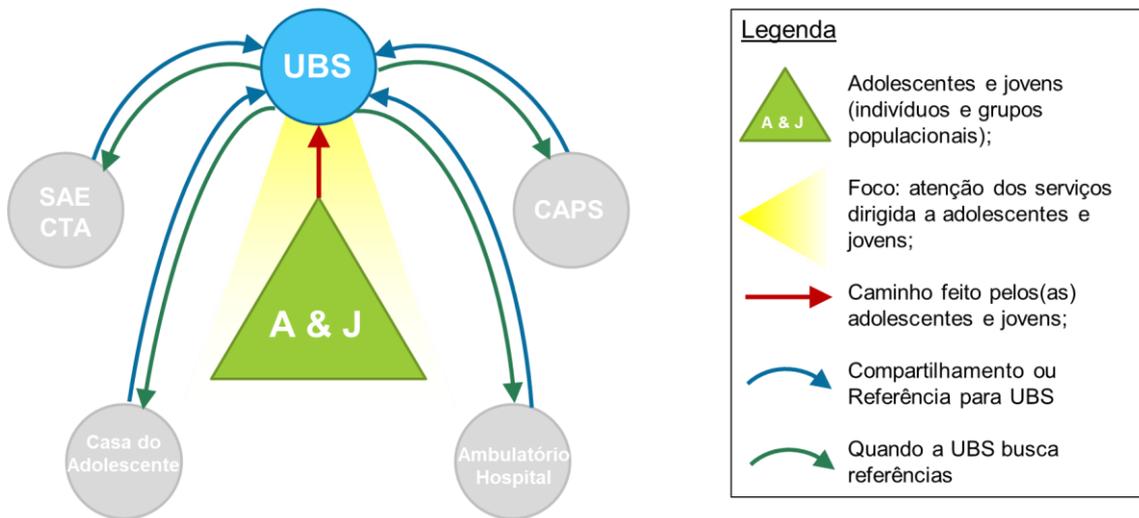


Figura 16 – Cuidado de adolescentes e jovens e articulações a partir da UBS

Quadro 2 – Atribuições, finalidades das ações, atividades e articulações propostas para os SAE e CTA na LCA&J

Atribuições	Prover cuidado a adolescentes e jovens na LCA&J, voltado à promoção da saúde sexual e reprodutiva, à prevenção, ao diagnóstico precoce, ao tratamento e à reabilitação de IST, aids e hepatites virais. Contribuir para os outros serviços da rede, por meio de trabalho conjunto e apoio matricial. Os SAE e os CTA são articulados na maior parte dos municípios: a prevenção e o diagnóstico são o principal papel do CTA; apenas os SAE realizam tratamento. Atuam sem adscrição territorial, mas com respeito à regionalização dentro do SUS, buscando incentivar os usuários a ir a local próximo ao domicílio, mantendo flexibilidade para suas escolhas.
Finalidade das ações	Promoção da saúde com ênfase em identidade e relações de gênero, direitos humanos, saúde sexual e reprodutiva, corpo e imagem corporal. Prevenção de riscos à saúde e agravos, com enfoque em IST, HIV/aids e hepatites virais, estratégias de prevenção combinada, diagnóstico precoce e o tratamento como prevenção no caso de HIV/aids. Assistência para doenças e condições relativas a IST, aids e hepatites virais. Reabilitação voltada para adolescentes e jovens com comorbidades ou comprometimentos relativos a IST, aids e hepatites virais.
Atividades	Prevenção nas escolas, em locais de maior vulnerabilidade e exposição (por exemplo: lugares que concentram população em situação de rua, entre profissionais do sexo ou em baladas, saunas, etc.), eventos públicos, campanhas educativas, atividades voltadas para população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais ou transgêneros (LGBT). Distribuição de preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante. Oferta e disponibilização de: tratamentos sintomáticos para IST; anticoncepcional de emergência; PEP e PrEP, orientando sobre critérios e formas de uso (para PEP: violência sexual, acidente com material perfurocortante e outras situações de exposição no âmbito da prevenção combinada; para PrEP: maiores de 18 anos, prioritariamente homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas transexuais, profissionais do sexo e parcerias sorodiferentes). Orientação sobre onde encontrar insumos, quando não disponíveis no serviço. Recepção e acolhimento, com respeito à privacidade e ao sigilo. Realização de teste rápido e sorologias para HIV, hepatites, sífilis, com aconselhamento pré e pós-teste, e consentimento informado (ênfase para o papel do CTA). Vacinas para hepatite A e B e vírus do papiloma humano (HPV) para adolescentes que buscam testagem (seguindo orientações específicas para pessoas vivendo com HIV – PVHIV). Diagnóstico e tratamento de IST (a partir de procura do(a) usuário(a) ou por encaminhamento de outros serviços, como UBS ou CAPS, particularmente nos casos mais difíceis). Busca ativa e acolhimento de casos novos de infecção pelo HIV, com ênfase em lidar com o diagnóstico, apoio à situação de vida, à adesão ao tratamento e à articulação com pais, familiares e outros cuidadores. Tratamento do HIV e coinfeções: consultas médicas e exames periódicos, acesso à TARV e outros medicamentos, triagem e tratamento para tuberculose, sífilis, profilaxias. Orientações sobre direitos e benefícios de PVHIV. Consultas com as categorias profissionais e especialidades médicas disponíveis no SAE. Atenção para a saúde mental de adolescentes e jovens que enfrentam preconceito relacionado a IST, HIV/aids, hepatites virais, orientação sexual, identidade de gênero, etc. Acolhimento de demandas espontâneas de adolescentes e jovens sobre questões de vida e saúde (trabalho, relacionamentos, etc.). Organização e gerência do serviço (reuniões de equipe para a organização do trabalho e para a discussão de casos; monitoramento e busca de faltosos; recolhimento de pacientes em abandono de tratamento; educação permanente para os profissionais).
Articulações	Trabalho em rede entre SAE e CTA, outros serviços de saúde e serviços de outros setores no território (escolas, centros esportivos, etc.), com vistas à realização de atividades voltadas à promoção da saúde e à prevenção de IST/aids e hepatites virais, particularmente com populações em situação de vulnerabilidade. Parcerias com movimentos sociais do território e/ou relacionados ao tema de IST, HIV/aids, hepatites virais, bem como das pautas jovem, LGBT e feminista. Referência rotineira à UBS para adolescentes e jovens que procuram o SAE e o CTA para orientações, testagem ou tratamento pontual de IST, de modo que a procura do SAE e/ou do CTA garanta seu acesso à LCA&J; isto é, tanto à atenção na UBS, como nos demais pontos da rede, com a coordenação do cuidado a partir da UBS. Para tanto, é importante saber explicar qual é a UBS do bairro de cada adolescente e jovem, seu endereço e modo de funcionamento, o que requer que os profissionais do serviço conheçam o território e a rede. Adolescentes e jovens PVHIV precisam ser orientados para conhecerem as UBS de seus bairros, pois muitos cuidados podem ser feitos por lá ou compartilhados entre o SAE e a UBS. Referência em saúde mental, quando houver necessidade, por meio de encaminhamento ou compartilhamento dos casos com as UBS e CAPS da região ou, alternativamente, clínicas comunitárias, universitárias e centros de referência LGBT. Buscar articular referências em cada local ou região, de acordo com a disponibilidade e a regulação local/regional. Encaminhamentos e agendamento de outros exames e procedimentos realizados em outros serviços da rede. Articulação com serviços que realizam apoio matricial ou supervisão em temas da adolescência e juventude, como Casas do Adolescente e ambulatórios especializados em infectologia e adolescência, entre outros.

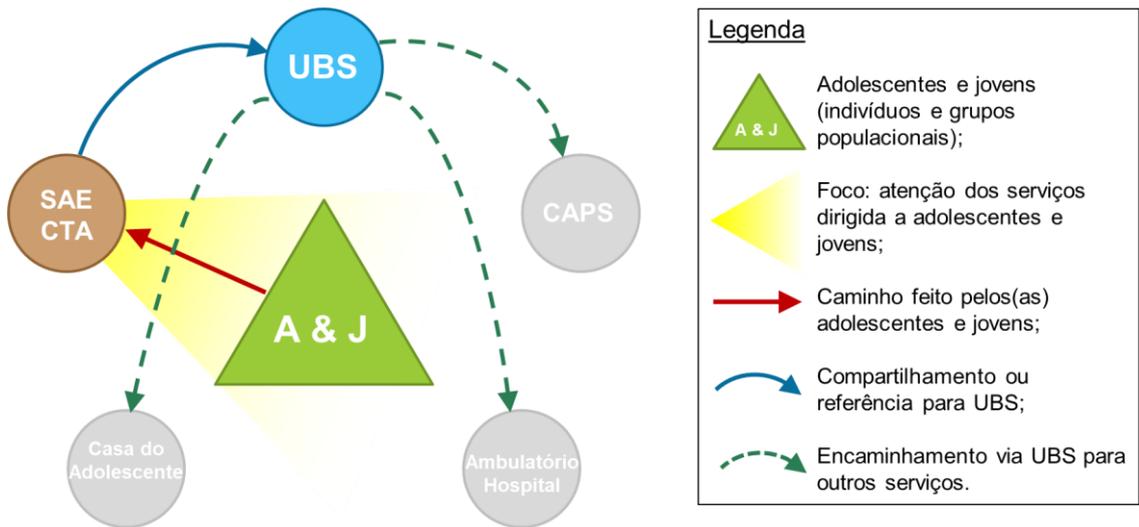


Figura 17 – Cuidado de adolescentes e jovens e articulações a partir dos SAE e CTA

Quadro 3 – Atribuições, finalidades das ações, atividades e articulações propostas para os CAPS na LCA&J

Atribuições	Prover cuidado a adolescentes e jovens na LCA&J, com enfoque na atenção a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Os CAPS compõem a RAPS, a qual considera adolescentes e jovens como grupos vulneráveis. São estratégicos no caso de adolescentes e jovens com problemas de saúde mental, pois coordenam a RAPS e gerenciam projetos terapêuticos, em conjunto com os serviços de APS.
Finalidade das ações	Promoção da saúde, com ênfase na identidade, no pertencimento, na cidadania, nos direitos humanos e nos projetos de vida e saúde mental. Prevenção de riscos à saúde e agravos para a saúde mental, incluindo o uso de álcool e drogas, a violência e outras relações de conflito interpessoal. Assistência a doenças e condições relativas a agravos de saúde mental. Reabilitação e inclusão social, particularmente voltada para adolescentes e jovens com comprometimentos relativos a agravos de saúde mental.
Atividades	Acolhimento realizado por todos os profissionais dos CAPS (incluindo auxiliar de limpeza, auxiliar administrativo, recepcionista, oficinheiros, psicólogos, médicos, entre outros), envolvendo humanização, responsabilidade, diálogo e promoção da autonomia de adolescentes e jovens. Triagem, com criação ou adaptação de fichas para o levantamento de necessidades. Elaboração, desenvolvimento e avaliação de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) em diálogo com adolescentes e jovens, suas famílias e comunidades. Vinculação dos(as) adolescentes a um(a) profissional de referência. Atendimento individual medicamentoso, psicoterápico, de orientação de direitos, entre outros. Atendimento em grupos: psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros. Visitas domiciliares de busca ativa e acompanhamento. Atendimento às famílias, a partir do entendimento de que cuidar das relações familiares é fundamental para haver cuidado efetivo. Atendimento em oficinas terapêuticas (incluindo oficinas de geração de renda, leitura, jogos, etc.). Atividades comunitárias enfocando a integração da pessoa com transtorno mental na comunidade e sua inserção familiar e social. Envolvimento de adolescentes e jovens com problemas de saúde mental junto a seus pares. Reuniões de equipe para discussão de casos e organização do trabalho. Reuniões de educação permanente sobre especificidades da adolescência, da saúde mental, dos direitos humanos, dos riscos de medicalização, dos PTS, entre outros assuntos. Atividades gerenciais, incluindo vigilância de faltosos. Avaliações periódicas com vistas ao planejamento das atividades. Atividades voltadas à participação social de adolescentes e jovens na gestão do serviço e na comunidade.
Articulações	Trabalho em rede entre os CAPS e outros serviços de saúde. Atividades de matriciamento em saúde mental voltadas a outros serviços de saúde, particularmente UBS. Articulação com serviços de outros setores no território (escolas e centros culturais, por exemplo) para realização conjunta de atividades voltadas a promoção da saúde mental, enfrentamento do estigma, prevenção do uso de álcool e drogas, etc., em particular com populações em situação de vulnerabilidade. Articulação com centros de economia solidária e centros de convivência para a construção e realização de atividades voltadas à inclusão e à reabilitação de adolescentes e jovens. Parcerias com movimentos sociais do território e/ou relacionados ao tema da adolescência e da juventude, à luta antimanicomial, ao enfrentamento da medicalização de problemas sociais e à promoção dos direitos humanos. Acolhimento e orientação de adolescentes e jovens em situações envolvendo sofrimento emocional, procurando diretamente o CAPS ou encaminhados, evitando-se rótulos diagnósticos, mas reconhecendo o sofrimento e construindo formas e redes de apoio. Em geral, os CAPS são porta aberta, em cada local ou região, de modo que poderão ser procurados diretamente por adolescentes e jovens, ou também encaminhados por outros serviços. Caberá ao CAPS avaliar se seus cuidados são requeridos. Nos casos em que adolescentes ou jovens procuram o CAPS, mas a consideração é de que o atendimento em CAPS não é necessário, garantir o acesso à LCA&J por meio de referência rotineira à UBS (informando qual é a UBS de referência da pessoa, seu endereço e modo de funcionamento). Em algumas regiões, particularmente quando reúnem municípios pequenos, os CAPS poderão ter acesso regulado. Nessas redes, será necessário articular referências em cada local ou região, de acordo com mecanismos de regulação locais. Outras possibilidades de referência incluem clínicas comunitárias e universitárias. Orientar adolescentes e jovens com transtornos de saúde mental ou dependência de álcool e drogas para conhecerem as UBS de seus bairros, incluindo-as na discussão e realização do PTS, inclusive para facilitar e reforçar o cuidado clínico geral de adolescentes e jovens atendidos no CAPS. Encaminhar ou compartilhar os casos de adolescentes e jovens com vulnerabilidade às IST e aids para UBS, CTA e SAE do seu território. Encaminhamentos e agendamento para outros exames e procedimentos realizados em outros serviços da rede. Articular-se com a rede de atenção de urgência e emergência (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, entre outros) para acolhimento e cuidado de adolescentes e jovens com transtornos agudos. Solicitar, quando adequado, atenção residencial de caráter transitório, em Unidade de Acolhimento (UA) infantojuvenil (12-18 anos) ou adulto (para maiores de 18 anos) para usuários de álcool, crack e outras drogas e em situação de vulnerabilidade, com necessidade de acompanhamento terapêutico protetivo. Articular-se com serviços hospitalares para casos de abstinências e intoxicações severas (eventuais internações devem ser de curta duração até a estabilidade clínica e sempre no âmbito do PTS). No momento da alta, referir e vincular usuários ao CAPS que assumirá o caso. Adotar estratégias de desinstitucionalização (Residências Terapêuticas, moradias inseridas na comunidade) e oferecer o auxílio financeiro de reabilitação para progressiva inclusão social de pessoas egressas de internação de longa permanência.

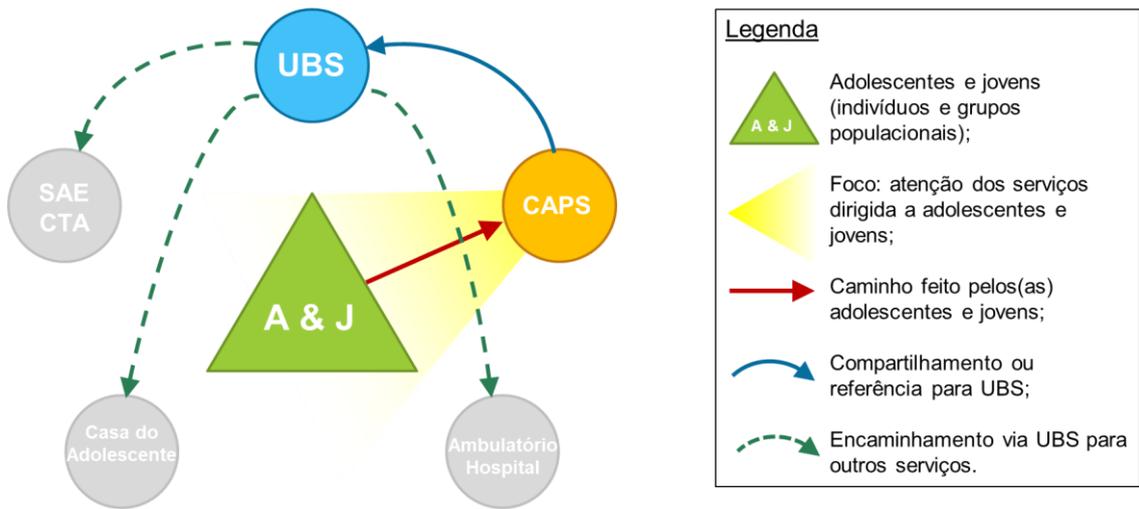


Figura 18 – Cuidado de adolescentes e jovens e articulações a partir do CAPS

Quadro 4 – Atribuições, finalidades das ações, atividades e articulações propostas para as Casas do Adolescente na LCA&J

Atribuições	Prestar cuidado em saúde (e intersetorial em algumas casas) baseado na integralidade a adolescentes da LCA&J, por meio de atendimento multiprofissional. As Casas do Adolescente estão relacionadas à história do Programa de Saúde dos Adolescentes da SES-SP. Podem oferecer apoio matricial e referência de casos para os outros serviços da LCA&J nas regiões de que participam.
Finalidade das ações	Promoção da saúde, com ênfase no bem-estar biopsicossocial. Prevenção de riscos à saúde e agravos, incluindo a identificação e o enfrentamento de vulnerabilidades. Assistência a doenças e condições comuns na adolescência. Reabilitação, com enfoque na inclusão social e no apoio biopsicossocial.
Atividades	<p>Atendimento multidisciplinar, com organização dos(as) profissionais em miniequipes (médicos(as), odontologistas, fonoaudiólogos(as), assistentes sociais, enfermeiros(as), psiquiatras, psicólogos(as) e professores).</p> <p>A disponibilidade de profissionais varia entre as unidades, bem como a estrutura física. Em alguns casos há vinculação cadastral com outros serviços, como por exemplo, o compartilhamento de CNES com outro serviço de saúde. Atendimento sem área adscrita e não referenciado (zonas urbana, urbana periférica e rural), com horário diferenciado (exemplo: “Balada da Saúde”, que ocupa o início do terceiro período, para favorecer a vinda de adolescentes). Recepção, com acolhimento e atenção humanizada. Busca do vínculo e da confiança. Atenção a fatores de vulnerabilidade. Consultas médicas e multiprofissionais com atendimento integral, mesmo a partir de demandas pontuais, algumas sem a necessidade de agendamento e, de modo geral, sem a necessidade de acompanhamento de pais e responsáveis. Os tipos de atendimentos e consultas individuais e em grupos ofertados varia entre as casas (atendimento ginecológico e pré-natal, acompanhamento dos bebês das adolescentes, grupos de fraldas, atividades em grupo com educação em saúde e valorização da autoestima das mães adolescentes; atendimento em urologia dos meninos; abordagem de gênero, com ênfase para a discriminação e discussão dos estigmas; maternidade e paternidade adolescente; abordagem do corpo e da autoimagem; prevenção de IST; atividades sobre nutrição e alimentação saudável, sustentável e acessível, bem como sobre distúrbios alimentares; consultas e grupos de odontologia; intervenções específicas com portadores de doenças como anemia, obesidade e diabetes; Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS); atendimento de adolescentes deficientes; atendimentos em psicologia, com acolhimento de demandas urgentes e emergentes; apoio às dificuldades encontradas no processo de aprendizagem; atividades de estímulo à adesão; grupos de acompanhantes em separado, favorecendo maior liberdade dos adolescentes; grupos de artesanato e de teatro). Visita domiciliar disponível em algumas casas. De modo geral, são oferecidas atividades consideradas amigáveis ao adolescente: grupos, rodas de conversa; espaços de vivência; atividades educativas, culturais; e práticas integrativas. Por exemplo, as atividades “amigas do adolescente” realizadas na Casa do Adolescente de Pinheiros são: horta; Shantala; oficina de origami; música; meditação; grupos/rodas de conversa; labirinto de emoções; balada; discussão dos métodos contraceptivos; oficinas de nutrição; oficina de sentir, contar e vivenciar; naturologia; oficina de dança; oficina de teatro; oficina de sentimento; oficina de inglês; oficinas de pipa, cinema, bingo, atividades com educação por pares, entre outros.</p> <p>As atividades de gestão envolvem atividades de formação, educação permanente, análise e discussão de casos emblemáticos, planejamento e avaliação periódica de metas de diminuição de casos de gestação na adolescência, IST, dependência de drogas, etc.</p>
Articulações	Gestão das Casas do Adolescente a partir do setor saúde, de programas estatais de desenvolvimento social e de outros setores da gestão pública. Articulação com as redes de atenção básica, de assistência social e justiça. Referência rotineira à UBS para adolescentes que procuram a Casa do Adolescente de modo pontual, garantindo seu acesso à LCA&J; isto é, tanto à atenção na UBS, próxima ao território em que vive, como nos demais pontos da rede, com a coordenação do cuidado a partir da UBS. Participação de redes, conselhos e fóruns temáticos e regionais, como a rede de proteção da infância e adolescência local/regional e os conselhos municipais de álcool e drogas. Parcerias com organização não governamental (ONG) (exemplo: parceria com a Fábrica de Cultura, da Secretaria Estadual de Cultura, para desenvolvimento de intervenção com adolescentes em liberdade assistida); parcerias com instituições de ensino públicas e privadas e recebimento de estagiários; parcerias entre as categorias profissionais e especialidades médicas (ginecologia/obstetrícia, pediatria, urologia) e as estruturas ambulatoriais ou de currículo de graduação e residência. Articulações com pesquisas, para produção de conhecimentos e tecnologias, como a vacina contra HPV. Atuação de cada Casa do Adolescente como núcleo formador de outras Casas do Adolescente. Possibilidade de organização de matriciamento às equipes de UBS, aos CAPS e aos SAE. Educação permanente para profissionais de saúde da SES-SP, entre outros profissionais da rede assistencial. Articulações via redes sociais com adolescentes e jovens e profissionais de saúde.

Quadro 5 – Atribuições, finalidades das ações, atividades e articulações propostas para os ambulatórios especializados em adolescência na LCA&J

Atribuições	<p>Prestar cuidado baseado na integralidade a adolescentes da LCA&J nas regiões onde estão localizados, com ênfase naqueles(as) com doenças crônicas. Apoio matricial e referência de casos. Ambulatórios especializados em adolescência integram, em geral, hospitais universitários, com finalidade didática. Historicamente, desempenharam um papel crucial na fundação da medicina de adolescentes como especialidade médica e, assim, contribuíram para trazer um olhar para as necessidades de saúde desse grupo populacional.</p>
Finalidade das ações	<p>Promoção do bem-estar biopsicossocial de adolescentes com acompanhamento em outras especialidades pediátricas, com ênfase em: prática de atividade física, orientação alimentar, prevenção de IST/aids, uso abusivo de drogas, violência, fatores de risco para doença cardiovascular, acidentes por causa externa, entre outros temas. Assistência a doenças e condições comuns na adolescência (principalmente doenças crônicas, com apoio à adesão). Reabilitação, com ênfase para consequências de doenças crônicas.</p>
Atividades	<p>Segundo a hierarquização do SUS, a forma de acesso é regulada, não havendo acesso direto a partir das UBS e de ambulatórios do nível secundário. São recursos para casos complexos do ponto de vista de saúde física e psicossocial. Adolescentes podem entrar também diretamente pelo hospital, em casos de internação, atendimento em pronto-socorro ou encaminhados por outros ambulatórios, atuando como generalista para adolescentes com doenças crônicas atendidos em outras especialidades. Desse modo, diferentemente dos outros serviços da LCA&J, o caminho de adolescentes para ingressar em uma desses ambulatórios tem menor influência de sua escolha e/ou de familiares. Às vezes, ocorre maior partição em períodos específicos de ambulatórios, relacionados a especialidades médicas e professores (principalmente em hebiatria, seguido por ginecologia e obstetrícia).</p> <p>Desempenham papel importante para adolescentes com doença crônica, construindo possibilidades de cuidado e adesão. Oferecem atenção às mudanças psicológicas e de socialização e à escolarização. Tipos de atividades realizadas: recepção, com acolhimento; consulta médica; consulta de profissionais de outras categorias da saúde; grupos terapêuticos e de educação em saúde; atividades para estímulo à adesão ao tratamento de doenças crônicas; apoio às famílias; preparação da transição para a fase adulta e os serviços associados, importante para doenças crônicas.</p> <p>Possibilidade de a assistência ser, aos poucos, reorientada para questões mais específicas ou mais graves, a partir de uma maior articulação com a APS em relação à qual pode adotar uma função de apoio, em particular organizando atividades de apoio matricial.</p> <p>Ensino em serviço, promovendo o olhar médico e a medicina de adolescentes ou hebiatria como especialidade. Especialização das práticas e multiprofissionalidade na organização dos trabalhos em cada um dos locais (exemplos: pediatria e hebiatria geral, endocrinologia, infectologia, pneumologia, etc.). Outras profissões são convocadas a partir dos médicos (exemplos: assistente social, nutricionista, psicólogo(a)). Realização de educação permanente. Reuniões para organização do trabalho. Atividades de planejamento e avaliação periódicas.</p>
Articulações	<p>Articulação de especialidades médicas e multiprofissionais relacionadas ao ambulatório hospitalar. Entrada de alguns(mas) adolescentes via pronto-socorro, outros ambulatórios e enfermarias. Acesso regulado, frequentemente pelo sistema estadual (responsável pela gestão de muitos dos hospitais universitários), para adolescentes das UBS e ambulatórios secundários. Relação com equipamentos e serviços de outros setores, em geral feita pela identificação dos endereços, e encaminhamento dos usuários.</p> <p>Necessidade de promover o acesso de adolescentes à LCA&J por meio de encaminhamentos e cuidados compartilhados com a rede de saúde, buscando referência para os casos no sistema de saúde, particularmente em UBS, serviços responsáveis pela coordenação da LCA&J e do trabalho em saúde no SUS em geral. Possibilidade de desenvolver ações de matriciamento para a rede, levando em consideração que os hospitais universitários não são homogeneamente distribuídos no estado, mas sim concentrados nas áreas de grandes universidades, o que corresponde a regiões com maior desenvolvimento de infraestruturas, industrial e econômico.</p> <p>Articulação por meio da formação de recursos humanos e da oferta de atividades de educação permanente para profissionais da rede assistencial.</p>

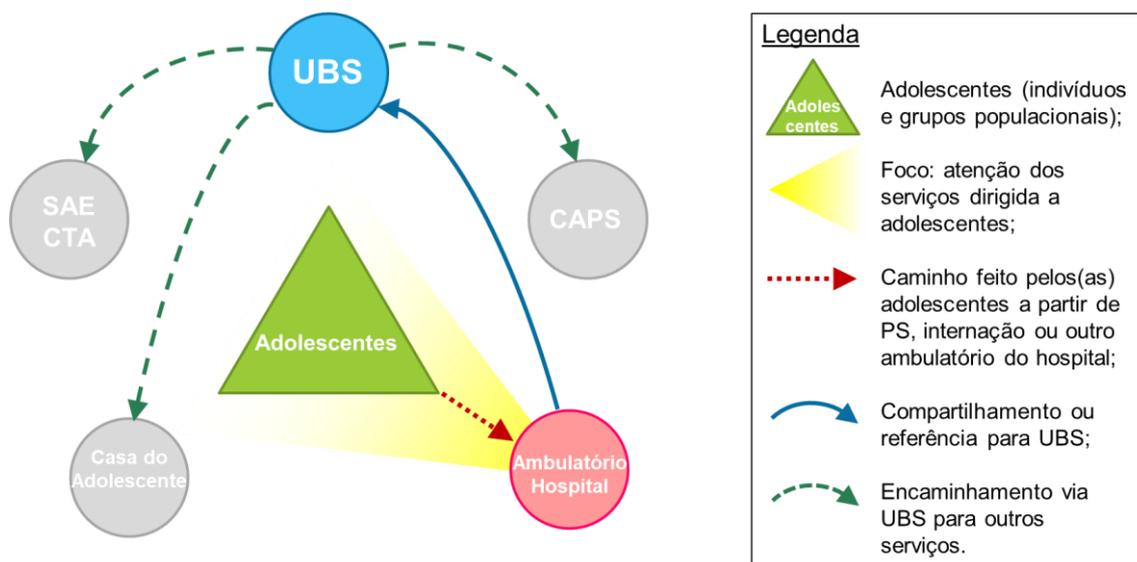


Figura 20 – Cuidado de adolescentes e articulações a partir dos ambulatórios especializados em adolescência em hospitais universitários

Apresentamos, a seguir, um diagrama geral sintético da LCA&J, com o papel e foco de cada serviço, na Figura 21.

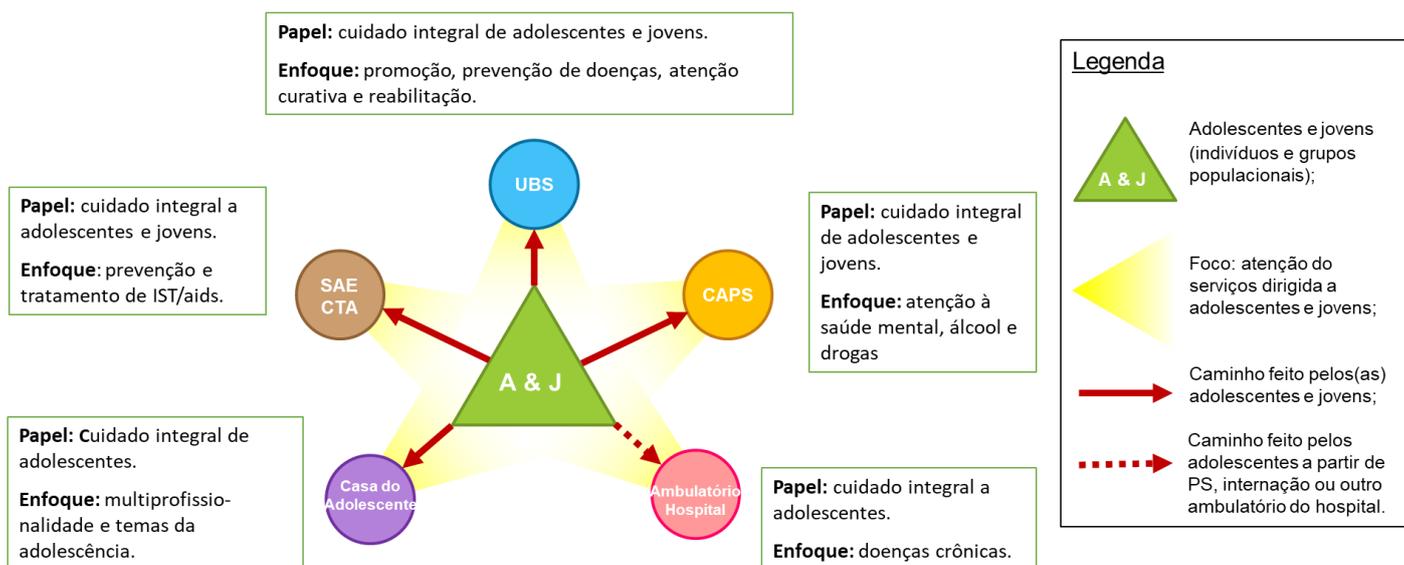


Figura 21 – Acesso à LCA&J e atribuições dos serviços participantes

5 Orientações para o trabalho com adolescentes e jovens

Nesta seção, apresentamos reflexões e orientações necessárias ao trabalho com adolescentes e jovens em serviços de saúde divididas em 12 eixos temáticos¹³. Estes se referem a saberes e práticas que precisam ser assimilados e implementados por qualquer serviço e qualquer profissional da LCA&J. Cada um dos itens desta seção alude a um conjunto de motivos frequentes de vinda de adolescentes e jovens aos serviços de saúde – por demanda própria, por demanda de familiares, equipamentos comunitários, ou por outros serviços de saúde ou de outros setores. Fornecemos, em cada item, orientações relativas ao levantamento de algumas necessidades de saúde e de vida, assim como rubrica *O que fazer*, contendo sugestões de caminhos para a busca das finalidades dos serviços em relação a essas necessidades de adolescentes e jovens.

5.1 As percepções sobre a adolescência e a juventude

O que é adolescência? Com que idade ela começa e termina? E a juventude, vai até quando? Já observamos, na seção 1.1, *Adolescência e juventude*, que essas noções têm um sentido variável de acordo com os critérios utilizados e de acordo com características das pessoas a quem se aplicam. Enquanto aquela seção visava formular, a partir dessa diversidade, uma definição de referência para a LCA&J, aqui procuraremos compreender melhor a variabilidade das percepções sobre adolescência e, sobretudo, suas consequências na vida das pessoas dessa faixa etária, pois esse aspecto determina de modo importante a maneira como as demandas desse público se apresentam e são interpretadas nos serviços de saúde. Em particular, fatores como classe, raça/etnia, gênero e sexualidade influem muito em nossa percepção de cada faixa etária (AYRES et al., 2012). Essa variedade de concepções e referenciais utilizados foi observada em nossa pesquisa tanto a partir das respostas ao nosso questionário pelos serviços de saúde do Estado de São Paulo como por meio dos grupos focais, das oficinas em regiões-piloto e das consultas a *experts* realizados.

Para começar, pudemos observar que a maioria dos serviços trabalha pouco com a noção de juventude. Podemos até perceber que os(as) jovens – sejam eles(as) adultos(as) abaixo de 29 anos ou adolescentes acima de 15 anos – quase nunca são percebidos como uma faixa etária com suas necessidades específicas. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens (BRASIL, 2006) e o EJ (BRASIL, 2013b), assim como as outras diretrizes existentes, ainda são pouco conhecidos até entre os gestores municipais e estaduais (ANDRADE; BÓGUS, 2010; LOPEZ; MOREIRA, 2013).

Por outro lado, ainda de acordo com nossa pesquisa, profissionais mais sensibilizados às questões específicas da juventude costumam trazer a atenção para a diversidade que caracteriza esse grupo. As pessoas jovens são separadas em grupos com necessidades e demandas muito distintas: primeiro, porque há uma grande diferença de idade e experiências entre pessoas de 15 e 30 anos; segundo, por causa das profundas desigualdades de oportunidades e recursos para sua inserção social, presentes na sociedade brasileira como um todo: desigualdade de gênero, raça/cor, classe social, território, etc., se combinam de um modo que torna impossível falar de *uma juventude*, convidando-

¹³ Esta seção não pretende trazer um levantamento exaustivo de assuntos a trabalhar com adolescentes, nem de metodologias para atividades assistenciais individuais ou em grupo (14 temas relevantes, assim como sugestões metodológicas, serão tratadas na seção 6, *Temas e atividades sugeridas para o trabalho com adolescentes e jovens*). Tampouco tem o intuito de apresentar diretrizes ou protocolos clínicos, materiais não compreendidos no escopo deste documento (tais documentos, quando existentes, foram referidos nos itens 8.1 e 8.2, na seção *Para saber mais*).

nos a usar o plural “*juventudes*”. Sem deixar de prestar atenção às especificidades dessa faixa etária, as ações em saúde precisam ser sensíveis a essa diversidade e ser concebidas com base em diagnósticos locais que definam grupos a alcançar como prioridade, seguindo o princípio de equidade.

Até que quando a gente vai conversar de juventude a gente tem que falar como plural né: *juventudes*. São várias pessoas, vários tipos de juventude. Quem foi jovem nos anos 1980 não é o mesmo jovem de hoje. Hoje mesmo, quem é jovem no extremo sul não é o mesmo do extremo leste, e a gente não pode nunca generalizar essa juventude toda. (Grupo focal com adolescentes, projeto LCA&J)

Nas oficinas das regiões-piloto e nos grupos focais, quando conversamos com profissionais de saúde sobre o que é adolescência e quais são as necessidades de adolescentes, observamos que muitos falavam mais facilmente a partir de suas experiências como mães ou pais de adolescentes do que a partir da sua atuação como profissionais. Talvez, no âmbito do seu trabalho, esses(as) profissionais só tenham uma relação superficial com adolescentes ou tenham tido poucas chances de reflexão a respeito de suas necessidades de saúde e de organizar o trabalho de modo que acolha e atenda adolescentes. Ressaltamos que as experiências como pais ou familiares, embora sejam fonte de um conhecimento rico sobre adolescentes e jovens, não são conhecimentos adequados para operar cuidado em saúde. Com efeito, seu uso pode trazer diversos problemas, como facilitar uma identificação ou aliança dos profissionais com pais e familiares de adolescentes atendidos, o que pode levar ao risco de uma quebra de sigilo que seria prejudicial para o vínculo e a continuidade do atendimento; isso também pode levar os(as) profissionais a transferirem suas responsabilidades para as famílias pelo cuidado dos adolescentes, em vez de assumirem seu papel no cuidado a ambos – adolescentes e famílias –, fenômeno que foi observado com frequência nas diversas fases da pesquisa.

Ainda notamos, com frequência, entre profissionais de saúde, uma representação negativa de adolescentes como pessoas problemáticas, que incomodam, que “dão trabalho”. Essa opinião negativa, que traz vários prejuízos para a qualidade do trabalho em saúde, não é uma fatalidade. Pelo contrário, é algo passível de mudança, por meio da aprendizagem pessoal, do treinamento adequado e do aprimoramento da organização dos processos de trabalho. Efetivamente, observam-se, frequentemente, na prática, mudanças surpreendentes de posicionamento e atitude pessoal de profissionais a adolescentes, à medida que esses(as) profissionais adquirem mais recursos para lidarem com as demandas desses(as) adolescentes, muitas vezes perturbadoras quando não se sabe como trabalhá-las adequadamente. Podemos, amiúde, abordar de modo produtivo posicionamentos defensivos de profissionais se compreendermos que estes se recusam a trabalhar com adolescentes principalmente por que sabem que não estão em situação de realizar esse trabalho adequadamente.

Na falta dessas condições adequadas, vemos frequentemente profissionais, assim como familiares e outros responsáveis, se agarrarem a um ideal: a criança tutelada e obediente. Com a aquisição de competências, torna-se mais fácil reconhecer que crianças crescem, ganham autonomia e se tornam sujeitos de seus próprios desejos e projetos, podendo inclusive discordar e se opor aos nossos – o que, além de fazer parte do desenvolvimento saudável da personalidade, é a base da cidadania. Na prática, trabalhar com adolescentes e jovens mobiliza as nossas competências para o exercício da democracia, que é cultivar o diálogo com opiniões e desejos diferentes dos nossos. Deste modo, a prática em saúde pode permitir que adolescentes e jovens aprendam autonomia e se tornem atores da transformação da sociedade.

E também esse negócio de sempre perguntar: o que você vai ser quando você crescer? O que você vai ser... Você não é nada? Você não é alguma coisa? O

que você vai ser, eu acho que é uma pergunta muito complexa para um jovem. A gente não quer escutar isso! (Grupo focal com adolescentes, projeto LCA&J)

Isso remete a outra compreensão que dificulta a relação com adolescentes e jovens: a ideia de que devemos inseri-los a qualquer custo em um dado modelo social, para que não se tornem “marginais”. Essa inquietação reflete o fato de que vivemos em uma sociedade organizada em classes desiguais, que não garante os direitos básicos de muitas pessoas. Tendo consciência disso, desejamos que todas as crianças, ao crescerem, consigam integrar a minoria privilegiada da sociedade, mas devemos reconhecer que isso é impossível sem uma profunda mudança social. Essa impossibilidade pode tornar um tanto cruel a pressão constante à qual muitos(as) adolescentes e jovens são submetidos(as), para que alcancem certo padrão de sucesso. Trabalhar com adolescentes e jovens exige, portanto, reconhecer que muitos e muitas já percebem que a sociedade, assim como ela é, quase não lhe oferece lugares atrativos ou valorizados. Não é de se estranhar que muitos(as) deles(as) desejem transformar essa sociedade para que ela os(as) aceite e respeite do jeito que são.

O primeiro passo dessa transformação desejada por muitos e muitas adolescentes e jovens diz respeito às suas subculturas, sua linguagem cheia de gírias diferenciadas e sempre renovadas, seus gostos e hábitos que muitas vezes parecem igualmente incompreensíveis para as gerações mais velhas. Desde os anos 1960, primeiro nos Estados Unidos e depois no mundo todo, espalhou-se um fenômeno marcante para a nossa percepção atual da adolescência e da juventude: um movimento chamado de contracultura, que visou justamente, em seu início, a rejeitar as injunções da sociedade que exigia de jovens que integrassem um modelo rígido, injusto e violento, por exemplo indo combater em guerras nas quais não acreditavam ou ainda casando-se e tendo filhos do mesmo jeito que seus pais. Esse movimento de contestação questionou profundamente as bases das nossas sociedades, desde o que se entende por música até aspectos básicos da organização do trabalho.

Eu já acho que esse negócio de ser jovem hoje em dia [...] essa geração é a geração mais engajada, é a geração mais preocupada com o planeta, com as causas sociais, consigo mesmo e tudo mais [...], e eu acho que é por isso que, às vezes, incomoda tanto, acho que não incomoda por ser acomodado, ou por ser qualquer coisa, mas é por ser questionador. (Grupo focal com jovens, projeto LCA&J)

Por outro lado, essa tentativa de transformação radical atingiu apenas parcialmente seus objetivos, e a maioria das estruturas da sociedade – família, trabalho, religião, Estado, etc. – continua existindo, mesmo que às vezes sob formas renovadas, ainda tendo como consequência uma sociedade na qual muitas e muitos adolescentes e jovens não encontram os lugares que desejariam ocupar. Por isso, a cada geração, são produzidas novas contraculturas, como novas tentativas de negar o que as gerações anteriores impõem às novas.

O que fazer?

Para o trabalho em saúde, é importante compreender essa lógica das culturas adolescentes e jovens, para saber como lidar com as incompreensões que ela gera. Primeiro, é importante compreender e aceitar que adolescentes e jovens podem efetivamente fazer um esforço para não serem compreendidos por nós, e que esse esforço pode ter motivos válidos: não devemos tentar saber e controlar tudo o que dizem e fazem. Segundo, o esforço dos(as) profissionais para aprender a falar a linguagem deles(as) pode dar lugar a excelentes relações com adolescentes e jovens, mas somente na medida em que esse esforço acompanhe e reflita um esforço geral para compreender melhor os desejos, as aspirações e as frustrações deles(as) em relação à sociedade adulta, de modo que se possa auxiliá-los(as) na construção do seu lugar no mundo. Caso esse esforço para “falar a língua deles(as)” seja apenas uma tentativa de ludibriá-los(as) para aderirem a projetos formulados por nós

sem sua participação, existe um risco importante de esses esforços não serem suficientes para suscitar sua confiança e colaboração.

No que tange à importante diversidade desse grupo, evocada acima, a implicação para o trabalho em saúde se dá na necessidade de abandonar um velho hábito de linguagem: não se pode afirmar que “adolescente/jovem é assim” ou “gosta ou não gosta disso ou daquilo”, etc., para não invalidar as experiências de quem vive realidades diferentes. Em vez disso, vale a pena ouvir a diversidade das opiniões e dos relatos de cada pessoa, cada grupo de adolescentes ou de jovens, cada comunidade, acerca do que são adolescência e juventude do seu ponto de vista: isso pode ajudar os(as) profissionais de saúde a compreender melhor a vida que os(as) adolescentes e jovens vivem, inclusive como lidam com sua saúde. Mesmo as culturas adolescentes e jovens, das quais acabamos de falar, nunca são compartilhadas de maneira consensual no âmbito de um mesmo grupo, e sempre encontramos adolescentes e jovens que não compartilham os hábitos e a linguagem de seus colegas, inclusive por escolha própria.

Ouvir os medos, desejos e projetos de adolescentes e jovens não significa que os medos, desejos e projetos de seus pais, familiares e responsáveis não devam ser ouvidos e considerados. Entretanto, precisamos compreender que adolescentes e jovens já são atores e atrizes de suas próprias vidas e que o cuidado com a sua saúde não pode ser bem-sucedido se for contrário à sua busca por autonomia. Isso implica, em algumas situações, renunciar a uma visão da adolescência baseada na tutela da família.

De acordo com a lei, o direito a acessar serviços de saúde não pode ser restringido por causa da idade. Consequentemente, por exemplo, quando uma criança ou um(a) adolescente chega a um serviço de saúde sem ser acompanhado(a) por um adulto responsável, devemos buscar estratégias para, pelo menos, realizar um primeiro acolhimento e ouvir suas necessidades. Pelo mesmo motivo, quando adolescentes se recusam a compartilhar um assunto de saúde com pessoas de sua família, precisamos buscar compreender os motivos dessa desconfiança, e, na medida em que a lei permite, devemos estimular o apoio, por exemplo, buscando outra pessoa adulta em quem o(a) adolescente tenha mais confiança e que possa atuar como seu responsável na relação com os serviços de saúde, de modo que se evitem quebras de sigilo; quando essa quebra aparecer como necessária, ela precisa ser feita a partir de uma conversa com o(a) adolescente envolvido(a), com seu consentimento, idealmente por ele(e)a mesmo(a) e nunca sem a sua presença.

Para trabalhar esses aspectos relativos às percepções e às representações da adolescência e da juventude nos serviços de saúde, são necessários momentos de educação permanente com a equipe, abordando as diversas perspectivas evocadas acima e discutindo eventuais preconceitos. Trabalhar temas como adolescência, juventude e direitos pode ser uma abordagem facilitadora, pois o reconhecimento dos direitos de adolescentes e jovens facilita o reconhecimento de sua autonomia e de suas diversidades sociais, culturais e subjetivas. Outra abordagem necessária é o exercício prático de formas de interagir e dialogar com adolescentes, na comunicação oral, em consulta individual ou por meio de grupos educativos ou ainda por meio de instrumentos que passam pela linguagem escrita, tais como questionários preenchidos por adolescentes e jovens antes do encontro cujos objetivos são guiar e facilitar a conversa inicial com os(as) profissionais.

5.2 Direitos de adolescentes e jovens

Direitos e legislações são um aspecto que pode parecer abstrato ou muito distante da vida cotidiana em geral e da prática em saúde em particular. O conhecimento jurídico permanece sendo pouco difundido, e a maioria de nós procura ficar o mais longe possível de disputas envolvendo aspectos

jurídicos. Porém, o respeito e a promoção dos direitos de adolescentes e jovens são uma questão-chave para melhorar a qualidade da atenção à saúde dessas faixas etárias, aumentando, principalmente, a participação e o sucesso prático das intervenções.

Garantir o direito à participação social de adolescentes e jovens – direito inscrito tanto no ECA (BRASIL, 1990a) como no EJ (BRASIL, 2013a) – foi um desafio apontado por profissionais, gerentes e gestores que participaram de nossas oficinas e grupos focais. Já foi observada a dificuldade de fazer reconhecer “um protagonismo social mais ampliado e responsável, para além de um ‘pseudoprotagonismo juvenil’ ou ‘protagonismo tutelado’ submetido a um olhar adultocêntrico, que se coloca como porta-voz das vozes adolescentes e jovens, paradoxalmente, silenciando-os” (LOPEZ; MOREIRA, 2013, p. 1185).

Entretanto, a participação e o controle social exercidos pelos(as) adolescentes e jovens constituem não somente uma aprendizagem prática da cidadania, como também o meio mais eficaz de promover seus direitos e sua saúde, enfrentando barreiras e incompreensões entre serviços e usuários. Por isso, os serviços precisam identificar os eventuais obstáculos (tal como a questão de uma linguagem técnica) para a participação de representantes adolescentes e jovens nos conselhos gestores dos serviços, nas reuniões de rede e na organização, realização e avaliação das atividades que lhes são destinadas. Buscar apoio de grêmios escolares e estudantis, de movimentos sociais e de ONG envolvendo adolescentes e jovens no território ou ainda incentivar a criação e consolidação desse tipo de organizações são componentes importantes em qualquer projeto de intervenção com essas faixas etárias.

Muitos profissionais e gerentes dos serviços de saúde com quem dialogamos mostraram sua vontade de conhecer melhor os(as) adolescentes do seu território. Foram ao encontro deles e delas e desenvolveram ferramentas para conhecer suas demandas e opiniões acerca dos serviços oferecidos, por exemplo, por meio de questionários e urnas para mensagens em escolas nas áreas de abrangência dos serviços. Institucionalizar esse tipo de iniciativa é outro possível primeiro passo. Enfim, referências de qualidade já existem para desenvolver atividades mais participativas em serviços de saúde, desde sua concepção até sua avaliação: indicamos algumas na seção 8, *Para saber mais*.

Além da questão da participação social, muitos(as) profissionais de saúde com os(as) quais conversamos durante as oficinas e os grupos focais expressaram inseguranças e dúvidas a respeito dos aspectos legais do atendimento a adolescentes e jovens. Por não terem um bom conhecimento desses direitos, muitas vezes optam por não realizar intervenções e procedimentos com esses públicos ou, alternativamente, realizam procedimentos sem saber que vão contra os seus direitos.

Os problemas mais comuns se devem à ideia segundo a qual crianças e adolescentes teriam direitos restritos em comparação com adultos (BRASIL, 2007a). Essa compreensão é herdada do antigo Código de Menores de 1979, substituído pelo Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990. Desde então, a garantia dos direitos de crianças e adolescentes foi estabelecida como prioritária. Além disso, o *Marco Legal* estipula que “o direito à saúde constitui (...) um direito tutelar que exclui qualquer outra norma que se mostre prejudicial” (BRASIL, 2007a, p. 40). Isso implica que qualquer exigência que envolva um risco de afastar ou impedir o exercício pleno de adolescentes e jovens de seu direito fundamental à saúde e à liberdade constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável. A seguir, destacamos as principais implicações desse quadro jurídico para as práticas em saúde.

Para começar, adolescentes e jovens que se apresentam em serviços de saúde sem os documentos necessários para cadastro ou agendamento (Cartão Nacional de Saúde, documento de identidade, comprovante de residência, etc.) ou que se apresentam no local ou no horário “errados” não podem simplesmente ser dispensados sem algum acolhimento de sua demanda. Esse acolhimento incondicional não precisa ser um atendimento ou uma consulta: pode ser uma

simples conversa com um profissional que toma o tempo de ouvir a demanda e fornecer orientações básicas para garantir que a pessoa não fique desatendida. Da mesma forma, a partir dos 12 anos, não é obrigatória a presença de um familiar ou responsável para acessar um serviço ou receber cuidados.

Profissionais de saúde não devem comunicar informações, mesmo quando solicitadas por familiares, responsáveis ou parceiros(as) íntimos(as), sem o consentimento dos(as) adolescentes e jovens (inclusive divulgação de consumo experimental de álcool e drogas ilícitas, atividade sexual, estatuto sorológico, gravidez, etc.). Nos casos em que os(as) profissionais, dialogando com adolescentes, julgarem que estes(as) estão em situação de risco ou não têm capacidade plena de discernir ou se cuidar, devem conversar com eles(as) sobre essa percepção para compreender melhor a situação. Ainda junto com os(as) adolescentes, devem definir o melhor modo de proceder, o que poderá envolver a quebra do sigilo – isto é, o compartilhamento, com algum adulto responsável, de informações sobre a consulta. Essa quebra deve obrigatoriamente ser consentida pelo(a) adolescente e já será preparada desde o início da consulta, através do que chamamos de contrato (assunto desenvolvido no início da seção 6, *Temas e atividades sugeridas para o trabalho com adolescentes e jovens*). Alternativas deverão ser procuradas, todas com o objetivo de buscar apoio ao(à) adolescente. Essas alternativas podem ser: combinar um prazo para que o(a) próprio(a) adolescente fale do assunto com a mãe, o pai ou outro responsável; ou uma forma de adolescente e profissional contarem juntos.

Todo esse cuidado precisa ser tomado para não comprometer aquilo que adolescentes mais valorizam nos serviços que frequentam, a possibilidade de sigilo e confidencialidade (a falta de sigilo e confidencialidade está entre os motivos que mais dificultam a relação entre adolescentes e serviços de saúde). Do mesmo modo, pais e responsáveis depositam confiança nos(as) profissionais: os compromissos feitos no início da consulta ou do acompanhamento no programa precisam ser honrados. O objetivo da atenção ao tema sensível do sigilo e da confidencialidade é investir no cuidado, no vínculo e na responsabilidade. Com efeito, na maior parte das vezes, em atendimentos a casos complexos, deparamo-nos com adolescentes conscientes e que vêm cultivando sua autonomia, construção que pode ser apoiada pelos serviços de saúde. Mesmo nos casos envolvendo riscos, em geral os(as) adolescentes entendem também essas situações como sendo arriscadas e estão clamando por apoio.

Raramente chegamos a ter divergências sem saída entre adolescentes e seus pais ou responsáveis. Essas situações mais embaraçosas podem ser evitadas com a boa realização do contrato a cada encontro, a manutenção do compromisso, conversando com calma com os(as) adolescentes e identificando cuidadosamente, junto com eles(as), quais informações precisam - ou não - ser reveladas. A gestação na adolescência é um bom exemplo, pois quando não planejada, é uma grande surpresa para a menina, que também está desejosa de apoio para o seu cuidado, frequentemente precisando de nosso apoio para falar com os pais, o que não precisa ser imediato e deve ser feito com um cuidado particular para as possíveis consequências dessa revelação para ela e suas relações familiares.

Um aspecto complexo do respeito ao sigilo e à confidencialidade no atendimento a adolescentes é o dever de todo profissional e serviço de saúde de manter o sigilo sobre a atividade sexual de adolescentes e jovens. Por exemplo, existe um dilema ético em relação à anticoncepção de longa duração: colocar um dispositivo intrauterino (DIU) é um procedimento que, por lei, não pode ser realizado em adolescentes sem o conhecimento da família; por outro lado, se a família é comunicada, configura-se uma quebra de sigilo - a contradição vem do fato de que é dever dos(as) profissionais manter o sigilo em relação à atividade sexual de adolescentes.

Recomendamos atentar, no momento atual, para a Lei nº 12.015, de 2009, que considera estupro de vulnerável toda e qualquer atividade sexual realizada por alguém com idade abaixo de 14 anos se for com parceiro com idade maior do que 14 anos. Nesses casos, cabe à área de saúde realizar a denúncia ao Conselho Tutelar (BRASIL, 2009). Considerando que todos os direitos e normas são históricos, poderíamos construir novas formas de lidar com essa e outras normas que, ao mesmo tempo em que almejam a proteção dos(as) adolescentes, também dificultam o seu cuidado em serviços de saúde. Há uma preocupação devido à Súmula 593 do Superior Tribunal de Justiça, de 2017¹⁴, segundo a qual sexo ou ato libidinoso com menor de 14 anos é estupro de vulnerável, independentemente de ter havido consentimento. Súmulas solidificam a jurisprudência. No Fórum *Direitos Sexuais e Reprodutivos dos Adolescentes: Atividade Sexual Abaixo de 14 Anos*¹⁵, discutiu-se que essa súmula pode diminuir a margem de interpretação da lei, mas não é vinculante, cabendo análises de cada caso, o que seria sempre recomendado. Há uma preocupação por essa súmula ter sido endossada pelo Conselho Federal de Medicina, entre outras entidades médicas. E houve um entendimento da necessidade de maior articulação entre as áreas da saúde e da justiça com vistas a, de fato, proteger os direitos de adolescentes, sem, entretanto, perpetrar problemas para seu cuidado.

Nessa oportunidade, foi discutido que é muito diferente a relação sexual entre um menor de 14 anos e um adulto, ou quando houver relato de recusa, violência física, etc., e a relação sexual entre pessoas de idades próximas, como entre uma menina de 13 anos e meio e um menino de 14 anos e meio. Discutimos a importância de construir argumentos para ampliar a possibilidade de interpretação da lei, protegendo também o adolescente maior de 14 anos que estivesse envolvido nessa situação de uma eventual institucionalização com toda a vulnerabilidade e exclusão social que esta acarreta. Foram discutidos alguns exemplos e a necessidade de análises individualizadas, de acordo com o contexto familiar e social, bem como a necessidade de considerar, caso a caso, se uma eventual denúncia é protetiva ou não. É preciso também avaliar cuidadosamente o risco de violência doméstica ao qual adolescentes podem ser expostos em casos de quebra de sigilo, pois, nessas situações, familiares e responsáveis fogem à função protetora que se esperaria deles(as).

Por outro lado, quando houver suspeita de violência (identificada por meio de relato do(a) adolescente ou através de instrumentos estruturados nos serviços), é importante realizar a notificação dessa violência para o sistema de vigilância em saúde, para que a informação possa contribuir para o planejamento de nossas ações.

Em caso de quebra de sigilo, o(a) adolescente deve ser comunicado com antecedência, embora não haja necessidade de sua anuência para tal. Esta proposta procura levar em conta o objetivo de manter os(as) adolescentes vinculados a profissionais e serviços.

Os(as) profissionais de saúde devem, é claro, encorajar o(a) adolescente a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas, já que pais ou responsáveis têm a obrigação legal de proteger e orientar seus filhos ou tutelados.

¹⁴ Súmula 593: O crime de estupro de vulnerável se configura com a conjunção carnal ou prática de ato libidinoso com menor de 14 anos, sendo irrelevante eventual consentimento da vítima para a prática do ato, sua experiência sexual anterior ou existência de relacionamento amoroso com o agente.

¹⁵ O fórum foi promovido pela Sociedade Paulista de Pediatria e pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Foi coordenado pelo doutor Claudio Barsanti e pela professora doutora Maria Ignez Saito e contou com a participação de profissionais da saúde e da justiça. Ocorreu no dia 29 de agosto de 2018. A programação envolveu mesas redondas sobre as visões da saúde e da justiça, apresentação de dados sobre saúde de adolescentes e violência pelo Ministério da Saúde, discussão de todos os participantes e a elaboração de um documento do fórum.

Nos casos em que adolescentes e jovens não se sentem confortáveis com a ideia de comunicar alguma informação para responsáveis ou familiares, é possível recorrer a outra pessoa maior e capaz, indicada pelo(a) adolescente, que possa acompanhá-lo(a) e auxiliar a equipe de saúde na condução do caso.

Em casos de maior complexidade que exijam uma quebra de sigilo, sempre que possível, isso deve ser decidido juntamente com a(o) adolescente e fundamentar-se no benefício real para a pessoa assistida (e não como uma forma de “livrar-se do problema”).

Nos casos de maior complexidade (inclusive em casos com risco de vida ou envolvendo a comunicação compulsória de crimes), para evitar uma quebra de sigilo descuidada que poderia prejudicar o direito à saúde de adolescentes e jovens, recomenda-se que os serviços de saúde busquem o apoio do Conselho Tutelar e da Promotoria da Infância e Juventude do seu território. Durante as oficinas nas regiões-piloto, gerentes e profissionais disseram encontrar dificuldades para trabalhar de modo produtivo com essas instâncias: muitas vezes, seu envolvimento nos casos resulta em destruição de vínculo e pode até aumentar a vulnerabilidade das pessoas que se pretende defender. Entretanto, também recolhemos experiências locais bem-sucedidas em que existia um diálogo produtivo entre a saúde e as instituições judiciárias, permitindo reflexões e ações coordenadas e construtivas. Trocas de experiências entre serviços e entre regiões são necessárias para melhorar essas articulações.

Além da questão da idade, outros fatores costumam entrar em jogo para causar restrições no direito à saúde de adolescentes e jovens: é o caso dos diversos preconceitos difundidos na sociedade que nos levam a considerar que algumas pessoas não seriam verdadeiramente sujeitas de direitos. Já vimos que isso acontece com pessoas consideradas jovens demais para ter “direito a ter direitos” (LAFER, 1997). Mas isso acontece também com adolescentes e jovens que, de algum modo, não respondem às expectativas morais dos profissionais de saúde, em particular por serem:

- Pessoas negras, indígenas, LGBT, pobres, imigrantes e moradoras de rua, favelas, assentamentos ou ocupações;
- Pessoas com consumo julgado abusivo de álcool ou outras drogas (observamos que os critérios podem variar para a definição de experiências pontuais ou abuso);
- Pessoas que cometeram atos de violência ou outros crimes ou delitos, que já foram presas ou que passaram por medidas socioeducativas;
- Pessoas portadoras de transtornos e deficiências mentais;
- Pessoas que realizaram tentativas de suicídio ou automutilações;
- Meninas e mulheres que têm relações sexuais “cedo demais” ou fora do casamento, que criam filhos de uma maneira julgada inadequada (sem o pai biológico, com recursos julgados insuficientes, etc.), que consomem álcool ou drogas ilícitas, etc. Independentemente do motivo, o SUS ainda não consegue garantir muitos direitos sexuais e reprodutivos a mulheres, tais como a escolha e o acesso a métodos de contracepção e ao parto humanizado, ao aborto legal, etc. (NASSER, 2015).

No caso de crianças e adolescentes, as políticas de garantia de direitos instituídas pelo ECA (BRASIL, 1990a) são, senão integralmente aplicadas, ao menos relativamente conhecidas. Por outro lado, os textos que garantem os direitos de jovens adultos, tais como o EJ (BRASIL, 2013b) ainda são pouco conhecidos e utilizados por profissionais, gerentes e gestores com os(as) quais conversamos no âmbito das oficinas e dos grupos focais realizados.

O que fazer?

Para melhorar a qualidade do trabalho com adolescentes e jovens em serviços de saúde, é importante que as equipes estejam formadas a respeito dos direitos dessas faixas etárias. Na seção

8 deste documento, *Para saber mais*, apresentamos brevemente os principais textos de referência, legais e técnicos, que abordam esses direitos. Um bom exemplo de roteiro de atividade de educação permanente para a equipe apresentado nessa seção é o material *Caminhos da Integralidade na atenção primária à Saúde: recursos conceituais e instrumentos práticos para a educação permanente da equipe Adolescência e Juventude* (AYRES et al., 2012).

A análise dos dados obtidos nos questionários aponta que os serviços utilizando o ECA como referência tendem a considerar mais os direitos humanos de adolescentes, e que os que utilizam o EJ tendem a levar mais em consideração a diversidade e as vulnerabilidades dos jovens (PONTES FILHO, 2018). Tal análise sustenta a recomendação do uso dessas referências normativas para orientar a prática em serviços de saúde.

Além disso, lembramos, mais uma vez, que os direitos são históricos e podem ser construídos por nossa atuação (VENTURA, 2001) tanto ao lidar com a legislação diretamente quanto participando de fóruns interprofissionais e intersetoriais. A publicação *Cuidando de Adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva* (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016) traz orientações sobre a maneira como lidar com a questão da vulnerabilidade sexual *versus* os direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes. Pautar temas como esse com os(as) próprios(as) adolescentes e jovens também é uma possibilidade para a nossa participação voltada à transformação social (NASSER, 2015) (neste sentido, ver atividades sobre direitos humanos e participação social sugeridas para o trabalho em encontros individuais e em grupo na seção 6).

Ademais, como já foi discutido acima, para melhorar o respeito e a promoção dos direitos de adolescentes e jovens em serviços de saúde, pode ser necessário aprimorar o diálogo intersetorial com o Conselho Tutelar e com a Promotoria da Infância e Juventude do seu território. As oficinas realizadas nas regiões-piloto nos ensinaram que isso pode ser feito por meio de um investimento em reuniões de redes municipais e regionais, as quais permitem que cada serviço aprenda a conhecer os potenciais e limites do outro e se corresponsabilize pelo cuidado integral em situações complexas.

Na área da medicina de adolescentes, a ética tem sido um tópico muito importante, com destaque para os direitos, o sigilo e a confidencialidade, como apontam Queiroz et al. (2013), a partir da referência a Saito (2005):

o respeito à privacidade e à confidencialidade é pressuposto para a assistência de qualidade no atendimento ao adolescente, que deve garantir além disso a abordagem da saúde sexual e reprodutiva, do uso abusivo de drogas e da violência em suas diversas formas, como abuso sexual, maus-tratos, agressão, negligência etc. (Saito, 2005, apud Queiroz et al., 2013, p.61)

Vale também consultar materiais que orientam sobre como cuidar dos direitos e da saúde de grupos específicos, incluindo populações vulneráveis. Um exemplo é a situação de adolescentes que procurem um CTA em busca de testagem de HIV, sífilis ou hepatites virais. A orientação é conversar com eles(as) para avaliar junto com eles práticas, riscos e critérios. Caso ele(a) opte por fazer o exame, é recomendável perguntar como ficaria em caso de resultado positivo e verificar se não teria mais confiança e bem-estar trazendo alguém para estar junto com ele(a), com o estímulo para trazer um familiar ou, até mesmo, um amigo. Nessas conversas com adolescentes, sempre devemos lembrar que o nosso objetivo é cuidar dos adolescentes.

5.3 Identidade e pertencimento

No contexto do desenvolvimento adolescente, um componente de grande significado vem sendo evidenciado a partir de estudos sobre a adolescência: a complexidade da qual se reveste a questão da identidade. Esta é considerada nos seus aspectos físicos, cognitivos e emocionais, mas também nas dimensões relacional, social, cultural e histórica.

O desenvolvimento da identidade é tarefa crucial na adolescência e envolve as identificações infantis do passado, as transformações físicas, sociais e emocionais presentes e os compromissos futuros, compondo uma unidade pessoal integrada (ERIKSON, 1972; LEVISKY, 1995). Erik Erikson (1972), formalizou o conceito de adolescência caracterizando-a como uma fase especial no processo de desenvolvimento (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2008). A dimensão biológica, as experiências pessoais e o meio cultural dão sentido a trajetória do indivíduo.

A identidade é um fenômeno que se processa ao longo da vida do indivíduo. Ela atua como mecanismo regulador das interações sociais e da presença do outro. Por isso, a identidade de uma pessoa difere de cultura para cultura, de contexto para contexto. Por exemplo, diz-se que “um garoto que precise enfrentar o mundo do trabalho muito cedo e em condições bastante adversas terá um amadurecimento acelerado” (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2008, p. 302).

Nesse ponto, a modernidade, com o seu processo de globalização, trouxe diferentes formas de pensar, construir e viver suas identidades (GIDDENS, 2002). A vida urbana no mundo contemporâneo produz espaços que dificultam vínculos relacionais ou históricos, fazendo com que seja mais difícil de definir nossas identidades a partir das relações sociais que se estabelecem em nossas cidades (AUGÉ, 1994).

Por isso, a identidade se define menos a partir de projetos de vida e mais pela forma como cada pessoa utiliza os recursos que se apresentam no seu cotidiano e dos quais pode fazer uso. As condições modernas de vida fazem com que os indivíduos se deparem com uma grande variedade de escolhas, que determinam uma variedade de *estilos de vida*¹⁶. Estes são impostos e estão ligados a rotinas do dia: formas de comer, de vestir, de agir, de linguagem e de hábitos, tipos de lazer, lugares frequentados, o modo como se utilizam os espaços urbanos, etc. (GIDDENS, 2002).

A escolha por determinado estilo de vida é assim influenciada por pressões de grupos, da mídia, ou pela visibilidade de determinados estilos ou limitada a determinadas condições socioeconômicas (GIDDENS, 2002). A mídia influencia as escolhas e oferece acesso a possibilidades, ambientes e estilos de vida antes desconhecidos. Muitos(as) adolescentes e jovens que, até recentemente, tinham acesso a apenas um padrão de existência definido pelo contexto em que cresceram hoje conseguem optar por estilos bastante diferenciados. A escolha de um ou mais estilos de vida não é mais determinada somente pela tradição.

Transformações nas relações de produção fazem com que as relações sociais se organizem mais em torno do consumo e menos ao redor do trabalho. Na medida em que isso acontece, as identidades também são construídas na base do consumo: se tornam algo consumível e descartável (BAUMAN, 2001). Para corresponder à diversidade de contextos de interação nos quais alguns adolescentes vivem, suas identidades se tornam móveis, múltiplas, instáveis e fragmentadas. As identidades são

¹⁶ Esses estilos de vida “*não só preenchem necessidades utilitárias, mas porque forma material a uma narrativa particular da auto-identidade*” (GIDDENS, 2002, p. 79).

singulares, querem ser reconhecidas como tal, mas são também precárias e vulneráveis, o que gera insegurança (BAUMAN, 2001), pois elas não possuem âncoras relacionais fortes para se organizar.

A identidade se constrói na relação entre o individual e o social; implica o *eu* e o *outro*. Por isso, essa noção está relacionada à ideia de *pertencimento*. Este se traduz em sentidos e motivações que estimulem o(a) adolescente e o(a) jovem na busca pela participação em grupos, “tribos”¹⁷ e comunidades, na medida em que possibilitem enraizamento, gerem identidade e referência social. Essa inserção possa acontecer em diferentes contextos, como da política, da religião, do entretenimento, da cultura, entre outros, sendo sempre movida pela busca por reconhecimento, necessário para sentir-se existir como pessoa.

Assim, a busca por sentido e reconhecimento é a principal motivação que impulsiona a buscar vivências grupais. Essas vivências, por sua vez, alimentam o desejo de estar junto, os repertórios de experiências, ideias e emoções comuns, os sonhos e sofrimentos, a lealdade, etc. Esse conjunto de elementos constitui a dimensão simbólica: a vida em coletivo estrutura-se em regras, normas, valores, papéis sociais e interesses a serem compartilhados e que dão sentido à vida. *O mundo simbólico talvez seja o elemento fundamental que define aquilo que é comum.*

Quando há perda de sentido e significado, o indivíduo perde sua capacidade de ir à busca de pertencimento. Ao contrário, na medida em que adolescentes e jovens constroem e incorporam concepções, normas e valores em interação com grupos, pessoas e instituições, a valorização do sujeito pode acontecer nas relações grupais, o que se traduz em laços com determinado grupo ou comunidade. O sentimento de pertencimento é, assim, indissociável da capacidade de agir como protagonista no âmbito de um coletivo. Um grupo é uma oportunidade de vivenciar situações concretas e significativas, que dão lastro para a vida, influenciando no jeito de pensar, ser, sentir, agir e se colocar no mundo, e lhe dá reconhecimento numa sociedade que o marginaliza e estigmatiza.

O que fazer?

O que fazer para que os serviços de saúde sejam espaços que contribuam para que adolescentes e jovens construam seus sentidos de vida, identidade e pertencimento?

A dinâmica da vida contemporânea tende a agregar importância aos grupos de pares na adolescência e juventude. A participação em diversos grupos é um caminho frequentemente buscado por adolescentes e jovens. Essa procura é motivada por laços de amizade, busca por reconhecimento, sinal de prestígio entre os pares. Esses grupos produzem estilos de vida que constituem a primeira experiência de participação social e comunitária, sendo locais de circulação da palavra, do diálogo, da convivência, do enfrentamento dos conflitos e das inseguranças. Podem conferir aos seus membros emoções e sentidos compartilhados, importância, poder e orientação para suas vidas. Podem inclusive contribuir para a construção de suas identidades.

Isso ilustra que as necessidades de adolescentes e jovens são também sociais e subjetivas, e não apenas materiais. Os serviços, os programas e as políticas públicas precisam considerar essas necessidades e responder a essas demandas *criando espaços e estratégias de intervenções mais adequadas para essa construção de identidade, empoderamento e pertencimento*. As políticas públicas destinadas a essa parcela da população têm tentado caminhar nessa direção, mas há muito que avançar para que os serviços, os programas e as políticas de saúde, educação, assistência e cultura *ofereçam a adolescentes e jovens espaços que se traduzam em lugares de encontro, proteção, comprometimento, protagonismo e vínculos afetivos*.

¹⁷ Maffesoli (2006) utiliza o termo tribo para designar novas formas de organização entre indivíduos num contexto denominado “pós-moderno”.

5.4 Preocupações sobre o corpo, a aparência e o julgamento dos outros

Assim como a interação com os pares pode consolidar a identidade e empoderar adolescentes e jovens, o olhar dos outros, em particular sobre a sua aparência física, pode ter impactos importantes – positivos ou negativos – sobre o modo como se relacionam consigo mesmos e cuidam da própria saúde. Ademais, esse é um dos motivos frequentes que levam adolescentes e jovens a consultarem serviços de saúde.

O modo como a sociedade olha para o corpo de cada um é influenciado por fatores sociais tais como os padrões de beleza (WOLF, 1992), os estereótipos de raça/etnia (WILLIAMS; PRIEST, 2015), o gênero (VICTORA; KNAUTH, 2004), percepções sobre a juventude (ABRAMO, 1994; AYRES et al., 2012), cis-heteronormatividade (WELZER-LANG, 2001), entre outras expectativas da cultura. Essas questões influenciam tanto o modo como as relações sociais consolidam a saúde de alguns, como a degradação da saúde que provoca em outros. Tais questões aparecem explicitamente nas demandas de adolescentes e jovens; também aparecem indiretamente, por exemplo, quando muitos(as) adolescentes e jovens vêm para os serviços de saúde em busca de cuidados dentários ou porque sofrem de acne.

Entre os preconceitos e as discriminações frequentemente experimentados por adolescentes e jovens em função do seu corpo, podemos citar:

- Há percepções acerca da juventude que também se manifestam nos corpos: adolescentes e jovens seriam imaturos(as), desajeitados(as), falam alto, suam muito, etc. Paradoxalmente, também acontece uma valorização hedonista da juventude como sendo o melhor momento da vida, o que pode facilitar a negação ou minimização das demandas de adolescentes e jovens relativas à saúde mental.
- Existem preconceitos contra pessoas consideradas gordas demais (uma noção que varia culturalmente e subjetivamente): são tratadas como se fossem necessariamente doentes e moralmente suspeitas (como se desejassem ou merecessem sua condição). Sofrem em sua saúde mental e física por causa de sinais cotidianos de rejeição que vão desde olhares na rua, dificuldade para encontrar roupas adequadas, até *bullying* e violência psicológica, na escola, na família, no namoro, etc. Importantes consequências psicológicas podem ser reforçadas por profissionais de saúde expressando nojo e julgamento moral.
- Adolescentes e jovens que não se parecem ou não se comportam de acordo com as expectativas de gênero vigentes na cultura (pessoas que identificamos como meninos, mas que parecem ou agem como achamos que meninas devem parecer ou agir e vice-versa) costumam sofrer diversas formas de violência por parte de todos os setores da sociedade (na família, na rua, na escola, no trabalho, entre outros) e, por isso, precisam de proteção e cuidado redobrados por parte dos serviços de saúde.
- Por fim, muitas pessoas negras crescem ouvindo que seu cabelo, seu nariz, sua pele são “feios” (o racismo que afeta as pessoas indígenas segue modalidades diferentes que merecem igualmente ser compreendidas e enfrentadas). A partir de sua aparência, pessoas “não brancas” são frequentemente tratadas como burras, preguiçosas, perigosas, menos sensíveis à dor e ao cansaço ou ainda mais “promíscuas”; em suma, insinua-se que valem menos que pessoas brancas. Vincula-se também a cor da pele a uma percepção de classe social com baixa renda e escolarização deficiente. Tendem a receber menos atenção e cuidados e podem até ser rejeitadas ou maltratadas, tanto na comunidade como na escola, no trabalho ou dentro de serviços de saúde. Isso se deve às raízes escravocratas do Brasil, historicamente negadas a partir de uma política migratória de embranquecimento, questão que começou somente recentemente a receber o necessário reconhecimento e reparação. Ainda hoje, é forte a ideia

segundo a qual, no Brasil, não existiria preconceito de cor. Isso faz com que discutir relações raciais, sobretudo com pessoas brancas, suscite muitas resistências: se não tomarmos cuidado, um simples convite para refletir sobre a possibilidade de reproduzir atitudes ou pensamentos racistas será interpretado por algumas pessoas como um insulto pessoal.

O que fazer?

Quando adolescentes e jovens abordam esses assuntos, muitos adultos, inclusive profissionais de saúde, respondem de maneira leviana, aconselhando simplesmente a “não ligarem para o que os outros dizem” ou afirmando que aquilo seria necessário para a formação do “caráter”, em vez de apoiá-los. Seria preciso reafirmar, antes de qualquer coisa, que ninguém merece ser alvo de tais tratamentos negativos.

Conversas com adolescentes e jovens permitem reconhecer o sofrimento que vivenciam a partir da relação com o corpo, particularmente em situações de preconceito:

Tipo, eu tenho cabelo azul, eu sou muito criticada na escola por causa disso. Eu sou *o smurf*. Me chamam desse jeito só por causa do meu cabelo. (Grupo focal com adolescentes, projeto LCA&J)

Ah! Para mim, a dificuldade de ser jovem é a discriminação, né? Muitas vezes sou tirado como bandido, como ladrão. Tanto que ontem entrei no mercadão, entrei com outra roupa, mais meu estilo, não fiz nada, tinha um segurança que me perseguiu a volta inteira, no metrô as pessoas me veem e escondem o celular. (Grupo focal com jovens, projeto LCA&J)

A experiência de sofrimento relacionado ao corpo, à aparência e ao julgamento é tão frequente entre adolescentes e jovens que cumpre aos serviços de saúde se organizarem para pautar o assunto nas diferentes atividades de cuidado.

A experiência de grupos feministas¹⁸ com a produção de pensamentos e ações educativas relativas a ser mulher, enfrentamento de violências, maternidade, prazer e autocuidado, pode contribuir para o trabalho com adolescentes e jovens ao apontar que as normas de gênero dificultam o vínculo das mulheres com seu próprio corpo e sua sexualidade, prejudicando seu bem-estar e sua saúde, assim como sua participação social e o exercício democrático.

Em relação ao tema da raça/cor, o primeiro passo é a coleta do quesito cor entre os registros da unidade, a partir do cadastro, frequentemente primeiro momento de acolhimento, conforme proposto pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a). Esse dado deve ser autorreferido e pode ser utilizado para o planejamento de ações e também para avaliar o acesso e a qualidade do cuidado, podendo contribuir para mudanças no racismo estrutural nos serviços de saúde.

Do mesmo modo, a informação e o registro do nome social, desde o momento do cadastro, conforme proposto pela Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a), contribui para o acesso aos direitos da população LGBT, reconhecimento da diversidade em lugar de preconceitos relacionados à imagem corporal, entre outros.

Em instrumentos voltados a adolescentes, também é possível abordar tanto a cor da pele, como percepções sobre o corpo, vivência de *bullying*, apelidos de que não gosta, experiência de

¹⁸ Sugerimos conhecer atuações e publicações de grupos como SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia, de Recife (<http://soscorpo.org/>), Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, de São Paulo (<http://mulheres.org.br/>) e União de Mulheres do Município de São Paulo (<http://www.uniaodemulheres.org.br/>), entre outros.

preconceito e discriminação dirigida à(ao) adolescente e jovem, familiares e amigos. A abordagem ativa dessas questões pode fazer emergir necessidades de saúde e vida relacionadas, possibilitando o encadeamento de atividades de cuidado que as contemplem tanto em encontros individuais como em grupo.

Cuidar da própria saúde é muito mais fácil quando temos uma relação positiva com o próprio corpo, e os serviços de saúde podem ajudar adolescentes e jovens a melhorar essa relação. É importante que as equipes aprendam, inclusive através de atividades de educação permanente, a interagir positivamente com adolescentes e jovens independentemente de suas características físicas e de suas condições de saúde, ou seja, buscando ouvir cada pessoa sem expressar julgamento de valor e apoiando-a em seus projetos de felicidade. Também precisamos fomentar a reflexão entre os(as) próprios(as) adolescentes e jovens e no âmbito de suas comunidades, para suscitar o apoio e o cuidado mútuo acerca dessas questões que, por sua natureza social, precisam ser identificadas e enfrentadas coletivamente, e não apenas em abordagem individual.

Ao encontrar adolescentes e jovens que manifestam dificuldade para manter uma relação positiva com o próprio corpo, os profissionais de saúde devem trabalhar com eles e com seus familiares a questão dos preconceitos e julgamentos negativos que podem sofrer em relação ao seu corpo, por exemplo, por causa de sua aparência, identidade, condição de saúde, etc. Em intervenções de prevenção e promoção da saúde com adolescentes e jovens, esses assuntos também devem ser abordados. Até as mudanças físicas típicas da puberdade, como a acne, o crescimento de pelos, das mamas, etc., precisam ser discutidas com adolescentes antes e durante a puberdade, para evitar que sejam motivos de julgamento, assédio, etc.

É difícil desconstruirmos os nossos próprios preconceitos. O esforço deve ser constante e coletivo, e a nossa vontade de compreender melhor a situação vivenciada pelo outro é a nossa melhor aliada. Com adolescentes e jovens, é importante conversar acerca da sua relação com o próprio corpo e do olhar das pessoas com quem convivem, porque muitas vezes essa relação revela-se fonte de sofrimento. Podemos identificar junto com eles, por exemplo, os padrões de beleza na sociedade, a partir do modo como seu corpo, a cor da sua pele, etc. são percebidos no âmbito da família, de amigos e colegas e também nos serviços de saúde; podemos refletir com eles sobre as exigências diferentes para meninos e meninas, o que muda quando se tornam homens e mulheres, a influência da cor da pele sobre o tratamento que recebem em diversas ocasiões, a importância do dinheiro que permite ou impede que comprem roupas, façam dado tratamento capilar, comam alimentos saudáveis, etc. Podemos ampliar essas reflexões abordando as suas variações em função das épocas e das culturas.

Essas atividades junto com adolescentes e jovens também podem ser aproveitadas para melhorar a maneira como o serviço se relaciona com essas faixas etárias, trabalhando o assunto entre profissionais, em supervisões de equipe, para refletir acerca das nossas práticas. Efetivamente, para ajudar os(as) profissionais a superar os preconceitos que podem reproduzir, também é importante considerar que muitos desses profissionais podem ter sido ou ainda ser alvos desses mesmos preconceitos e violações de direitos, por serem mulheres, negros(as), portadores(as) de doenças, acima ou abaixo do peso “normal”, etc. Cuidar de quem cuida é o primeiro passo para melhorar a qualidade dos cuidados oferecidos à população. Assim, precisamos desnaturalizar eventuais discriminações e julgamentos que vivenciamos durante a nossa própria adolescência e juventude ou ainda durante o trabalho, para poder cuidar melhor dos(as) adolescentes e jovens de hoje. Nesse sentido, o tema pode ser trabalhado em reuniões dos serviços, a partir de discussões de caso, atividades de educação permanente, oficinas culturais, entre outros, a fim de favorecer mudanças institucionais e também atenção aos trabalhadores.

5.5 Mudanças e descobertas

A adolescência e a juventude correspondem, principalmente, na vida das pessoas, a mudanças de estatuto social e de responsabilidades: deixar de “ser criança” e tornar-se um homem ou uma mulher adulta são processos complexos, desafiantes e até angustiantes para muitos e muitas adolescentes e jovens. As mudanças afetam todas as esferas da vida: economicamente, muitos e muitas adolescentes e jovens precisam se sustentar ou participar da renda familiar; afetivamente, nessas idades, as amizades e os namoros adquirem mais importância e, relativamente, a influência da família em suas vidas pode diminuir ou até cessar totalmente (o que pode ser vivenciado negativamente ou positivamente); moralmente, legalmente e politicamente, a responsabilização dos indivíduos se faz muitas vezes com pouco preparo e sem transição progressiva.

Quando perguntamos para as pessoas o que marcou a sua adolescência e juventude, com frequência as respostas são marcadas pelas famosas primeiras vezes: primeiro beijo, primeiro namoro, primeira decepção amorosa, primeiros desentendimentos ou opiniões discordantes com a família, primeira relação sexual, primeiro trabalho remunerado, primeira vez morando sem a família, primeiro filho, etc. Aos poucos ou repentinamente, meninos e meninas se deparam com um novo olhar da sociedade sobre as suas capacidades e os seus corpos, o que os introduz à sexualidade adulta, às responsabilidades econômicas e familiares (formal e informalmente, na rua e em casa), a novos espaços e práticas de socialização (festas, bares, boates, etc.). Ainda por cima, muitos e muitas adolescentes e jovens tornam-se pais e mães, seja de maneira desejada ou não, o que pode levar suas famílias, assim como a sociedade em geral (inclusive os serviços de saúde), a mudar profundamente o modo como olham para eles e elas.

O grau de preparo em relação a essas primeiras vezes é baixo para muitos, pois as informações disponíveis na cultura popular, na mídia ou na internet são, muitas vezes, insuficientes ou distorcidas. Como resultado, essas primeiras vezes podem acabar sendo bem distantes do ideal esperado e podem ser acompanhadas de julgamentos morais (cedo demais, tarde demais!), rejeição pela família ou pelos pares e até violências e outras violações de direitos.

Sejam elas positivas, sejam elas negativas, essas experiências costumam ser assunto de preocupação e objetos de controle dos adultos: familiares, responsáveis, professores e até profissionais de saúde costumam expressar tal preocupação quando conversam com adolescentes e jovens. Ouvimos de diversos profissionais entrevistados a ideia de que, dependendo do modo como forem criados e “cultivados”, os adolescentes ora seriam “ganhos para a sociedade”, ora “perdidos para a marginalidade”. Adolescentes e jovens participantes dos grupos focais se queixaram da pergunta repetida: “o que você quer ser quando crescer?”, que desconsidera o que eles já são ou o que querem ser agora. É comum a representação de que existiria uma idade certa para cada primeira vez, independentemente do que as pessoas podem sentir a respeito, em particular para meninas e mulheres, cuja sexualidade e “moralidade” a família se esforça para controlar.

No plano dos cuidados em saúde, a mesma preocupação dos(as) adultos(as) a respeito dos(as) “futuros(as) adultos(as)” influencia fortemente as ações dirigidas a adolescentes e jovens. Assim, essas ações comportam frequentemente um foco exclusivo sobre riscos e comportamentos danosos a serem desencorajados a todo custo: consumo de álcool e drogas ilícitas, sexo “cedo demais” e/ou sem camisinha, etc. Nisso os serviços de saúde não divergem fundamentalmente de pais e mães de muitos adolescentes – inclusive pela frequente falta de efetividade em suas tentativas de controle. Ambos podem perder de vista que as “primeiras vezes” não encerram apenas possibilidades de risco, mas também de reconhecimento, afeto e prazer. Embora essas atitudes sejam bem-intencionadas, o modo como adultos transferem suas preocupações para adolescentes e jovens – inclusive preocupações de ordem sanitária – acaba transmitindo para eles, *individualmente*, uma

responsabilidade excessiva em vez de fornecer-lhes apoio e proteção para que possam fazer suas escolhas de modo mais seguro e refletido.

O que fazer?

Muito mais que as mudanças do corpo, é frequente que as mudanças que afetam a vida social e familiar de adolescentes e jovens os(as) leve a buscar os serviços de saúde. Esses temas não são propriamente doenças, agravos ou problemas de saúde, mas chegam a esses estabelecimentos por conformarem parte das necessidades de saúde e de vida de adolescentes e jovens, que buscam, nesses serviços, apoio para a experiência dessas descobertas. Assim, é importante que o setor saúde, os serviços e os(as) profissionais possam reconhecer essa temática como pertinente à saúde. Em um primeiro momento, os serviços devem ser organizados de modo que possam ouvir o que adolescentes e jovens têm a dizer a respeito, e que sejam qualificados para compreender o modo como cada um(a) vivencia as transições desafiadoras que atravessam.

Em seguida, precisamos ser capazes de ampliar reflexões e divulgar informações. Nesse momento, as nossas preocupações de adultos e de profissionais da saúde têm sua contribuição, mas elas devem ser comunicadas no âmbito de um diálogo e não podem ser motivo para desqualificar as preocupações de adolescentes e jovens. O objetivo a ser almejado deve ser permitir que a saída da infância e a descoberta da sociedade adulta se façam de um jeito menos danoso e mais feliz para eles.

Oportunizar a emergência de questões relacionadas às mudanças e às descobertas pode ser buscado ativamente, pois constitui uma forma de conhecer suas necessidades e engajar adolescentes e jovens em cuidados de saúde que tornem possível a vivência dessas experiências de modo prazeroso e com aprendizagem, bem como a evitação de alguns riscos. Além disso, a confiança depositada por adolescentes e jovens nos(as) profissionais e serviços ao tratar desses assuntos pode contribuir para o vínculo entre sujeitos e equipe, favorecendo a efetividade das ações de saúde. Deste modo, sugere-se a adoção de menção a esse respeito nos encontros de saúde, seja em atividades individuais, seja em grupo. Atividades de acolhimento podem ser momentos particularmente interessantes para isso. Alguns dispositivos podem ser utilizados, como fichas que facilitem a conversa no primeiro atendimento com adolescentes e jovens, incluindo questões como *“descreva um fato que marcou sua vida”* (NASSER; FIORONI; AYRES, 2018, p. 58).

É também fundamental que os serviços de saúde tomem certos cuidados antes de responsabilizar individualmente adolescentes e jovens pelas consequências de “suas escolhas” pessoais sobre sua saúde ou sua (futura) inserção no mundo adulto. Com efeito, a falta de informação acessível e adequada para lidar com as mudanças da adolescência e juventude é frequente. Ademais, adolescentes e jovens lidam com essas mudanças em função de um contexto sobre o qual, isoladamente, têm pouco controle; por isso, para que sejam, de fato, sujeitos atores de suas vidas, devemos facilitar sua organização em grupos e coletivos capazes de transformar a realidade em que vivem, inclusive no âmbito dos serviços de saúde. Isso equivale a promover sua inserção e participação ativa na sociedade adulta, a partir da realidade em que vivem, e de um modo inclusivo, ou seja, que não se resuma à promoção dos mais “aptos” e à exclusão dos demais. Adolescentes e jovens podem ser vetores de transformações sociais, mesmo que sejam locais ou limitadas, e isso deve ser reconhecido inclusive pelos serviços de saúde.

5.6 Puberdade, mudanças do corpo

Conforme dito anteriormente, não se pode falar de uma única forma de ser adolescente, mas de várias. A diversidade deve ser entendida como uma das características centrais dessa fase da vida e está presente inclusive nas mudanças físicas que ocorrem no corpo. Para compreender melhor como tais mudanças físicas se dão e por que não são iguais em todos(as) os(as) adolescentes, é necessário primeiro entender um pouco das transformações fisiológicas e anatômicas que ocorrem no início da adolescência, conhecidas como puberdade.

A puberdade representa o período da adolescência em que um conjunto de mudanças ocorre no corpo do indivíduo, a partir da mudança nos mecanismos de produção e atuação de determinados hormônios. Acredita-se atualmente que todo o processo de desenvolvimento físico se inicie por estímulos emitidos a partir do córtex cerebral por uma glândula localizada na base do crânio, a hipófise, responsável por produzir e liberar algumas substâncias químicas (os hormônios) que irão atuar na modificação do funcionamento de órgãos específicos.

Dois hormônios hipofisários, o hormônio folículo-estimulante (FSH) e o hormônio luteinizante (LH), têm atuação específica sobre os ovários e testículos. Em resposta à estimulação do FSH e LH, os ovários e testículos se desenvolvem e passam a produzir outros tipos de hormônios, conhecidos como hormônios sexuais, os quais atuarão nos demais órgãos do corpo, provocando as mudanças físicas típicas da puberdade. Os hormônios produzidos pelo ovário são o estrogênio e a progesterona, responsáveis pelo desenvolvimento sexual feminino e pela regulação do ciclo menstrual. Quanto aos testículos, o principal hormônio aí produzido é a testosterona, o qual tem papel homólogo ao estrogênio no sexo masculino.

Etimologicamente, o termo puberdade deriva da palavra latina *pubertate*, a qual significa idade fértil. *Pubertas* também quer dizer “pêlos”, em latim. De fato, a puberdade pode ser compreendida como um marco para a entrada na vida fértil do indivíduo, sendo esta uma característica muito importante. Contudo, não se limita a isso e envolve outras transformações. A mais perceptível delas é a aceleração do desenvolvimento físico, com mudanças em todos os sistemas do corpo. Tais mudanças são mais perceptíveis por meio do aumento da estatura e do peso de forma acelerada, período conhecido como *estirão do crescimento*. Paralelamente, dá-se a maturação sexual com a emergência de caracteres sexuais secundários, tais como o desenvolvimento de pelos e das mamas e o aumento no volume testicular, regulados por meio dos mecanismos supracitados.

Tendo em mente o descrito acima, fica mais fácil compreender a variabilidade no processo de desenvolvimento físico da adolescência. Visto os mecanismos neuroendócrinos que atuam nesse processo serem complexos e interdependentes, variações no tempos e na velocidade das mudanças corporais não têm um período certo para aparecerem, mas sim faixas de idade em que se espera que tais eventos ocorram. No sexo feminino, a primeira manifestação de puberdade se dá entre os oito e 13 anos de idade, com o surgimento do broto mamário (conhecido como telarca), sendo a primeira menstruação, denominada de menarca, um evento mais tardio do desenvolvimento puberal. Há uma correlação entre a maturação sexual e o crescimento esquelético, caracterizada, no sexo feminino, pela coincidência entre o início da aceleração da velocidade de crescimento e a ocorrência da telarca. Já a menarca acontece no momento de desaceleração da velocidade de crescimento, marcando os momentos finais da puberdade. No sexo masculino, o início da puberdade se dá entre 9 e 14 anos de idade, sendo o primeiro evento observado o aumento do volume testicular, seguido pelo crescimento de pelos pubianos, o desenvolvimento peniano em comprimento e diâmetro, o surgimento de pelos nas axilas e na face e, por fim, o aumento acelerado da estatura (estirão).

Tais marcos do desenvolvimento físico não são estanques e podem variar em ordem e idades de surgimento. Deve-se levar em consideração o histórico de vida de adolescentes (prematuridade, doenças crônicas, desnutrição), bem como de seus pais, considerada a influência genética nesse processo. Uma abordagem ampliada na avaliação do desenvolvimento puberal será sempre a melhor conduta a ser tomada.

O que fazer?

Primeiramente, é importante termos em conta que nem todas as mudanças que ocorrem na adolescência têm a ver com a puberdade, mas também com processos de construção da identidade e da cidadania, os quais costumam ser muito mais determinantes na experiência das pessoas e para a sua saúde (AYRES et al., 2012). Profissionais de saúde precisam almejar, como finalidade de sua intervenção, a melhoria da relação precária que une as pessoas ao seu corpo, o que implica evitar a indução de novos motivos de angústia – tal como um possível atraso ou desvio no desenvolvimento puberal – quando isso não for estritamente necessário. Assim, em atendimentos individuais, pode ser mais relevante perguntar rotineiramente para os(as) adolescentes como vivem as mudanças que afetam seu corpo – para poder acolher eventuais angústias ou curiosidades –, do que avaliar de modo repetido e invasivo o seu desenvolvimento puberal sem haver demanda do(a) adolescente nem motivo de preocupação particular.

Com efeito, a puberdade pode ser um dentre os muitos marcos da adolescência, no sentido das mudanças experimentadas nessa fase da vida. É de se esperar que as transformações puberais causem bastante ansiedade e gerem dúvidas em adolescentes. A falsa percepção de que se está “ficando para trás” na estatura e no desenvolvimento de características sexuais secundárias pode ser motivo de ansiedade, *bullying* e dificuldade na participação em grupos. Profissionais de saúde que atendem o público adolescente devem estar sensíveis às diferentes formas de adoescer e identificar as possíveis variações do desenvolvimento puberal, bem como saber detectar as eventuais alterações desse processo, intervindo apenas quando houver necessidade identificada em diálogo com os pacientes e seus familiares. As situações mais comuns de alterações da maturação sexual são aquelas relacionadas à idade de sua ocorrência. O início da puberdade antes de 8 anos no sexo feminino, e no masculino antes dos 9 anos, caracterizam a puberdade precoce; já a puberdade tardia – ou retardo puberal – é definido quando o primeiro evento puberal não se manifesta até os 13 anos na menina e até os 14 anos no menino (SILVA; ET AL., 2015)

Boa parte do desafio de trabalhar com adolescentes na puberdade está em conseguir vincular-se o suficiente de modo que estes compreendam e confiem na avaliação feita pelo profissional quanto ao seu estado de saúde. Atendimentos ambulatoriais que considerem as especificidades desse público, bem como garantam sua individualidade e sigilo são centrais para a formação desse vínculo. Ferramentas de trabalhos que consideram essa abordagem ampliada da adolescência e que podem auxiliar no cotidiano do trabalho estão disponíveis nos seguintes documentos:

- ***Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica*** – manual desenvolvido pelo Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde. Detalha as ferramentas para avaliação do desenvolvimento puberal, bem como aborda outros tópicos importantes sobre a saúde na adolescência. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-do-adolescente-e-do-jovem>
- ***Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde*** – também desenvolvido pelo Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde, traz o enfoque do trabalho na APS, orientando as equipes sobre como atuar em temas específicos, como crescimento e desenvolvimento e saúde sexual. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-do-adolescente-e-do-jovem/publicacao-saude-para-voce>

Uma boa dica é mostrar aos meninos e às meninas elementos gráficos que permitam a sua compreensão do que estamos dizendo. Um exemplo são as classificações de Tarner dos estágios de maturação puberal relativos ao crescimento dos testículos e aspectos dos pelos em garotos e crescimento/forma das mamas e aspecto dos pelos em garotas, com desenhos ou fotos, acompanhados por toda a variação de idades em que podem ocorrer. Isso contribui para que os(as) adolescentes se situem nessas faixas, favorecendo seu próprio conhecimento. Para contrabalançar o caráter normativo dessas ilustrações, profissionais podem utilizar imagens selecionadas¹⁹ para representar a diversidade dos corpos humanos e facilitar o desenvolvimento de uma relação positiva de adolescentes e jovens com seus corpos apesar da pressão social e midiática para o alcance de padrões de beleza estereotipados. É importante que estejamos também atentos aos estereótipos relacionados à imagem corporal e suas relações com gênero, raça, entre outras categorias sociais, conforme abordado no item 5.4.

5.7 Busca por orientações, proteção e cuidados em saúde

Preocupações com a saúde, dúvidas sobre como cuidar da saúde, queixas clínicas agudas e doenças crônicas estão entre os motivos que fazem com que adolescentes e jovens procurem os serviços de saúde por iniciativa própria ou estimulados(as) por outros – pais e familiares, namorados(as), amigos(as) ou também por profissionais de outros setores, serviços e equipamentos sociais, com destaque para encaminhamentos a partir da escola.

Esses motivos de procura por serviços de saúde podem trazer adolescentes e jovens aos diferentes serviços de saúde de que trata esta LCA&J. É relevante que os serviços estejam tanto preparados para o reconhecimento dessas necessidades, como também organizados para atender a elas. Vale também notar que a atenção oportuna a essas queixas pode ser muito significativa para adolescentes, jovens, familiares e comunidade, favorecendo a vinculação a outras ações que se deseje trabalhar com adolescentes.

É interessante notar que, na adolescência, a percepção sobre o próprio estado de saúde tem variação relacionada ao modo como vivenciam experiências mais abstratas ou mais concretas, o momento, o tempo de duração, os históricos de saúde e doença e as expectativas (pessoais e dos outros). Perguntar a adolescentes sobre como consideram a própria saúde – boa, ruim ou mais ou menos – tem como resposta mais frequente “boa”, mesmo no caso de indivíduos com doenças crônicas. Por outro lado, adolescentes com uma queixa aguda afirmam que a saúde está “ruim”. Aqueles que consideram que se cuidam mal dão essa explicação quando assinalam a opção “mais ou menos” (NASSER; FIORONI; AYRES, 2018).

¹⁹ Alguns recursos *on-line* sugeridos para seleção de imagens: site (em inglês) da artista holandesa Hilde Atalanta, cujos desenhos documentam a diversidade das vulvas humanas: <https://www.thevulgagallery.com/> ; artigo sobre o assunto com entrevista da quadrinista sueca Liv Strömqvist: <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2018/05/quadrinista-sueca-critica-seculos-de-distorcoes-sobre-a-vagina.shtml> ; artigo em inglês descrevendo 9 formatos de peitos e 8 tipos de mamilos: <https://helloclue.com/articles/cycle-a-z/boobs-varieties-breast-shapes-nipple-types> ; site em inglês apresentando um guia em imagens da diversidade dos pênis: <https://www.the-penis.com/pictorialguide.html>

Jovens simultaneamente podem ter resistência à busca por serviços de saúde por também se convencerem de que essa é a melhor fase da vida, em que gozam de boa saúde (ABRAMO, 1994) ou, pelo contrário, procurar os serviços na expectativa de rendimento perfeito no trabalho, nos estudos, nas relações afetivas e na família. De modo geral, nossos serviços não estão organizados para atender pessoas que estão pressionadas para se adaptar ao mundo de quem está ingressando no mercado de trabalho ou se esforçando por uma formação, o que pode implicar em dificuldades para o acesso ou mesmo para a emergência de necessidades de saúde.

Deste modo, o primeiro passo para profissionais e serviços será o reconhecimento desses motivos de procura, seguido pelo desenvolvimento de modos de abordagem.

Dúvidas sobre como cuidar do próprio corpo e da saúde

Uma das mudanças da adolescência é relativa a meninos e meninas passarem, aos poucos, a se cuidar por conta própria. Essa novidade pode representar uma conquista de autonomia, mas também gerar muitas dúvidas e ansiedade. Às vezes, adolescentes procuram os serviços de saúde por dúvidas que podem parecer simples, mas, para ele(a), podem ser muito complexas. Além disso, outras mudanças dessa fase, como o crescimento, a puberdade e as primeiras descobertas, podem trazer preocupações e também preconceitos dos pais e de outros adultos.

Questões como ter um corpo ainda considerado infantil podem incomodar meninos e meninas, que trazem aos profissionais de saúde perguntas sobre como podem ficar mais fortes ou desenvolver as mamas, respectivamente, entre outras interrogações semelhantes. A alimentação pode motivar a busca por cuidados, como no caso de adolescentes, jovens e familiares que querem saber como ser vegetariano e saudável, mas também daqueles que estudam e trabalham, não têm horário para comer bem e vêm desenvolvendo sintomas – engordam ou emagrecem demais. Ocasionalmente, adolescentes e jovens vêm ou são trazidos aos serviços devido a percepções, frequentemente de terceiros, de odores do corpo (axilas, pés, suor), com a demanda de orientações sobre higiene e adequação.

Outro conjunto de questões é relativo a buscar nos serviços de saúde atendimentos e procedimentos que as pessoas entendem como um cuidado preventivo, como “se cuidar”. A demanda por exames de rotina é motivo frequente; dificuldades para enxergar, ouvir ou falar, comumente relacionadas a experiências na escola, também podem ocasionar a busca pelos serviços; dentes tortos ou careados podem ainda motivar a vinda; igualmente como cuidar da pele para evitar acne também é um exemplo comum.

Há ainda outras possibilidades de cuidado que aparecem mais raramente de modo espontâneo, podendo ser estimuladas pelos profissionais de saúde. É o caso da vacinação e atualização do cartão vacinal, a prevenção de IST, a orientação para o planejamento reprodutivo e a disponibilização de métodos anticoncepcionais, o estímulo à prática de atividade física, entre outros.

Queixas e sintomas agudos

Dor de cabeça, gripe, cólica menstrual, fraqueza, desânimo, insônia, dor de estômago, queda no futebol, dor no punho, corrimento ou lesão genital, entre outras queixas agudas podem motivar a procura pelos serviços de saúde. Queixas agudas só aparecerão se os serviços estiverem organizados para acolher a demanda não agendada. Longe de perceber essas situações como algo que poderia atrapalhar as rotinas dos serviços, esses momentos podem ser tomados como chances de que adolescentes e jovens conheçam o estabelecimento e os profissionais de saúde, podendo favorecer a possibilidade de construção de vínculo. Por outro lado, más experiências nessas situações podem prejudicar outras chances de cuidado.

Para cada uma dessas queixas, é importante que todos os serviços possam dar respostas oportunas e efetivas. Nos casos em que não constitui sua atribuição lidar com alguma afecção específica, os serviços precisam saber orientar o(a) adolescente e jovem sobre onde procurar atendimento. É desejável que sejam combinados encontros futuros para tratar da manutenção da saúde na adolescência e juventude.

Doenças crônicas

Alguns adolescentes e jovens têm a experiência da doença crônica como parte de suas vidas. Para eles, todas as mudanças e descobertas que começam com a adolescência vêm se somar aos desafios de lidar com sintomas, tratamentos medicamentosos e cuidados com o estilo de vida. Essa situação traz necessidade de organização aos serviços para apoiar adolescentes e jovens em seu cuidado, contribuindo para a melhoria de sua condição de saúde, evitar agravamentos, riscos e maus desfechos. É importante também que seja oferecido acolhimento e orientação às famílias.

Na adolescência, as taxas de doenças crônicas vêm crescendo, como consequência de novas abordagens terapêuticas que possibilitam a sobrevivência de crianças com essas enfermidades. Entretanto, a prevalência dessas patologias é variável, pois os critérios para sua definição também o são (SANT'ANNA; NIGRO, 2018).

Destacamos a necessidade de se organizar atividades que visem a oferecer apoio para a adesão. Na fase da adolescência, pode existir dificuldade com planejamentos. Além disso, hábitos impostos pela doença podem parecer barreiras para vivências importantes nessa fase, como o pertencimento a um grupo. É importante que as abordagens com adolescentes considerem essas questões e formas de lidar e construir novos sentidos (SILVA; ET AL., 2015).

Alguns exemplos são adolescentes e jovens com diabetes insulino dependente, problemas de saúde mental e aids. Embora vivam com diferentes doenças crônicas, têm em comum a necessidade de cuidados e apoio. É relevante que profissionais de saúde enfoquem sua situação de saúde-doença, mas também que estejam atentos(as) a outros processos próprios da faixa etária; devem ser sensíveis ao fato de que esses pacientes não são exclusivamente uma doença, seguem sendo adolescentes e jovens (SILVA et al., 2015).

De modo geral, na população geral de adolescentes e jovens, temos pessoas em situação de risco e alguns casos de indivíduos com doenças crônicas, o que vai se refletir em serviços da rede básica de saúde. Já em serviços especializados, como é o caso dos ambulatórios de adolescentes em hospitais universitários, há um aumento da complexidade patológica. Os SAE e os CAPS terão, respectivamente, maior número de casos de aids e de problemas de saúde mental.

Cuidados em saúde de adolescentes e jovens que vivem com deficiências

Adolescentes e jovens, como toda a população, também podem viver com deficiências. A partir do Censo 2010, sabemos que as deficiências, no Brasil, são relativamente raras no grupo entre zero e 14 anos, em comparação aos grupos entre 14 e 64 anos e acima de 65 anos, com taxas gradativamente maiores. Para as pessoas entre zero e 14 anos, a deficiência visual é a mais frequente, com 5,3%. As deficiências auditiva, motora e intelectual (ou mental) têm taxas, nessa ordem, de 1,3%, 1,0% e 0,9%. É importante que a atenção às pessoas com deficiência adote o marco dos direitos humanos universais e específicos (OLIVEIRA, 2012).

Meninos e meninas não podem ser restringidos a suas deficiências físicas, visuais, auditivas e intelectuais. Entretanto, é relevante que estas sejam reconhecidas, abordadas e que os sujeitos e suas famílias recebam orientações a respeito delas, inclusive quanto ao acesso a direitos. É importante que os serviços identifiquem essas situações e busquem ampliar a compreensão da vida desses(as) adolescentes e jovens, bem como trabalhar cuidados com sua saúde.

Os serviços de saúde, particularmente aqueles localizados no território onde vive cada adolescente e jovem, podem ser o principal contato entre estes e o estado, com tudo o que os indivíduos podem precisar acessar para seus cuidados. Desse modo, é relevante que os serviços se organizem para perceber essa necessidade, adotando dispositivos para favorecer a acessibilidade das pessoas com dificuldades de locomoção, formas de favorecer a comunicação para deficientes auditivos, materiais de comunicação que contemplem deficientes visuais e assim por diante. No caso de deficientes intelectuais, vale acessar qual a extensão do comprometimento e trabalhar possibilidades de autonomia e cuidado com eles e familiares.

Nossa sociedade ainda tem muita dificuldade em lidar com as deficiências, sendo frequente que elas passem de modo despercebido, situação que pode ser enfrentada. Para tanto, algumas posturas ativas do serviço são requeridas, como a abordagem do tema desde os momentos iniciais de acolhimento. Ademais, vale considerar que alguns(mas) adolescentes e jovens podem não chegar aos serviços. Além de todas as dificuldades de acesso à saúde que já mencionamos quando tratamos da organização dos serviços para cuidar de adolescentes e jovens, há de se considerar que eles podem experimentar outras barreiras relativas às deficiências, particularmente as sociais, incluindo o estigma, que aumentam a vulnerabilidade desses(as) adolescentes e jovens em sua experiência de vida e de saúde, podendo envolver restrições para sair de casa, isolamento e preconceitos. Atividades para conhecer o território, assim como o trabalho com outros equipamentos sociais e comunitários, podem ser relevantes para identificar e apoiar esses(as) adolescentes e jovens.

O que fazer?

- Garantir acesso, acolher, identificar e compreender as necessidades. Nesse sentido, é relevante que o serviço esteja organizado para o atendimento em diferentes períodos e também que adote dispositivos para o reconhecimento dos motivos de busca, tais como a escuta qualificada e instrumentos de diálogo voltados para encontros individuais e em grupo.
- Abordar os direitos humanos de adolescentes e jovens e, particularmente, os direitos à saúde nas diferentes atividades, dentro dos serviços e nas comunidades.
- Oferecer a todos(as) os(as) adolescentes e jovens, independentemente dos motivos de procura dos serviços, cuidados em saúde relevantes a essa faixa etária. Destacamos medidas de proteção específica, como a vacinação de acordo com o calendário vacinal, a orientação sobre o uso de preservativos e o trabalho com promoção da saúde que considere as escolhas dos indivíduos, com ênfase para os direitos sexuais e reprodutivos.
- Atendimento efetivo à demanda espontânea, com resolução do problema agudo sempre que possível naquele serviço e/ou encaminhamento a outra unidade em casos específicos. A demanda espontânea deve ser considerada como fonte para captar demandas para outras atividades do serviço com adolescentes e jovens.
- As demandas por exames precisam ser analisadas caso a caso, pois, nas faixas etárias da adolescência e da juventude, são poucos os exames de rotina recomendados para indivíduos hígidos. Para as mulheres jovens, está recomendada a citologia oncótica como método de rastreamento populacional, indicado a partir dos 25 anos, de três em três anos, após os dois primeiros normais (com intervalo de um ano entre eles). Gestantes realizarão exames de acompanhamento. Adolescentes e jovens com antecedentes familiares para algumas doenças poderão ter indicação de exames. Aqueles com doenças crônicas deverão fazer exames específicos periodicamente. Em todos os outros casos, os exames deverão ser tomados como subsidiários para a confirmação da hipótese diagnóstica, realizada a partir de procedimentos de coleta da história clínica e do exame físico. É relevante que isso seja esclarecido para adolescentes, jovens, pais e familiares. Além disso, podemos explorar se há outras perguntas ou preocupações ocultas no pedido de exames de sangue. Em alguns

casos, existe a compreensão de que que exames são sinônimo de “se cuidar”, o que também pode ser contestado, inclusive com a sugestão de outras possibilidades para o autocuidado, como a prática de atividade física, entre outras.

- Tratamento de adolescentes e jovens com doenças crônicas (em serviços de níveis primário, secundário e terciário), enfocando a situação de vida, a adolescência e juventude, a doença, a adesão ao tratamento e o apoio de pais e familiares. Também é relevante trabalhar a transição para tratamento em serviços destinados a adultos.
- Conduzir processos de avaliação das condições de saúde nos territórios, buscando identificar adolescentes e jovens que não acessam os serviços por distintas situações e vulnerabilidades, como estar fora da escola, usar álcool e drogas, conviver com uma deficiência, entre outros motivos.
- Oferta de ações e atividades sobre adolescência, juventude e saúde a todos esses perfis de adolescentes e jovens. Oportunidades de vivências em grupo podem representar espaços de aprendizagem tanto sobre a condição de saúde, sobre a fase da vida, como também momentos para aprendizado conjunto sobre a diversidade e o reconhecimento do outro.
- Organização de atividades em parceria com outros setores, equipamentos sociais e movimentos sociais na comunidade. Trabalhar com as necessidades de adolescentes e jovens a partir de suas próprias percepções, incluindo a valorização da participação social desses grupos.
- Realizar reuniões de equipe no serviço com a discussão dos motivos de procura de adolescentes e jovens e também com as finalidades que profissionais e serviços de saúde desejam atingir. A discussão de casos em geral favorece a abordagem por trazer concretude. É relevante também a busca por construir dispositivos para lidar com cada demanda.

5.8 Relacionamentos sociais e afetivos no cotidiano de adolescentes e jovens

Onde e com quem adolescentes e jovens passam a maior parte do seu tempo? Por quê? O que fazem naqueles locais? Com quais pessoas interagem mais? Qual a qualidade dessas interações? Quais modos de ser são construídos no âmbito dessas relações? Qual impacto, positivo ou negativo, isso gera para sua saúde? Essas são questões às quais serviços e profissionais de saúde devem ser capazes de responder para cuidar melhor da saúde de adolescentes e jovens.

As vivências na escola ou em outros locais da comunidade, as experiências de trabalho, as relações com a família, o namoro são motivos frequentes para a presença de adolescentes e jovens nos serviços de saúde. Por exemplo, a partir de conversas com amigos(as) e colegas na escola ou de uma primeira experiência, podem surgir dúvidas sobre sexualidade; também podem procurar serviços de saúde em busca de informações sobre drogas, antes ou depois de experimentar alguma substância; podem também buscar conselho e apoio após serem expostos a situações de violência, humilhação ou outras formas de violação de direitos ou ainda por se sentirem tristes, deprimidos, estressados, com medo; podem, além disso, ser encaminhados por adultos para serviços de saúde por causa de uma dificuldade na escola, do seu consumo de álcool ou outras drogas, de uma agressão sofrida ou perpetrada ou porque iniciaram sua vida sexual e os adultos responsáveis querem que “se protejam”.

A maioria dessas necessidades apresentadas por adolescentes e jovens ou por seus responsáveis não remete diretamente a patologias e agravos agudos; porém, uma intervenção adequada dos(as) profissionais de saúde pode trazer benefícios para sua saúde. Remetem a uma concepção ampliada do processo saúde-doença-cuidado e reclamam intervenções de prevenção e de promoção da saúde.

Os trechos abaixo apontam como as relações sociais e afetivas e as atividades do cotidiano influenciam a saúde de adolescentes e jovens, a partir de sua própria percepção.

Mas para cuidar da saúde, não é necessariamente só alimento ou tipo de esporte que você pratica, e sim a convivência entre seus familiares, amigos, que eu acho que isso é importante. Por exemplo, se você tem bastante conflito com os seus pais, provavelmente você vai entrar numa depressão. [...]. Então, eu acho assim, que cuidar da saúde ou algo do tipo não é só em relação a você praticar algum esporte ou a sua alimentação em si, mas também sua convivência com os demais. [...]. Eu acho que a gente precisa dialogar mais. (Grupo focal com adolescentes, projeto LCA&J)

Por exemplo, teve uma vez que eu peguei medo de mim mesma porque eu sempre tive uma amiga, até que ela foi embora há uns tempos atrás, e tinha um menino mexendo comigo; aí deu uma crise em mim e eu comecei a chorar e eu fiquei nervosa demais, aí eu saí batendo nela, que não tinha nada a ver com a situação. Aí eu me afastei de todo mundo, fiquei um mês e meio sem ir para a escola e, assim, eu fiquei com medo de mim porque eu vi que estava precisando de ajuda, mas eu não sabia se eu podia contar com alguém porque a maioria das pessoas ia me julgar. (Grupo focal com jovens, projeto LCA&J)

A maneira mais frequente de abordar esses temas na atenção à saúde de adolescentes e jovens é através de recortes temáticos: saúde sexual e reprodutiva, consumo de álcool e drogas ilícitas, nutrição e alimentação e saúde bucal estão entre os temas mais frequentemente abordados em atividades individuais com adolescentes nos serviços de saúde. Entretanto, esse tipo de recorte temático contempla muito mais a organização dos saberes dos profissionais de saúde do que o modo como os problemas de saúde se apresentam na vida de adolescentes e jovens.

Assim, uma festa ou um namoro, por exemplo, são eventos que podem expor adolescentes e jovens a riscos relativos à sexualidade, ao consumo de álcool e drogas ou até a situações de violência, entre outros, mas não se resumem a isso. Além disso, os motivos pelos quais adolescentes e jovens têm relações sexuais podem ser múltiplos, mas certamente não incluem nenhum dos objetivos típicos da saúde, tais como proteger-se de IST ou evitar uma gravidez não planejada. Portanto, se contemplarmos a vida de adolescentes e jovens apenas a partir da ótica de prevenção de riscos e agravos, perdemos de vista as dimensões mais importantes da sua experiência, tais como as múltiplas formas de prazer e de sofrimento que experimentam, a complexidade e a ambivalência de suas relações afetivas ou ainda a riqueza e criatividade de sua vida cultural. O problema é que perder de vista essas dimensões significa perder a capacidade de dialogar de verdade com adolescentes e jovens. E sem esse diálogo, perdemos a chance de ter algum impacto na vida deles.

O que fazer?

Para tornar possível esse diálogo, os(as) profissionais de saúde devem ser capazes de recorrer a outras fontes de saber, além dos conhecimentos técnicos da sua área (ANDRADE; BÓGUS, 2010). Para começar, dialogar com adolescentes e jovens acerca de sua saúde exige que esses profissionais procurem compreender as categorias de pensamento deles. Isso não implica abrir mão dos saberes técnicos da saúde – esses conhecimentos continuam sendo essenciais para pensar as questões de saúde, mas não podemos exigir de adolescentes e jovens que pensem suas vidas a partir deles. O diálogo com esses grupos representa justamente o esforço para estabelecer relações entre as categorias de pensamento deles e as da saúde: esse diálogo exige algum tempo e sempre uma dose de criatividade. No processo, as categorias de pensamento da saúde também são questionadas e têm a oportunidade de serem aprimoradas. Atividades individuais e em grupo podem ser potentes para a abordagem das relações sociais e afetivas que estes estabelecem. Adolescentes e jovens podem estar envolvidos em atividades de educação por pares, potentes para a construção de

conhecimentos e elaboração de reflexões pela identificação entre os participantes. Trocas em grupo são particularmente potentes por permitirem o diálogo de adolescentes e jovens entre eles(as) e com a equipe de saúde. Permitem trabalhar com mais facilidade as questões relacionais que afetam sua saúde, sem abrir mão de suas próprias categorias de pensamento. Dessa intersubjetividade pode emergir tanto conteúdos sobre as relações sociais e afetivas, como até mesmo estas serem vivenciadas de forma lúdica, favorecendo a troca e a aprendizagem. São exemplos a encenação e discussão de uma festa, de um convite para um encontro, de uma primeira relação sexual, entre outros, como metodologia sugerida na seção 6.

As ciências sociais e humanas trazem aportes essenciais para quem procura compreender o outro e o modo como vive a sua vida. Por exemplo, as ciências sociais ensinam que a vida e as relações cotidianas de adolescentes e jovens diferem profundamente de acordo com o contexto em que vivem: devemos, portanto, ser atentos aos marcadores de diferença que os caracterizam, tais como identidade e relações de gênero, cor/raça/etnia, sexualidade (heterossexual ou homossexual), classe social, especificidades do território onde vivem, eventual deficiência, etc. Nesse sentido, sugerimos a consulta à publicação *Saúde e sexualidade de adolescentes: construindo equidade no SUS* (LOBATO, 2017), resultante de encontro no qual adolescentes, acadêmicos e profissionais trataram do tema, incluindo depoimentos e propostas para sua atenção à saúde.

Não temos espaço suficiente para explorar aqui as implicações de cada um dos aspectos destacados em termos de vulnerabilidades específicas. A título de exemplo, apresentamos algumas questões sobre relações de gênero relevantes para o diálogo com adolescentes e jovens em serviços de saúde.

- Ao longo da vida, em média um terço das mulheres sofre algum tipo de violência doméstica ou familiar (SCHRAIBER et al., 2007). Essas violências (psicológicas, físicas, sexuais) acarretam várias consequências para a saúde, sobretudo para as mulheres, mas também para os homens; entretanto, as situações de violência doméstica e familiar são raramente reconhecidas em serviços de saúde (SCHRAIBER et al., 2003). É relevante que profissionais de saúde saibam que, entre adolescentes, meninas são mais expostas à violência em casa e na escola, enquanto meninos são mais expostos à violência urbana, bem como que estejam preparados para atender a esses casos com responsabilidade (AYRES et al., 2012).
- Seja no âmbito da família ou do trabalho formal, meninas e mulheres ainda são quase exclusivamente responsabilizadas pelos cuidados com a casa, com as necessidades humanas em geral e com as crianças em particular (HIRATA; GUIMARÃES, 2012; MOLINIER; PAPERMAN, 2015). Em relacionamentos heterossexuais, homens cuidando dos(as) próprios(as) filhos(as) ou da saúde de suas parceiras são geralmente elogiados, e os limites do cuidado que oferecem são respeitados pelos(as) profissionais; mulheres que revelam capacidades limitadas no cuidado dos(as) próprios(as) filhos(as), parceiros ou outros familiares costumam ser alvos de julgamento moral e sanções arbitrárias, inclusive por parte de profissionais de saúde e mesmo que sofram violência no âmbito dessas relações (SOUZA, 2013).
- Dos meninos e homens espera-se sempre uma postura de autocontrole e de superioridade em relação a mulheres, tanto no âmbito da sexualidade como através da recusa das tarefas que envolvem o cuidado com os outros e consigo mesmo, o que provoca, entre outras consequências, uma dificuldade para trabalhar junto com eles no âmbito da saúde. As violências que meninos e homens perpetraram e sofrem – dez vezes mais do que meninas e mulheres! – costumam ser naturalizadas e justificadas, como se fossem o único caminho para tornar-se homem (GRANJA; MEDRADO, 2009; SCHRAIBER et al., 2010). Enquanto a sexualidade das meninas e mulheres costuma ser objeto de julgamento e controle, a dos meninos e dos homens é frequentemente julgada natural e praticamente incontrolável, o que dificulta o reconhecimento da necessidade de

trabalhar também com eles questões de saúde sexual e reprodutiva, violência e direitos, gênero e masculinidade (SCHRAIBER et al., 2010).

5.9 Saúde digital

O avanço tecnológico ocorrido nas últimas décadas revolucionou a maneira de se difundir informações e os modelos de comunicação social. Na atualidade, a mídia se configura como um complexo de instituições responsáveis pela educação e informação, respondendo pela transmissão de valores, pelos padrões de conduta e pela socialização das novas gerações. Esses veículos são classificados em “tradicionais”, como rádio e mídia impressa, e “modernos ou digitais”, como as novas televisões, os *videogames*, os computadores, os *tablets* e os telefones celulares, todos eles com acesso à internet. É inegável a ampla disponibilidade e o consumo quase universal desses dispositivos, que se tornaram extremamente populares entre adolescentes. Pode-se dizer que estes não adotaram o uso dessas novas mídias, e sim que elas fazem parte de suas vidas - a sociedade tecnológica e midiática os cerca desde o seu nascimento (QUEIROZ, 2017).

Vale tecermos algumas considerações sobre o consumo quase universal das mídias. O acesso a elas não é uniforme, mas relacionado a questões de renda, escolaridade, circulação no espaço social, entre outros determinantes. Deste modo, também no mundo digital, podemos ter adolescentes e jovens incluídos ou excluídos. Assim, a utilização dessas mídias pode ser fonte tanto de status, como também de preconceitos. Além disso, se consideramos as informações que elas proporcionam, ou mesmo as possibilidades de interações, é relevante termos em consideração que as chances de se obter benefícios, bem como a exposição aos riscos relativos a elas, entre adolescentes e jovens, não serão homogêneas.

Considera-se que a influência da mídia sobre adolescentes vai além de uma simples fonte básica de lazer, tratando-se de um fenômeno extremamente poderoso no tocante à produção e à circulação de uma série de valores, concepções e representações, atuando sobre os seus modos de agir, pensar e sentir. Estima-se que adolescentes passem expressiva parte de seu tempo no consumo dessas tecnologias de mídia (QUEIROZ, 2017).

Aqui cabe a sugestão de leitura do livro *Polegarzinha*, de autoria do filósofo francês Michel Serres, que descreve essa estreita relação entre a internet e a nova geração de crianças e jovens, a partir da qual formula a teoria da emergência de uma nova humanidade em sua totalidade constituinte: desde a formação de um novo corpo até distintas formas de organizações de existência social, cultural, institucional e política (SERRES, 2015).

Os adolescentes utilizam a internet para manterem-se conectados uns com os outros e como fonte de entretenimento e busca de informações, e o fazem de forma tão intensa e frequente, configurando um hábito que se tornou parte do dia a dia dessa população. Os benefícios do uso da internet são muitos, como são também, a depender da situação, os riscos à saúde física, mental e emocional.

A maneira como adolescentes procuram os serviços de saúde e a forma como apresentam suas queixas ou demandas aos(as) profissionais que os(as) estão atendendo são bastante peculiares. Por vezes, não falam diretamente sobre algo que os(as) esteja perturbando e, especialmente, no tocante aos problemas relacionados ao mundo digital, essas questões podem estar escamoteadas, daí a importância de uma busca mais ativa quanto à possibilidade de adoecimentos físicos e psíquicos diante do uso de internet e redes sociais. Aspectos como o *cyberbullying*, o uso abusivo de redes sociais gerando sintomas de dependência, ansiedade, insônia e outros distúrbios do sono e até mesmo repercussões osteomusculares já são amplamente descritos nas literaturas nacional e

estrangeira, o que configura a relevância da discussão sobre saúde digital entre adolescentes e jovens na atualidade.

Ao se aproximar do(a) adolescente que está sendo atendido(a) individualmente ou em grupo, o(a) profissional da saúde poderá identificar algumas situações relevantes, aqui listadas:

Segurança na internet

- Muitos(as) adolescentes têm se fechado no mundo virtual, tendo poucos amigos e poucas atividades fora dos dispositivos digitais (celular, computador, *tablet*), passando longas horas diante de telas.
- Eles(as) passam a confiar demais nesses(as) amigos(as) virtuais, chegando a dar informações importantes sobre si - expondo até sua intimidade (enviando fotos íntimas, por exemplo) – e sua família.
- Alguns(mas) chegam a marcar encontros com amigos(as) virtuais sem que seus pais ou responsáveis saibam, colocando-se em risco, pois não têm garantias quanto a quem está do outro lado da tela – pode ser alguém com outra identidade, outro rosto, outro gênero e outra idade, além de ter intenções não declaradas (assédio sexual, sequestro, coerção).
- É comum que adolescentes entrem em “brincadeiras” e desafios *on-line*. Alguns podem ser extremamente perigosos, influenciando-os(as) negativamente – principalmente àqueles(as) mais novos(as) – a realizarem práticas que coloquem sua vida ou saúde em risco. Exemplos desses desafios são os de asfixia e o “desafio da baleia azul”, que instigava o participante a realizar diversas tarefas que culminariam em autoagressão e suicídio.

Adoecimento psíquico

- A adolescência é um momento crítico para o estabelecimento e a aceitação da autoimagem corporal, em parte devido às grandes transformações puberais ocorridas nessa etapa da vida, caracterizando-se como uma fase de especial vulnerabilidade para a ocorrência de sofrimento psíquico e desenvolvimento de sintomas alimentares, em virtude desse (des)ajustamento entre o corpo que se apresenta e o corpo, apregoadado pela mídia, almejado como o ideal. Na internet, adolescentes podem encontrar diversos *sites* e páginas com dicas para manterem padrões alimentares restritivos com o intuito de obterem o “corpo perfeito” e que são extremamente prejudiciais à sua saúde física e mental, pois não respeitam o momento de crescimento e desenvolvimento puberal que demanda grande necessidade energética e acolhimento emocional, sobretudo no processo de aceitação de um novo corpo que não é exatamente igual àquele veiculado pelas mídias de consumo. Sites conhecidos como “pró-Ana” (pró-anorexia nervosa) e “pró-Mia” (pró-bulimia nervosa) divulgam informações sobre como se alimentar e se livrar do alimento ingerido para se atingir o peso e, como se fosse possível, o corpo almejados.
- Alguns(mas) adolescentes são vítimas de *cyberbullying*, ou seja, sofrem agressões e humilhações realizadas nas redes sociais.
- O fato de receber curtidas no *Facebook*, ser seguido no *Instagram*, etc., pode passar a ser o objeto de desejo, o que pode remeter à solidão de alguns e algumas adolescentes e jovens, ou também a um ambiente onde as relações interpessoais são superficiais e não favorecem o apoio e a solidariedade entre pares, o que pode levar adolescentes e jovens envolvidos nessas relações a desenvolverem uma baixa satisfação consigo mesmo(a) e um sentimento de infelicidade.
- O acesso massivo às redes sociais tem levado muitos(as) adolescentes e jovens a apresentarem sintomas de ansiedade por sentirem o dever de acompanhar o que está acontecendo na vida dos amigos, dos fãs e das celebridades o tempo inteiro. Quase como um vício, o denominado “medo de estar por fora” leva ao incessante hábito de atualizar as

páginas das redes sociais, fenômeno que geralmente é acompanhado de frustração e tristeza, pois a maioria das fotos e postagens não fazem parte de seu repertório de vida e não representam a sua realidade. Por isso, podem ficar mais agitados, com dificuldade de concentração, dormindo menos horas e um sono mais agitado, superficial e não repousante, além, é claro, de sentirem-se angustiados, ansiosos, aflitos, ou seja, com sofrimento emocional importante, o que pode aparecer em um atendimento de saúde.

Saúde física e transtornos do sono

- É possível que adolescentes se queixem de dores osteomusculares, que podem estar relacionadas ao uso de mídias digitais: dores nos polegares, nos ombros e nas colunas cervical e lombar. A adoção de posturas inadequadas comumente utilizadas para manusear os dispositivos eletrônicos, principalmente celulares e *tablets*, por longos períodos de tempo, podem causar lesões como tendinites e síndromes miofasciais.
- Queixas de ardência nos olhos, hiperemia e irritabilidade também podem existir.
- É frequente que adolescentes e jovens alterem seus hábitos de sono em consequência do uso de dispositivos eletrônicos: vão para a cama, mas postergam o horário de dormir e despertam no meio da madrugada para acessar as redes sociais. Situações como essas, em que há pouco tempo de sono, interrupções e fragmentações de suas fases e sono superficial, configuram um sono de baixa qualidade e não reparador, sendo comuns as queixas psíquicas e somáticas decorrentes dessa questão. Adolescentes e jovens cansados(as), sonolentos(as) durante o dia e desatentos na escola e/ou no trabalho podem desenvolver transtornos físicos e psíquicos em função da privação crônica de sono.

O que fazer?

Para abordar aspectos da saúde digital com adolescentes e jovens, é importante que os(as) profissionais de saúde possam escutá-los(as), à semelhança de qualquer outra questão relevante nessa faixa etária. Compreender como eles usam os dispositivos eletrônicos e de que maneira participam das redes sociais é de fundamental importância. Conversas sobre o tempo de acesso, o conteúdo de páginas, sites, séries e vídeos a que eles gostam de assistir podem servir como disparadores para discussões e problematizações a respeito do tipo de uso da internet, possibilitando também entender como são as amizades e os relacionamentos virtuais e reais que eles mantêm. Ou seja, escutar o(a) adolescente atentamente, com interesse real sobre sua rotina, seus hábitos e suas angústias, é fundamental para se identificar problemas relacionados ao mundo virtual.

É interessante que o(a) profissional de saúde esteja atualizado(a) e informado(a) sobre as formas de segurança no uso de serviços *on-line*, aplicativos e privacidade de dados para poderem ajudar e orientar adolescentes e jovens. Para tal, sugerimos a leitura da Cartilha de Segurança na Internet (<http://cartilha.cert.br/cc/>) apresentada no item 8.2, *Publicações recomendadas que orientam o trabalho com adolescentes e jovens*.

A diferença geracional entre profissionais de saúde e adolescentes e jovens pode ser um obstáculo em relação à abordagem do mundo virtual, já que os(as) adultos(as) de hoje não cresceram e tampouco foram socializados(as) na internet. Assim, pode-se incorrer no erro de minimizar o impacto que as mídias têm sobre as novas gerações, ao aconselhar adolescentes e jovens a “desconectarem-se” ou saírem das redes sociais, sem compreender que elas fazem parte de suas vidas e os definem como indivíduos e grupos identitários. É comum que adolescentes estejam conectados à internet boa parte do seu tempo, pois, geralmente, é por meio dela que terão participações social, acadêmica e até profissional. Portanto, sugerir que se desconectem das redes sociais e dos meios de comunicação *on-line* pode inviabilizar muitas de suas atividades. Um caminho mais legítimo, nesse sentido, seria buscar, junto com eles(as), dificuldades e prejuízos que podem estar gerando à sua saúde, e maneiras de minimizá-los sem prejudicar aspectos relevantes do uso dessas mídias.

Para adolescentes que sofrem com dores osteomusculares e distúrbios do sono, vale a pena construir junto com eles(as) soluções plausíveis, que possam executar, por meio de estratégias para melhorar as posições ao utilizarem os dispositivos eletrônicos, abordar o tempo despendido na internet e conversar sobre atividade física e estilo de vida e possibilidades de mudanças.

É importante ressaltar que nem sempre adolescentes e jovens vão relacionar os efeitos nocivos do uso das redes sociais aos sintomas e queixas que dizem sofrer, daí a necessidade de propostas de um atendimento em saúde que possa emancipá-los, para que, juntos, profissionais e usuários(as) busquem os instrumentos necessários para construir seus projetos de felicidade.

5.10 Sonhos e planos para o futuro

As crianças são objetos de vários projetos e planos, por parte de seus pais e de suas famílias e também da sociedade e do Estado, inclusive das políticas de saúde. À medida que se tornam adultos, seus próprios desejos, sonhos, projetos e planos para o futuro adquirem mais elaboração e significância, sendo parte da construção do protagonismo e da subjetividade de cada pessoa e uma parte essencial da formação de cidadãos.

Sonhos e planos sempre envolvem uma dimensão coletiva: a pessoa que se projeta no futuro geralmente idealiza nele as mudanças que quer para o mundo, inclusive em relação a outras pessoas. Por isso, conhecer os sonhos e planos dos(as) adolescentes é também uma boa maneira de compreender o mundo em que vivem e as relações nas quais são envolvidos(as).

Para conseguir superar algumas situações complexas envolvendo adolescentes e jovens, muitas vezes profissionais de saúde precisam ajudar esses grupos a refletir sobre seus sonhos e planos para o futuro, resgatar aspirações e projetos frustrados ou abandonados ou ajudá-los a encontrar novas perspectivas diante de obstáculos (NASSER; FIORONI; AYRES, 2018). De modo geral, procurar ajudar adolescentes e jovens a formular e expressar seus sonhos e planos para o futuro pode ser um passo importante para melhorar o vínculo, a adesão e a participação deles(as) nos serviços de saúde.

De fato, não podemos esperar que todos(as) os(as) adolescentes e jovens com quem conversamos já tenham sonhos e projetos, ou que sejam bem planejados, definidos e realistas. Nenhum ser humano funciona de modo tão racional! E ainda bem, pois enquanto estivermos vivos, sempre surgem oportunidades e obstáculos imprevistos que nos obrigam a mudar os nossos planos e redefinir nossos objetivos. Adolescentes e jovens, muitas vezes, têm uma experiência pouco ampla da vida, o que implica que ainda vão descobrir muitas coisas, praticar novas atividades, conhecer pessoas, o que poderá contribuir para a redefinição de seus gostos e projetos. Portanto, fechar-se, desde cedo, em um determinado projeto pode representar duas perdas: de abertura para o mundo e de oportunidade de se conhecer melhor.

Frente a adolescentes e jovens com projetos muito definidos e definitivos, pode valer a pena se perguntar em que medida estes realmente lhes pertencem e correspondem aos seus próprios sonhos ou se são projetos elaborados para eles(as) por outras pessoas (por exemplo, pais ou familiares). Entretanto, a situação oposta é bastante frequente em serviços de saúde: a de adolescentes e jovens que parecem incapazes de sonhar, de imaginar uma vida melhor. Por exemplo, profissionais de saúde, muitas vezes, se sentem impotentes frente a jovens que já não acreditam que estudar pode lhes trazer melhores oportunidades profissionais ou ainda adolescentes que sonham “apenas” em engravidar, o que pode estar relacionado à expectativa de mudança de sua condição de vida, incluindo aceitação social – ou mesmo a um sonho de ter algo só seu, possível e plausível em seu meio.

Aqui convém questionar a diferença de classe e de meio social que separa os(as) profissionais de saúde de muitas pessoas das comunidades que atendem. As oportunidades de estudo e de sucesso profissional não são igualmente distribuídas em nossa sociedade. Não existem vagas em faculdade, nem de emprego qualificado em número suficiente para contemplar todos(as) os(as) adolescentes e jovens do Brasil: enquanto essa organização social não for profundamente transformada, é inevitável que um grande número de pessoas fique excluído da possibilidade de concretizar qualquer sonho de uma vida diferente. Como essas vagas têm distribuição desigual, existem comunidades inteiras para as quais o caminho dos estudos e do sucesso profissional (entre outros) parece uma utopia.

O que fazer?

Os sonhos de adolescentes e jovens devem interessar a profissionais de saúde por poderem ser fios condutores para que as propostas de cuidado possam ser construídas entre os sujeitos adolescentes e jovens e os(as) profissionais de saúde. Na área de saúde, gestores, gerentes e profissionais dos serviços têm o compromisso de atingir melhores indicadores, como a diminuição de taxas de adoecimento por causas evitáveis (IST são emblemáticas), gestação na adolescência, mortalidade por causas externas, entre outras. É muito importante que tenhamos essas metas. Entretanto, a simples tradução dessas metas em orientações para a vida de adolescentes e jovens faz pouco ou nenhum sentido. É importante que haja identificação de horizontes para que o cuidado aconteça. Assim, buscar conhecer os seus sonhos é um modo de poder pensar junto com eles como essas aspirações podem ser viáveis, que pedras existem no caminho, quais as possibilidades de percurso (NASSER; FIORONI; AYRES, 2018). Na seção 6, traremos atividades sugeridas para trabalhar com sonhos e planos de adolescentes nos serviços de saúde.

Trabalhar com adolescentes e jovens sobre seus sonhos e planos para o futuro permite esclarecer a diferença e complementaridade entre ações de *promoção da saúde* e de *prevenção dos agravos*. Considerando, por exemplo, o problema típico da adesão de adolescentes e jovens portadores do HIV ao tratamento antirretroviral, uma aproximação estritamente preventiva consistiria em lhes fornecer exemplos e informações necessárias para que compreendam que, se não tomarem seus remédios de maneira regular, conforme prescrito, poderão sofrer uma degradação de suas condições de saúde e de sua qualidade de vida. Entretanto, se trabalharmos com eles(as) ampliar suas oportunidades de lazer, de viajar, de estudar, e/ou de descobrir o tipo de profissão que gostariam de exercer –, então eles(as) poderão construir planos e sonhos que lhes deem motivos para quererem alcançar ou conservar uma saúde melhor (necessária para poder estudar, se divertir, viajar, trabalhar, etc.). Assim, ações de promoção da saúde, que almejam a qualidade de vida como um todo, também fazem com que ações preventivas focadas em agravos específicos tenham mais sentido para as pessoas almejadas e, assim, encontrem mais sucesso prático.

Um primeiro passo imprescindível para trabalhar esse assunto com adolescentes e jovens é compreender que, por trás da aparente descrença, desilusão ou falta de ambição de adolescentes e jovens para o seu futuro, existem geralmente experiências e percepções objetivas de obstáculos concretos: por isso, uma dificuldade em sonhar e se projetar no futuro deve ser compreendida como algo razoável, considerando o contexto em que vive a pessoa. Muitas vezes, a própria família e comunidade já educam “preventivamente” seus filhos e suas filhas para que não tenham sonhos que não poderiam realizar, como uma maneira de “sabedoria” necessária para alcançar alguma forma de felicidade em contextos sociais desfavorecidos.

Portanto, promover expectativas de mudança sem refletir sobre sua factibilidade é, no mínimo, arriscado e pode até ser cruel. O melhor modo de ajudar adolescentes e jovens a sonharem e planejarem o seu futuro é quando somos capazes de construir com eles, ao mesmo tempo, mudanças reais nas comunidades onde vivem, através de projetos sociais capazes de gerar oportunidades ou superar obstáculos presentes nos contextos em que vivem. Muitas vezes, sonhos nascem depois da

constatação prática da possibilidade de mudar o mundo, e não o contrário. Tanto os sonhos como os planos não precisam ser de longo prazo; como já mencionado, mudam muito ao longo da vida, particularmente em uma fase como a adolescência e a juventude. Ao contrário, sugere-se propor que adolescentes e jovens falem de sonhos para o futuro próximo, como o que querem fazer no fim de semana, nas férias, no ano escolar que se inicia. Outra recomendação, nesse âmbito, é a possibilidade de expressar seus sonhos no que diz respeito ao futuro do mundo, da sociedade como um todo, da sua comunidade e família, em vez de abordar diretamente seus sonhos e planos pessoais: isso pode facilitar as coisas para muitos(as) adolescentes e jovens que encontram dificuldades para se projetarem pessoalmente no futuro.

A principal dificuldade, do ponto de vista de profissionais de saúde, para trabalhar o assunto dos sonhos e planos para o futuro com adolescentes e jovens, é reconhecer que nem todos podem, ou querem, sonhar aquilo que nós sonhamos para nós mesmos. Pode ser difícil reconhecer que algumas pessoas carecem das oportunidades, dos recursos, da resiliência ou da sorte que nós mesmos tivemos em nossas vidas, porque isso pode soar como se nós não merecêssemos o que conseguimos alcançar. Alternativamente, pode ser difícil reconhecer a validade de um sonho que não valorizamos pessoalmente, inclusive porque isso pode questionar algumas escolhas que fizemos ao longo da vida.

5.11 Estudos e formação

A oferta da educação passou por alterações significativas a partir dos anos 1990 no Brasil. Houve a universalização do ensino fundamental e o crescimento do ensino médio e do ensino superior (ANDRADE; DACHS, 2008). Hoje, os estudos e a formação são colocados como prioridade nas primeiras décadas da vida e como imprescindíveis para a construção de um futuro melhor. A educação é entendida como um processo de formação humana que constitui a pessoa e configura sua realidade. Ela está sempre voltada para um horizonte, preparando os indivíduos para fins específicos e principalmente para desempenharem funções de trabalho.

No Brasil, adolescentes passam aproximadamente 4h30m por dia na escola. O artigo 53 do ECA diz que:

[...] a criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho, assegurando-se-lhes: igualdade de condições para o acesso e permanência na escola; direito de ser respeitado por seus educadores; direito de contestar critérios avaliativos, podendo recorrer às instâncias escolares superiores; direito de organização e participação em entidades estudantis e acesso à escola pública e gratuita próxima de sua residência. (BRASIL, 1990a).

Embora se tenha reconhecida a prioridade absoluta e a garantia desse direito para as crianças e os adolescentes, segundo levantamento feito pelo Todos Pela Educação com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (IBGE, 2017), 2,5 milhões de crianças e jovens estão fora da escola. Além disso, 41,5% dos(as) adolescentes não concluem o ensino médio até os 19 anos. Esses números são o reflexo da alta desigualdade social e econômica brasileira: o sistema educacional, principalmente no ensino médio, é excludente e desigual. Quando levados em conta critérios como renda, raça/cor e região do país, os números mostram as grandes disparidades.

No ensino superior, o acesso à educação é ainda mais limitado: apesar de a formação em ensino superior estar em crescente valorização no Brasil, resultados da PNAD de 2016 apontaram que

apenas 15,3% dos brasileiros tinham ensino superior completo. Apesar de baixo, esse é um número que está em constante crescimento, resultado de esforços para a redução da desigualdade social e para a ascensão socioeconômica dos brasileiros. Ações como o Sistema de Seleção Unificado (Sisu), o Financiamento Estudantil (FIES) e políticas afirmativas e reparativas, como a adoção do sistema de cotas, viabilizam cursos de nível superior para um maior número de cidadãos.

A educação e a saúde são políticas sociais fundamentais profundamente entrelaçadas e se conectam em via de mão dupla. Indicadores de saúde melhoram com a escolarização, e boa saúde melhora o desempenho em tarefas escolares. As regiões do país com indicadores educacionais e sociais baixos enfrentam maiores taxas de mortalidade infantil e menor expectativa de vida. Apesar dessa correlação, colocar em prática ações intersetoriais entre educação e saúde representa um desafio, dadas as singularidades no processo de trabalho, nas demandas e na disponibilidade desses setores.

Por outro lado, a relação entre educação e saúde já gerou resultados negativos. De forma cada vez mais frequente, as escolas e os serviços de saúde que recebem queixas escolares relacionam a problemas neurológicos ou psicológicos as dificuldades em aprender e se comportar da maneira considerada adequada. Alunos que não desempenham da maneira esperada os pré-requisitos para a aprendizagem, como a utilização de estratégias cognitivas, a percepção e o processamento de informações, a habilidade motora, a atenção, a linguagem, o raciocínio matemático e as habilidades sociais, são comumente encaminhados para serviços de saúde com base na consideração de que teriam doenças. Esse processo, chamado de medicalização, é extremamente negativo, pois atribui ao indivíduo dificuldades e problemas, muitas vezes, provenientes do sistema educacional e da sociedade (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2013). Atualmente, pesam muitas controvérsias sobre a existência de patologias como o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e a dislexia, envolvendo correntes científicas, teorias pedagógicas, laboratórios, sociedades de especialistas e movimentos sociais (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2013)

É importante encontrar maneiras de viabilizar o bom diálogo e a construção de ações relevantes entre os serviços de saúde e os de formação, pois a educação pode contribuir de maneira excepcional para o processo de formação do indivíduo. Ela deve fornecer uma perspectiva integral, tornando-o capaz de pensar com lógica e ter autonomia moral, transformando-se em um cidadão. Construí-la e promovê-la é um processo contínuo que deve acontecer não só no ambiente escolar e de formação, mas também fora dele.

O que fazer?

A baixa escolaridade está relacionada a situações de vulnerabilidade e reflete diretamente na situação de saúde dos indivíduos. Na relação entre saúde e instituições de ensino, surge a possibilidade de desenvolver novas e efetivas maneiras de enfrentar problemas que afetam os dois setores. Ações intersetoriais são potentes e devem ser desenvolvidas com o envolvimento de estudantes, trabalhadores da educação, comunidade escolar, órgãos governamentais de educação, gestores de sistemas de saúde e educação, movimentos sociais, associações, famílias e toda a população.

Dentre as possibilidades de ações de nível coletivo, as escolas e demais instituições de ensino são ambientes ideais para a realização de atividades de educação, prevenção e promoção da saúde com adolescentes e jovens, uma vez que passam grande parte do tempo nessas instituições. Tentativas de parcerias entre instituições de ensino e serviços de saúde são potentes e devem ser incentivadas e construídas com vistas a apoiar ambas as instituições em seus objetivos e em suas dificuldades com regularidade e foco em ações duradouras no longo prazo, e não apenas em ações específicas. É comum que instituições de ensino demandem, dada a complexidade dos temas, profissionais de

saúde nas discussões e ações de enfrentamento em saúde, como sexualidade e consumo de drogas. É interessante se aproximar dessas discussões, mas também apresentar concepções ampliadas de saúde a alunos(as), professores e funcionários(as).

Formação e educação deve ser um tema presente ao atender individualmente adolescentes e jovens. É importante entender seu contexto e sua perspectiva, incluindo-se suas motivações, medos, desejos, emoções, sonhos e projetos para a vida. Compreender os desejos e as ambições de adolescentes e jovens para a formação e os estudos é fundamental para a construção de um PTS efetivo e pode favorecer a adesão a tratamentos e diminuir a exposição a situações de risco ou contribuir para sua superação. Além disso, algumas demandas de saúde podem ter origem no ambiente escolar através da relação com outros alunos e professores ou com o processo de aprendizado em si, sendo necessário entender a relação e as experiências de cada indivíduo com a escola. Entender essa relação é indispensável para os casos de queixas escolares, uma vez que, em grande parte das vezes, não representam um problema médicos, e sim problemas em como o processo de ensino tem acontecido.

5.12 Trabalho e renda

Entrar no mercado de trabalho é um passo considerado importante rumo ao mundo adulto e se faz um marco na vida dos indivíduos. No Brasil e no mundo, é comum que esse evento aconteça durante a adolescência e juventude: de acordo com o estudo de Venturi e Torini, “a maioria dos jovens brasileiros de 15 a 29 anos está trabalhando ou procurando trabalho”, e o crescimento da proporção de jovens que estuda nas últimas décadas não alterou essa tendência (VENTURI; TORINI; ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2014, p. 51). Longe de uma trajetória linear levando do estudo ao trabalho formal, observa-se que adolescentes e jovens brasileiros(as) costumam seguir trajetórias muito variadas onde alternam momentos de estudos, de trabalho e/ou consagrados aos cuidados familiares (sobretudo entre as mulheres). Muitos(as) adolescentes e jovens começam a trabalhar ainda durante o ensino médio, antes dos 17 anos, por uma necessidade de complementar a renda familiar, devido à busca pela independência financeira, ou para poder financiar seus estudos.

Independente do motivo que leva adolescentes e jovens a procurarem atividades remuneradas, existem evidências de que o trabalho infantil reduz tanto a qualidade do aprendizado como a quantidade de anos de estudo. Dados da PNAD (IBGE, 2017) mostram que enquanto pessoas analfabetas em média começaram a trabalhar com aproximadamente 12 anos de idade, os diplomados em nível superior ingressaram nas atividades laborais, em média, entre 17 e 18 anos de idade. O nível de renda familiar é o fator determinante para o ingresso em idade inoportuna dessa faixa da população nas atividades econômicas. Além disso, muitos adolescentes e jovens trabalham em condições precárias, e poucos conhecem seus direitos trabalhistas ou os serviços assistenciais que poderiam apoiá-los (VENTURI; TORINI; ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2014).

O artigo 60 do ECA proíbe “qualquer trabalho a menores de quatorze anos de idade, salvo na condição de aprendiz” (BRASIL, 1990a). No artigo 62 desse estatuto, “Considera-se aprendizagem a formação técnico-profissional ministrada segundo as diretrizes e bases da legislação de educação em vigor”. Segundo a lei, adolescentes têm direito à profissionalização e à proteção no trabalho. Contudo, para que ingressem nos programas que cumpram essas exigências, devem apresentar a escolaridade mínima requisitada.

Devido às condições socioeconômicas de parte da sociedade e às limitadas oportunidades para a profissionalização a depender da região onde residem, nem todos(as) os(as) adolescentes têm escolaridade no nível de inserção nos programas sociais de incentivo ao trabalho promovidos pelo governo federal e nos âmbitos estadual e municipal. Para esses(as) adolescentes que, no geral, se encontram em uma situação de vulnerabilidade, resta a possibilidade de exercer atividades remuneradas em trabalhos informais, como na pecuária e lavoura, altamente comuns em zonas rurais. A busca por retorno financeiro pode sujeitar adolescentes e jovens a atividades de exploração e/ou ilícitas, como a prostituição e o tráfico de drogas, expondo-os frequentemente a riscos e ameaças. Atividades informais, independentemente do tipo, de forma geral, não respeitam os principais fundamentos de proteção do trabalho da criança e do adolescente.

Segundo o ECA (BRASIL, 1990a), os principais fundamentos da proteção do trabalho para menores de 18 anos de idade são de ordem cultural (devem poder estudar e receber instruções), moral (devem ser proibidos de trabalhar em locais que prejudiquem sua moralidade), fisiológica (não devem trabalhar em locais insalubres, penosos ou perigosos e à noite para que possam se desenvolver de maneira normal) e de segurança (devem ser resguardados com normas de proteção para que se evitem acidentes de trabalho).

Para além das atividades remuneradas, são de igual relevância para a saúde e o desenvolvimento de adolescentes e jovens os trabalhos que exercem sem fins lucrativos. As tarefas domésticas e o cuidado para com crianças e (outros) adolescentes, embora tenham um papel essencial na educação para a autonomia, podem gerar impactos quando impedem dedicação aos estudos e a outras atividades, inclusive de lazer – isso ocorre com frequência em famílias onde condições econômicas e normas de gênero fazem com que as mulheres sejam, desde jovens, responsabilizadas pela resposta às necessidades dos outros membros da família. Tanto atividades com fins lucrativos quanto atividades não remuneradas geralmente não reverberam de forma negativa nas vidas de jovens e adolescentes de famílias com posição socioeconômica mais elevada, o que acarreta frequentes incompreensões acerca da necessidade da regulamentação do trabalho infantil pelo ECA (BRASIL, 1990a).

O trabalho pode influenciar diretamente em condições individuais de saúde e, em adolescentes e jovens, pode representar riscos para a saúde no longo prazo. Isso reforça a importância de ações de *saúde do trabalhador*, que têm como foco realizar mudanças nos processos de trabalho. Prescritas na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2016) e regulamentadas pela Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990b), a execução das ações voltadas para a saúde dos(as) trabalhadores(as) é atribuição do SUS. Além da rede pública de serviços de saúde, que presta atendimento a trabalhadores, compõe a rede os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), que desempenham ações de prevenção e vigilância a nível estadual e regional.

É comum que o trabalho tenha um lugar importante no planejamento do futuro de adolescentes e jovens. Mesmo assim, é importante garantir que, independentemente das motivações para o ingresso no mercado de trabalho e/ou outro tipo de atividade que possam exercer, o trabalho não dificulte para adolescentes e jovens a efetivação dos direitos referentes à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

O que fazer?

Uma vez que o trabalho e as atividades remuneradas podem estar relacionados a situações de vulnerabilidades socioeconômicas e riscos à saúde, este deve ser um tema abordado no atendimento a adolescentes e jovens. É importante entender qual a origem de seu dinheiro: se recebem algum tipo de auxílio parental/familiar ou de algum relacionamento amoroso ou se desenvolvem algum

tipo de atividade lucrativa. É importante estar atento aos riscos de exploração, violência e falta de emancipação quando a obtenção de dinheiro está associada a algum auxílio parental/familiar, mas principalmente se é proveniente de algum(a) namorado(a) ou companheiro(a). Nos casos de atividades com fins lucrativos, é importante entender o motivo por trás do trabalho ou da vontade de trabalhar. Um dos mais comuns é a busca pela independência financeira, que pode denunciar um problema nas relações familiares. Outro motivo comum e crítico é a necessidade de complementar a renda familiar.

É importante abordar também qual tipo de trabalho esse(a) adolescente está considerando desempenhar ou desempenha, incentivar que a entrada no mercado de trabalho aconteça seguindo os parâmetros dispostos nas leis de proteção à adolescência, e favorecer o seu conhecimento dos seus direitos no âmbito do trabalho. Atualmente, vários programas brasileiros intermedeiam a entrada de jovens no mercado de trabalho. Os mais conhecidos são o Programa Jovem Aprendiz, o Aprendiz Legal e o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (Pro-Jovem). Além desses programas, é possível, em empresas privadas, encontrar oportunidades de inserção de adolescentes e jovens no mercado de trabalho através de programas de estágios e *trainees* para aqueles que estejam cursando o ensino técnico ou superior.

Com adolescentes e jovens que já se encontram no mercado de trabalho, é importante abordar seus direitos, bem como maneiras de preservar sua integridade física e moral no ambiente de trabalho e recursos aos quais podem recorrer caso passem por problemas. É importante que os(as) profissionais estejam preparados(as) para receber e identificar demandas provenientes do trabalho, tendo conhecimento dos principais fatores agravantes e de proteção da saúde dos(as) trabalhadores(as).

É importante que o tema seja abordado, antes mesmo de o(a) adolescente demonstrar interesse, discutindo o que o trabalho representa, sua importância e como ele permeia a vida, preconizando sempre que o trabalho, independentemente do tipo, não deve impedir que esse(a) adolescente tenha tempo suficiente para estudar, descansar e desempenhar atividades de lazer, explicando a importância dessas atividades para sua saúde e o seu desenvolvimento.

6 Temas e atividades sugeridas para o trabalho com adolescentes e jovens

Quais temas trabalhar prioritariamente com adolescentes e jovens? A melhor resposta a essa questão é aquela que leva em consideração um **levantamento de suas necessidades**. Dependerá do contexto e será mais bem realizado se for de maneira participativa, com a colaboração dos(as) próprios(as) adolescentes e jovens, assim como de outros atores das suas comunidades.

Uma forma de conhecer suas necessidades pode ser por meio de caixas onde adolescentes e jovens podem deixar bilhetes com suas dúvidas ou temas de interesse. As caixas podem ser espalhadas pelo serviço, deixadas na sala onde ocorre o acolhimento de adolescentes e jovens ou ainda levadas a serviços e equipamentos parceiros (escolas, centros comunitários, clubes esportivos, etc.). No lugar da caixa, podemos utilizar uma dinâmica para tornar o levantamento mais participativo: por exemplo, podem-se inserir os papéis com as questões dos(as) adolescentes e jovens em balões (podem ser bexigas ou preservativos vencidos) e organizar um jogo em que estes devem ser jogados, embaralhados no ar e estourados para revelar as perguntas. O grupo pode então escolher, entre as perguntas assim “sorteadas”, quais serão trabalhadas com prioridade nos próximos encontros.

Podemos classificar os temas tipicamente abordados no trabalho em saúde com adolescentes e jovens em quatro categorias:

1. Temas como prevenção das IST e da aids, da gravidez na adolescência e do uso de drogas, assim como o da alimentação se for muito focado na prevenção da obesidade são geralmente tratados com “ênfase nas atividades de controle, nos traços negativos que caracterizariam esse grupo e, conseqüentemente, produzem resistências e poucas vezes têm boa aceitação pelo grupo” (AYRES et al., 2012, p. 14). Isso não significa que esses temas não devam ser abordados, pois dizem respeito a questões importantes para a saúde de adolescentes e jovens. Entretanto, é preciso romper com essa tendência e adotar abordagens mais produtivas, que rompam com a tendência ao controle e à estigmatização.
2. Uma segunda categoria de temas típicos refere-se à inserção de adolescentes e jovens no mundo adulto, enfocando “as dificuldades de adaptação na escola, os desafios da relação ensino-aprendizagem, assim como os dilemas do primeiro emprego” (AYRES et al., 2012, p. 14). Com esses temas, é preciso tomar cuidado para não responsabilizar os indivíduos “em detrimento dos aspectos sociais que determinam as condições de vida e saúde” (AYRES et al., 2012, p. 14).
3. Educação, direitos, projeto de vida, trabalho, corpo, esportes e cultura formam outro conjunto de temas igualmente importante para o trabalho em saúde, que precisa ser abordado de uma maneira que rompa com a “ideia de compensação e salvação” (AYRES et al., 2012, p. 14).
4. Enfim, atividades culturais, artísticas e esportivas ainda são pouco estimuladas no âmbito do trabalho em saúde, embora ofereçam “uma grande oportunidade de articulação intersetorial” (AYRES et al., 2012, p. 14). Podem-se acrescentar, na lista de temas a serem mais explorados, as relações sociais de raça e de gênero (em termos de diversidades e de desigualdades); a religiosidade e as religiões; as diversas formas de violência, de preconceito e de discriminação; a saúde mental; a relação com o corpo; o próprio tema da adolescência e da juventude; entre outros. Neste âmbito, a criatividade é mais do que bem-vinda, pois abordar um tema inédito torna as relações entre profissionais e participantes mais genuínas e horizontais, na medida em que ambos têm algo a aprender sobre o assunto elencado.

No início de todas as atividades, é imprescindível a **afirmação do sigilo e da confidencialidade** entre profissionais facilitadores e participantes – adolescentes, jovens, familiares, responsáveis e/ou amigos. Costumamos apresentar esse momento como um “contrato”, para destacar a seriedade das intenções. Nesse momento, é necessário discutir o que será feito caso seja percebido que um(a) adolescente ou jovem está em risco. Merece atenção particular o caso de adolescentes menores de 18 anos, em que profissionais de saúde tendem a realizar quebras de sigilo por desconhecimento da legislação vigente. Recomendamos que os(as) profissionais envolvam os(as) adolescentes e jovens na reflexão sobre os procedimentos mais adequados em caso de necessidade de quebra de sigilo. Se chegarem à conclusão da necessidade de, em alguns casos, procurar o apoio de pais, familiares ou responsáveis, revelando o assunto para eles(as), recomendamos que isso seja feito com o consentimento dos(as) adolescentes e jovens e de modo planejado e articulado entre eles(as) e os(as) profissionais. Por exemplo, é possível combinar que o(a) próprio(a) adolescente (ou jovem) revele a situação, entre aquele encontro e o próximo, ou optar por contar a situação junto com o profissional de saúde, para receber o seu apoio. Não é desejável que o profissional fale diretamente com os pais, familiares ou responsáveis sem o consentimento dos(as) adolescentes (ou jovens) e/ou sem a presença deles(as).

Esse “contrato” pode incluir outros compromissos para além do sigilo e da confidencialidade. Isso é particularmente importante no caso das atividades em grupo, em que os(as) facilitadores(as) podem perguntar a adolescentes e jovens quais são os compromissos importantes para aquele grupo em específico. Lembramos que, muitas vezes, eles(as) moram no mesmo bairro ou frequentam a mesma escola. Assim, para fazer do grupo um espaço de cuidado mútuo, protegido e seguro, é relevante incluir o respeito ao outro (não xingar, ofender ou julgar) e à sua palavra (não interromper, não invalidar), combinar que todas as dúvidas e perguntas são válidas e que as informações trazidas por cada membro não podem ser compartilhadas fora dos limites daquela atividade em grupo.

6.1 Aspectos relevantes nos encontros, nas consultas e nos atendimentos individuais

- A consulta é do(a) adolescente ou do(a) jovem. Mesmo quando comparecem em serviços de saúde a pedido de outras pessoas (pais, familiares, responsáveis, namorado(a), cônjuge, etc.) ou instituições (escola, serviço judiciário ou de assistência social, ONG, etc.), é essencial que tanto serviços quanto profissionais de saúde não atendam esses(as) adolescentes e jovens apenas a partir da demanda ou queixa levantada por essa terceira pessoa. Sempre deve haver pelo menos um momento durante o encontro com o(a) adolescente ou jovem em que a terceira pessoa não esteja presente e que seja dedicado exclusivamente às suas próprias demandas e necessidades, mesmo que existam eventuais conflitos com as demandas e necessidades trazidas por outros. Em tais situações, deve-se, inclusive, perguntar para os(as) adolescentes e jovens o que eles(as) acham das declarações, queixas ou demandas feitas a respeito deles(as) pelas outras pessoas e procurar entender como a situação se apresenta *do ponto de vista daquele(a) adolescente ou jovem*. Em efeito, uma relação de cuidado produtiva somente pode ser estabelecida a partir do reconhecimento dos(as) adolescentes e jovens como sujeitos protagonistas do seu próprio cuidado, e não como objetos das preocupações dos outros.

- Escuta atenta e qualificada. A escuta nunca é uma atividade passiva. Envolve sempre alguma forma de resposta, começando sempre com uma atitude receptiva, de reconhecimento e validação da experiência do outro. Uma escuta sensível às necessidades de adolescentes e jovens envolve, por um lado, recursos e competências comuns à escuta de qualquer outro público, como a suspensão do julgamento, a busca por compreensão empática (tentar entender o que é importante *do ponto de*

vista do outro), o reconhecimento das emoções expressadas ou ainda a capacidade de realizar uma devolutiva do que foi ouvido que ajude a pensar nas implicações junto com a pessoa escutada. Outra parte das competências necessárias envolve conhecimentos específicos que podem depender da experiência pessoal de cada profissional ou serem promovidos através de treinamentos e capacitações. Deste modo, além de suas prerrogativas e competências como médico(a), enfermeiro(a), agente comunitário(a), psicólogo(a), etc., alguns profissionais terão um conhecimento aprofundado de um dado setor das políticas públicas, outros são particularmente competentes para escutar pessoas em determinada situação (questões trabalhistas, adolescentes grávidas, pessoas em situação de violência, em conflitos com a lei, etc.), outros têm um conhecimento aprofundado da vida em uma dada comunidade, outros são mais sensibilizados a uma forma particular de desigualdade e discriminação social, etc. O importante aqui é poder reconhecer os próprios limites e buscar articulações para aproveitar a complementaridade das competências de escuta de cada um(a). Com efeito, em qualquer atividade de escuta, uma parte do que é dito não consegue ser ouvido pela falta dos conhecimentos necessários. Isso é normal, e só pode ser enfrentado com o tempo, o desenvolvimento da relação de cuidado e a aquisição de experiência do profissional e, sobretudo, com o compartilhamento do cuidado de cada caso em articulação no âmbito da equipe e das redes de apoio.

- A saúde deve ser trabalhada de forma integral. Apesar de serem, no geral, a origem da busca por um serviço de saúde, as pessoas não se limitam a expressões de doenças e, por isso, não é ideal apegar-se somente aos aspectos biomédicos tradicionais. As ações para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde devem considerar a importância e repercussão das condições biológicas, psicológicas, sociais, ambientais e políticas na vida e, conseqüentemente, na saúde de adolescentes e jovens. É fundamental trabalhar para instituir uma clínica ampliada, com diálogo profundo visando a uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. É importante, com perguntas, estimular que questões temáticas como as condições de vida, a configuração familiar, a rotina e outros fatores singulares desse(a) adolescente ou jovem sejam compartilhados. Todas as queixas, mesmo que não pareçam ter relação direta com um agravo, tratamento e/ou especialidades de saúde, devem ser acolhidas e consideradas. Entretanto, para além da escuta, o sucesso da prática exige a criação de vínculo entre profissional e usuário, a articulação e inclusão de diferentes enfoques e disciplinas na construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas incluindo outros profissionais e até outros setores, responsáveis e o(a) próprio(a) adolescente ou jovem.

- Ao longo dos encontros de cuidado, é desejável considerar ensinamentos e propostas para que o(a) adolescente ou jovem seja o(a) principal orientador(a) do caminho para o seu cuidado, como a construção de um PTS. O processo de decisões terapêuticas deve incluir o(a) adolescente e jovem. O PTS é construído com base em propostas e condutas terapêuticas articuladas em decisões coletivas e interdisciplinares. Todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definir as propostas de ações. Nesse processo, o(a) adolescente e jovem não pode ser apenas um sujeito passivo. É necessário garantir que ele(a) esteja compreendendo sua situação clínica e tornar o ambiente seguro para que ele(a) também possa ter voz ativa. Incluir as opiniões e ideias do(a) adolescente e jovem promove autonomia e fortalecimento do sujeito enquanto protagonista de sua vida. Além disso, incluir o(a) usuário(a) nessa decisão propicia a adesão a tratamentos, pois será construído de uma forma que melhor se encaixe na rotina, nas crenças e nas aspirações desse(a) adolescente e jovem.

Fases da consulta com adolescentes e jovens

Daremos aqui destaque a adolescentes, dadas as particularidades para as consultas, por terem entre 12 e 18 anos, do ponto de vista da ética e das normas que influenciarão o cuidado. No caso de jovens, essas orientações seguem valendo, mas a necessidade de as apontarmos vão diminuindo, conforme ganham autonomia pela própria faixa etária.

Contato inicial, apresentações, explicação do objetivo da consulta, estabelecimento do contrato de sigilo e confidencialidade: chamar o(a) adolescente – junto com quem ele(a) quiser entrar; apresentar-se e ouvir a apresentação do(a) adolescente e seu acompanhante; caso seja a mãe, o pai ou outro responsável, acolher suas preocupações iniciais; fazer o contrato na presença da mãe, do pai ou dos responsáveis.

Não há regras rígidas quanto a atender o(a) adolescente com ou sem seus pais ou responsáveis, mas recomendamos que a busca pela autonomia do(a) adolescente guie essa decisão. Sendo assim, sugerimos que, após o momento inicial de apresentação, o(a) profissional solicite a pais ou responsáveis que se retirem do consultório e aguardem na sala de espera. É importante informar a eles que, no caso de percepção de necessidade de apoio, serão chamados ao fim da consulta.

Identificação de necessidades: esse passo requer a adoção da atitude de acolhimento e a prática da escuta qualificada. É também possível lançar mão de instrumentos para favorecer a interação entre adolescentes, jovens e profissionais de saúde, bem como para facilitar a emergência de percepções sobre saúde, queixas e vulnerabilidades. Um exemplo é a utilização de fichas destinadas a ser preenchidas individualmente pelos adolescentes com depoimentos pessoais, como a *Ficha Vida e Cuidado com a Saúde*, do PASA (AYRES et al., 2012; NASSER; FIORONI; AYRES, 2018).

Desenvolvimento, incluindo exame e procedimentos: serão próprios de cada tipo de consulta, bem como da área de cada tipo de profissional. Chamamos apenas a atenção para não haver necessidade de, em um primeiro encontro, dar conta de tudo, mas ir construindo com os(as) adolescentes as possibilidades que fazem sentido e que contribuem para a construção da confiança, bem como para os objetivos terapêuticos. Um exemplo seria a avaliação de estágios puberais. A menos que o(a) adolescente tenha queixas a esse respeito, dúvidas ou mesmo hipóteses de alteração no crescimento, entre outros sinais e sintomas que requereriam esse exame, podemos considerar junto com ele(a) se é o caso de examinar genitália, mamas e pelos na primeira consulta ou marcar outra oportunidade, para que possa ser planejado para ambos. Além disso, em momentos como esses, em que haveria maior exposição do corpo, podemos abordar com eles(as) se desejam a presença de acompanhantes ou até mesmo de outra pessoa da equipe junto com o profissional que fará o exame, sendo também um cuidado ético e de proteção profissional.

Finalização: compartilhamento das propostas para o cuidado entre adolescente e profissional, com escalonamento de passos. O cuidado ampliado poderá requerer não apenas sugestões terapêuticas, como medicamentos e exames, mas também orientações e aconselhamentos.

De modo geral, no final da primeira consulta do(a) adolescente ao serviço, é aconselhável que sejam chamados os pais ou responsáveis, com o objetivo de colaborar para o seu cuidado, deixando claro para ambos os combinados para a continuidade do acompanhamento. Entretanto, isso não deve significar o rompimento do sigilo e da confiança, mas tão somente a construção de apoio. Nas consultas subsequentes, chamar ou não os pais ou responsáveis no final do encontro dependerá de uma série de fatores, com destaque para a maturidade do(a) adolescente, a sua autonomia em seu cuidado, entre outros. Nos casos em que houver identificação de um risco e necessidade de apoio, isso poderá ser feito ao final daquela consulta ou ser combinado outro momento para conversa com o(a) adolescente e seus pais ou responsáveis.

6.2 Aspectos relevantes no trabalho com grupos

- O **ponto de partida** para o trabalho com grupos é compreender as necessidades dos(as) adolescentes e jovens envolvidos(as), seus contextos de vida e potencialidades.

- **Ênfase no processo:** é necessário apostar na ideia de processo. A ação por meio de grupos não pode ser reduzida a um tipo de produto final. O resultado significativo do trabalho decorre do processo que se estabelece entre os sujeitos com base nos vínculos afetivos, na comunicação e no aprendizado.
- **Vivência grupal:** condições para que o(a) adolescente e o(a) jovem possam pensar, escutar, sentir, falar sobre o que lhes acontece. É necessário o sentido da experiência coletiva que o grupo opera. *“A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca”* (BONDÍA, 2002, p. 21).
- **Coordenação:** a coordenação de um grupo deve se pautar por princípios democráticos, favorecer a circulação da palavra entre todos, suscitar momentos de reflexão, propiciar relações horizontais (entre iguais), favorecer a expressão singular de cada um dos participantes nas discussões e/ou atividades, facilitar a construção de autonomies no pensamento, nas decisões e nas ações. A autoestima se constrói na relação com o outro e o pertencimento implica na identificação dos membros do grupo entre si.
- **Princípios éticos:** o respeito aos princípios éticos deve permear todos os momentos do grupo, pois *“Não podemos nos assumir como sujeitos da procura, da decisão, da ruptura, da opção, como sujeitos históricos, transformadores, a não ser assumindo-nos como sujeitos éticos”* (FREIRE, 1996, p. 19). Devem-se evitar situações de julgamento, discriminação, exposição pessoal, avaliações ou análises pessoais de participantes, garantir que os resultados sejam sempre uma produção grupal e que todas as contribuições ao grupo tenham o seu sigilo garantido.
- **Foco na diversidade:** a presença deve ser livre; atitudes como a escuta e o respeito a diferentes valores e crenças devem ser estimuladas, e os movimentos de imposição e de intolerância, desencorajados.
- **Diálogo:** o diálogo possibilita valorizar a reciprocidade, a solidariedade e abre caminhos para a aceitação do outro, levando em conta a participação, as trocas de experiências, as particularidades individuais e coletivas.
- **Modalidade de grupo:** a escolha pelo tipo de grupo (reflexivos, operativos, oficinas, rodas de conversa, terapêuticos, outros) deve considerar as especificidades locais, os desejos e as demandas dos(as) adolescentes. Não há um modelo único que leva ao sucesso e, em muitas situações, pode-se aplicar mais de um tipo de grupo, concomitantemente. O grupo ideal é aquele que potencializa a capacidade e as habilidades dos(as) adolescentes e jovens para que cresçam e se desenvolvam como sujeitos cidadãos.

As atividades realizadas em grupos são estruturadas a partir de três momentos essenciais:

- **Momento inicial:** preparar o grupo para as atividades de trabalho que serão desenvolvidas no encontro, utilizando-se técnicas de aquecimento e/ou relaxamento, música, poesia, um acontecimento do dia ou atividades que propiciem a disposição de um “estar junto” ou aproximação da temática a ser trabalhada.
- **Momento intermediário:** o grupo se envolve com reflexão, elaboração, criação, decisão, escolhas. A essência dessa etapa é a construção de uma situação dialógica e transformadora, entendendo que esse processo ocorre com mediações (até conflitos) que propiciam soluções novas para as questões trazidas por adolescentes e jovens. Seu caráter dialógico, de reflexão, educativo, portanto, de mudança cria oportunidades para que os(as) participantes façam suas narrativas, estimulando-os(as) à reflexão sobre o sentido de suas escolhas. Refletir sobre o sentido das ações possibilita vislumbrar novas metas, novas escolhas e novos horizontes.
- **Momento de sistematização e avaliação do trabalho:** é aquele em que o grupo visualiza seu processo e sua produção. Facilita a tomada de decisões frente à problemática vivida por seus membros.

Em geral, os grupos têm basicamente a seguinte **estrutura**:

- Número de integrantes: até 12 adolescentes e jovens;
- Duração: até duas horas, incluindo a acolhida das pessoas;
- Profissionais: preferencialmente, cada grupo deve ser realizado por dois profissionais de diferentes áreas do conhecimento.

6.3 Temas

Foram escolhidos alguns temas devido à sua relevância para atender às necessidades de saúde de adolescentes e jovens. Para cada tema, apresentamos uma sugestão de atividade individual e uma de atividade em grupo. As atividades elencadas podem ser adaptadas e inspirar trabalhos com outros assuntos, sendo importante que a equipe possa planejar as atividades tendo em vista a realidade local, um levantamento das necessidades de adolescentes e jovens com quem pretende trabalhar, assim como os aspectos estruturais – o número e a qualificação de profissionais que podem ser envolvidos, a disponibilidade de sala, material gráfico e audiovisual, entre outros. As fontes dessas metodologias são serviços de saúde, artigos acadêmicos, movimentos sociais, ONG, entre outros. Trazemos também atividades que foram desenvolvidas no contexto da experiência local possibilitada pelo projeto *Ocupe o CSE* da LCA&J (ver seção 9.4 deste documento).

As atividades a seguir podem ser realizadas por qualquer profissional, em qualquer serviço de saúde ou dispositivo parceiro da rede intersetorial. O local ideal pode ser determinado desde a fase de identificação das necessidades: deve ser estratégico para maximizar a participação de adolescentes e jovens, mas também deve favorecer o seu acesso e a sua familiaridade com novos serviços e locais da comunidade. Deste modo, às vezes, pode ser pertinente levá-los para realizar atividades em um local que ainda desconhecem.

Os locais para a realização das atividades também podem ser diversos, como os serviços de saúde, as escolas, os equipamentos comunitários, os parques, entre outros. No caso das atividades para encontros entre profissional e equipe, sugerimos buscar uma sala ou espaço protegido, com porta e boa vedação de som, para favorecer a confidencialidade e o sigilo. No caso das atividades em grupo, esse quesito também é importante, mas pode ser flexibilizado em favor de espaços que permitam as dinâmicas - por exemplo, uma sala de grupos da UBS ou uma quadra em uma escola, desde que, naquele momento, ela esteja reservada para essa atividade.

Parcerias na construção das atividades são muito relevantes e estimulamos a busca por construções articuladas entre profissionais, diferentes setores, comunidade e, sempre que possível, adolescentes e jovens, o que contribui para aumentar a responsividade desse grupo às abordagens.

Sempre que forem abordados temas sensíveis, é preciso antecipar a possibilidade de alguns(mas) adolescentes e jovens expressarem demandas pessoais em relação ao assunto. Portanto, os(as) organizadores(as) das atividades devem sempre estabelecer previamente uma maneira de acolher, orientar e atender esses casos, tomando o cuidado necessário para não deixar as pessoas desatendidas nem as expor no âmbito dos grupos e das instituições onde a atividade acontece. Serviços de saúde precisam, portanto, desenvolver uma lista de contatos de programas, serviços, movimentos sociais e outros recursos acessíveis para a comunidade com a qual trabalham, a fim de ajudar os(as) profissionais de saúde a acolher e responder às necessidades de adolescentes e jovens relativas às diversas temáticas abordadas em atendimentos e atividades.

6.3.1 Adolescência

Referência: adaptado do Programa de Atenção à Saúde na Adolescência (PASA)/CSE, do projeto Ocupe o CSE da LCA&J (ver seção 9.4 deste documento), e do caderno *Adolescência e vulnerabilidade* (GTPOS; PROJETO TRANCE ESSA REDE, 1998).

Atividade individual

1) Dicas para abordagem das necessidades

- O que é ser adolescente para você, no contexto em que vive?
- Tem outros adolescentes em sua família? O que é diferente e igual entre vocês?
- O que você gosta e não gosta de fazer? Qual seu sonho hoje? Você tem algum medo? Por ser adolescente, você faz alguma coisa que não queria fazer? Você queria fazer alguma coisa e não pode? Quem te impõe esses limites? O que você faz hoje que não podia fazer antigamente?
- Você tem amigos da sua idade? Também tem amigos mais novos e mais velhos? Como é a relação de vocês? A idade deles muda alguma coisa? Por quê?
- Você já se apaixonou? Compartilhou isso com alguém? Você já beijou? Meninos ou meninas? Você já teve relações sexuais? Com meninos ou meninas? Seus amigos falam disso com você? Como seus pais/familiares lidam com isso?
- Fale três pessoas (família, amigos, etc.) que você mais gosta e três pessoas que você menos gosta. Quais são os seus motivos para gostar e não gostar de alguém?
- Você já observou ou vivenciou alguma situação de discriminação? Você já observou ou vivenciou alguma situação de violência? Se sim, como se sentiu? Você já falou dessa situação para alguém? Conhece alguém com quem sabe que pode falar disso? Você sabe quais são os seus direitos e recursos nesse tipo de situação?
- Você participa de algum grupo ou coletivo, dentro ou fora da sua comunidade?
- Quais outros serviços e instalações públicas você conhece em sua comunidade? Já teve experiências boas ou ruins ao frequentar alguns desses serviços e instalações?
- Como os(as) adolescentes que você conhece cuidam da saúde? Como você cuida da sua saúde? Tem dificuldades com algum aspecto? Algumas coisas lhe preocupam em relação à sua saúde?

2) Dicas para interação

- Considerando o motivo do encontro ou a demanda expressa pelo(a) adolescente, perguntar como essa questão se apresenta no cotidiano dele e de outras pessoas que ele possa conhecer.
- Perguntar se ele(a) conhece outras pessoas que falam a respeito dessa questão e o que acha a respeito. Onde esse assunto é mais recorrente? Ele(a) acha que essa questão é mais ou menos comum em algum lugar, grupo, bairro, outra escola?
- O(a) adolescente já falou do assunto para outras pessoas? Conhece outras pessoas com quem poderia compartilhar o assunto e pedir ajuda? Já procurou outros serviços (de saúde, culturais, de assistência, de educação, etc.)? Conhece outros serviços que podem ajudar nessa questão?

3) Instrumentos

Pode-se utilizar uma ficha com uma questão aberta – “o que é a adolescência?” –, deixando bastante espaço para escrever e/ou desenhar. Alternativamente, pode-se pedir para adolescentes e jovens preencherem uma ficha com questões sobre diversos aspectos relevantes sobre adolescência e

juventude (ver modelo em Ayres et al. (2012) ou Nasser et al. (2018)). As respostas a essas fichas podem ser utilizadas como disparadoras para a conversa com o profissional de saúde.

Atividade em grupo

Título: História coletiva da adolescência

Faixa etária: Acima dos 12 anos

- 1) Pedir para que cada integrante pense em uma palavra que comece com a inicial de seu nome e que remeta à adolescência, à sua vida, ao seu cotidiano.
- 2) Cada um(a) fala sua palavra e a(o) coordenador(a) a registra na(o) lousa/papel.
- 3) Construir a história de forma coletiva com as palavras faladas. A história sempre evoca aspectos da adolescência dos participantes. Histórias coletivas podem parecer “sem pé nem cabeça”, mas revelam, com frequência, estereótipos, temas tabus, necessidades e experiências dos participantes.
- 4) Concluída a história, incitar discussões sobre os temas que foram levantados. Alguns podem ser escolhidos para atividades em outros encontros.

6.3.2. Juventude

Referência: adaptado de dinâmicas e orientações para o grupo Vivências: Juventude, Sexualidade e Saúde, do PASA/CSE.

Atividade individual

1) Dicas para abordagem das necessidades

- O que é ser jovem para você, no contexto em que vive?
- O que você gosta e não gosta de fazer? Qual seu sonho hoje? Você tem algum medo? Você queria fazer alguma coisa e não pode? Você faz alguma coisa que não queria fazer?
- Você tem filhos, trabalha, estuda? Se responder “sim” mais de uma vez: como fica para você a conciliação entre essas atividades? O que facilita, ou dificulta, essa conciliação?
- ✓ Caso tenha filhos: quantos anos tem/têm? Tem outras pessoas que lhe ajudam a cuidar dele(s)? Como é a sua relação com essa(s) pessoa(s)? Como está o seu acesso a serviços de creche/escola? Como está a sua relação com esse(s) serviço(s)? Você tem dúvidas ou dificuldades sobre como cuidar desses filhos e de sua saúde?
- ✓ Caso não esteja trabalhando: está procurando trabalho? Como tem sido essa busca? Que tipo de trabalho gostaria de fazer, idealmente? E na prática, o que você acha que consegue encontrar? Precisa de ajuda para encontrar? Como você tem feito para encontrar o dinheiro necessário para se manter enquanto não está trabalhando?
- ✓ Caso esteja trabalhando: como está sua relação com o seu trabalho atual? Está pensando em permanecer nele ou mudar? Por quê? O que seria, para você, o trabalho ideal? Como você faria para se sustentar caso deixasse o seu trabalho atual?
- ✓ Se estiver estudando: está satisfeito com o seu curso? Está conseguindo estudar do jeito que gostaria? Tem encontrado alguma dificuldade? Caso o curso seja pago, quem paga por ele?
- ✓ Se não estiver estudando: você estudou até que ano? Está satisfeito(a) com o seu nível atual de estudos ou está pensando em estudar mais? Idealmente, que estudos gostaria de fazer? E na prática, que curso você acha que conseguiria fazer? Do que precisaria para poder voltar a estudar?

- Você namora? Com pessoas do mesmo gênero ou de gênero diferente do seu? É casado(a)/mora junto ou quer morar junto? Como é a sua relação com seu(sua/s) parceiro(a/s)? Você está satisfeito(a) com essa(s) relação(ões)? O que a sua família acha dele(a/s)? Você gostaria de ter (mais) filhos? Se sim: como e quando gostaria? Se não: o que faz para evitar que aconteça? E o(a/s) seu(sua/s) parceiro(a/s), gostaria(m) de ter (mais) filhos?

- Com quem você mora? Com ou sem sua família? O que acha da casa, do bairro, da segurança, do acesso ao transporte público, das relações com as pessoas com quem mora? Você precisa ajudar com as despesas da casa? Como lida com isso? O que as pessoas com quem você vive (família, parceiro(a), outros) acham da sua relação, do seu trabalho, dos seus estudos, do modo como cuida dos seus filhos (a depender do caso)?

- Você já observou ou vivenciou alguma situação de discriminação? Você já observou ou vivenciou alguma situação de violência? Se sim, como se sentiu? Você já falou dessa situação para alguém? Conhece alguém com quem sabe que pode falar disso? Você sabe quais são os seus direitos e recursos nesse tipo de situação?

- Você participa de algum grupo ou coletivo, dentro ou fora da sua comunidade?

- Quais outros serviços e instalações públicas você conhece em sua comunidade? Já teve experiências boas ou ruins ao frequentar alguns desses serviços e instalações?

- Como você cuida da sua saúde? Tem dificuldades com algum aspecto? Algumas coisas lhe preocupam em relação à sua saúde? Você cuida da saúde de alguma outra pessoa ou se preocupa com ela? Se sim, como tem lidado com essa questão?

2) Dicas para interação

Construir uma conversa a partir das questões trazidas pelo(a) jovem que têm implicações para sua saúde física e mental. Utilizar uma noção ampliada do seu direito à saúde, envolvendo igualdade, equidade, universalidade e integralidade do cuidado.

- Considerando todas as questões que atravessam a sua vida, o que seria a saúde para você? Como é, para você, cuidar da saúde na juventude? Você acha que a juventude tem fases? Qual seria, para você, a diferença entre adolescência e juventude? Você conhece espaços, grupos ou coletivos que acolhem jovens e podem ajudá-los(as) com suas necessidades? Você frequenta ou participa deles? Acha que esses espaços, grupos ou coletivos conseguem dar voz aos(às) jovens e transformar as realidades em que vivem?

Atividade em grupo

Título: Felicidade e saúde na juventude

Faixa etária: maiores de 15 anos ou maiores de 18 anos?

1) Apresentação

- O(a) profissional solicita uma breve apresentação de cada participante, questionando alguns pontos: idade? Tem filhos? Estuda? Trabalha? O que mais gosta e o que menos gosta? etc. O(a) profissional se apresenta seguindo os mesmos pontos, para atenuar a hierarquia em relação ao grupo.

O(a) profissional discute com o grupo quais seriam as condições necessárias para poderem se sentir à vontade para falar de assuntos pessoais em um grupo. Anota as sugestões na lousa/folha, colocando-as em debate, levando o grupo a formular um contrato, definindo aspectos éticos, condições de sigilo e confidencialidade das informações.

2) Preparação

Entregar uma folha em branco para cada participante e pedir para que responda, individualmente, a algumas questões, anotando as respostas no papel:

- O que vocês querem muito para sua vida?
- O que fariam para conseguir isso?
- O que vocês não querem de forma alguma na sua vida?
- Do que vocês precisariam para ser feliz com saúde?
- Como o serviço de saúde poderia lhe ajudar para conseguir isso?

3) Conversa/debate

Após dez minutos ou quando todos tiverem terminado de responder, perguntar se algum(a) participante quer começar a ler ou comentar as suas respostas. Não obrigar ninguém a ler, mas perguntar, depois da apresentação de algum participante, se outros tiveram respostas parecidas. Recomenda-se que o(a) facilitador(a) também responda às perguntas, com honestidade, e discuta suas respostas com a turma. Se for difícil iniciar a conversa, o profissional pode quebrar o gelo apresentando as suas respostas para o grupo.

Cada vez que for pertinente, identificar aspectos que remetem ao fato de ser jovem naquela comunidade, assim como aspectos de gênero, raça e classe social, comuns ou que distinguem as respostas dos diversos participantes.

Sintetizar como o serviço de saúde pode colaborar e discutir as barreiras para o acesso aos serviços.

4) Encerramento

Pedir que cada participante escreva, no verso da folha, uma proposta para ele ser feliz e ter boa saúde. Solicitar que cada um(a) deixe essas folhas com o(a) profissional, para anexar ao prontuário, podendo reler e atualizá-las, quando quiserem, em cada consulta, atendimento ou outra atividade no serviço.

6.3.3 Alimentação

Referência: inspirado em atividades observadas na Casa do Adolescente de Pinheiros e no *Guia alimentar para a população brasileira* (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Atividade individual

1) Dicas para abordagem das necessidades

- Quais são os alimentos mais consumidos em sua casa? Quais alimentos consideram básicos? Quais alimentos são considerados “especiais”? Você come mais dentro ou fora de casa? Sua alimentação é igual ou diferente dos integrantes de sua família? Alguém em sua família come diferente dos outros? Por quê?
- Para você, o que seria “comer bem”? O quanto você está satisfeito com o que come no dia a dia? O que você mais gosta de comer? Com que frequência come isso? Gostaria de comer isso com mais frequência?
- Quem é o responsável por comprar comida e por cozinhar em sua casa? Você participa ou dá opinião na decisão do que comer? Se (você ou sua família) tivesse mais dinheiro, você comeria diferente? E se tivesse mais tempo e liberdade para (aprender a) cozinhar?

- Você acha que a sua alimentação influencia na saúde? De que forma? O que seria uma alimentação saudável para você? Você acha que come de forma saudável? E a sua família?

- Você já recebeu comentários, elogios ou críticas de outras pessoas, amigos, familiares ou profissionais de saúde, a respeito da sua alimentação? O que você acha disso?

- Quais seriam os obstáculos que poderiam tornar mais difícil, para você, *comer bem e de forma saudável*? Você conhece pessoas, serviços ou outros recursos que poderiam lhe ajudar caso você quisesse mudar a forma como você se alimenta ou para refletir melhor sobre essa questão?

2) Dicas para interação

Na conversa, identificar formas e motivos de controle ou restrições da alimentação, seja por vontade do(a) próprio(a) adolescente ou jovem, seja por terceiros, de maneira alheia à sua vontade. Fornecer informações e apoio, a partir dos seus próprios desejos e preocupações, sem introduzir ou reforçar pressões sociais para o emagrecimento. Investigar o impacto possível de julgamentos sobre a aparência, seja exigência percebida de magreza, sejam críticas acerca de um suposto sobrepeso. Quando for o caso, discutir o modo como o(a) adolescente ou jovem percebe os padrões sociais de beleza e se já sofreu de *gordofobia* (preconceito que leva a julgar negativamente pessoas gordas associando sua condição a traços negativos como preguiça, gula, falta de higiene, falta de vontade ou caráter, etc.). Discutir também as formas de julgamento, discriminação, *bullying* ou violência contra pessoas gordas que já presenciou nos ambientes em que vive. Procurar acolher e encaminhar as necessidades identificadas para profissionais do serviço ou da rede, planejando contrarreferência e/ou discussão do caso na equipe.

Atividade em grupo

Título: Oficina de plantas alimentícias não convencionais (PANCS)

Faixa etária: acima de 12 anos. **Dica:** um grupo intergeracional (adolescentes e idosos) pode trazer mais riqueza à oficina.

Preparação da atividade:

- Obter mudas de PANCS.
- Reunir (ou solicitar dos participantes com antecedência) recipientes de recuperação de diversos tamanhos, que possam servir de vasos para mudas: potes de iogurte e requeijão, caixas de leite, latas, potes de tinta, etc. Devem ser bem limpos e secos.
- Comprar ou recuperar terra para encher os potes.

Atividade:

a) Solicitar a apresentação dos participantes (nome, idade, bairro, escola ou outra instituição de origem). Perguntar sobre suas experiências com e seus conhecimentos sobre plantas (se têm em casa, se já viram alguém plantar, se já plantaram, para o que acham que servem, se já comeram algo que plantaram ou colheram, etc.)

b) Apresentar algumas PANCS (celósia, caruru, orelha de padre, hibisco, tansagem e ora-pro-nóbis). Solicitar ideias de receitas que poderiam ser feitas com alguma delas. Apresentar algumas receitas e responder dúvidas.

c) Realizar o plantio das PANCS e de outras mudas no quintal do serviço (se existente) e/ou plantá-las nos potes de recuperação coletados para levá-las para casa ou em vasos de recuperação no serviço com condições adequadas de sol e chuva. É importante realizar furos com um prego no fundo de cada pote.

d) Possibilidade de conversa para aprofundar o assunto com o grupo:

Discutir o modo como a alimentação dos(as) participantes varia entre gerações na família ou com o cotidiano, com o estado sentimental (triste, alegre, apaixonado, feliz), com a temperatura (tempo frio ou quente) e com os costumes de cada região ou comunidade. Perguntar o que mais pode influenciar o que uma pessoa come (dinheiro; disponibilidade de diversos alimentos; influência da publicidade, da família e dos amigos; tempo e capacidade para cozinhar; questões de saúde; etc.). Investigar questões ligadas às pressões sociais e aos padrões de beleza. Discutir o julgamento e a discriminação sofrida por pessoas gordas e os impactos sobre o bem-estar e a saúde.

6.3.4 Corpo

Referência: inspirado do caderno *Adolescência e vulnerabilidade* (GTPOS; PROJETO TRANCE ESSA REDE, 1998); e de uma atividade do projeto PASA (CSE/FMUSP) sobre mudanças do corpo, adolescência, namoro, prevenção de IST/aids e gravidez indesejada (2012).

Atividade individual

1) Dicas para abordagem das necessidades

- Você diria que conhece bem o seu corpo? Você se sente à vontade com ele? O que mais admira nele? Você se reconhece em seu corpo? Mudaria algo em seu corpo? O quê? Por quê? Você já fez ou faz algo para mudar seu corpo?

- Qual é o padrão de beleza para você? Você identifica algo em seu corpo que corresponde a esse padrão de beleza? Identifica algo que não corresponde a esse padrão? Em sua família, as pessoas correspondem a esses padrões? Entre os seus amigos, quantos correspondem aos padrões de beleza? Os padrões de beleza servem para quê? Para quem? Quais são suas consequências para a sociedade?

2) Dinâmica

Pesquisar no Google Imagens (por computador, celular, *tablet*, etc.) os sintagmas “corpo masculino” e depois “corpo feminino”. Pedir para o(a) adolescente ou jovem comentar a diversidade de imagens que aparecem para cada busca, sem procurar forçar algum tipo de conclusão, para conhecer melhor as suas próprias percepções e reflexões, inspirando-se nas perguntas a seguir:

- Quais tipos de corpos aparecem? Quais características variam, ou não, entre as imagens? Aparece algum padrão ou mais de um?

- O que varia entre o padrão masculino e o feminino? Qual pode ser o motivo das diferenças observadas? Em sua opinião, qual padrão de beleza é mais fácil de ser alcançado, na prática, pelas pessoas? Essas exigências são mais fortes para quem e por quê?

- Tem mais corpos gordos ou magros? Brancos ou negros? Como são seus cabelos? Quantos anos aparentam ter? Onde se veem pessoas com esses tipos de corpos? Em sua família? Em algum bairro? Em alguma mídia?

- Em sua opinião, quem define esses padrões, como e por quê? Acha bom ou ruim? Sempre foi assim ou era diferente em outras épocas? Como se sente ao olhar para aquelas imagens? O que acontece com pessoas que não conseguem, ou não querem, se encaixar nesses padrões?

Atividade em grupo

Título: Corpo, adolescência e namoro

Faixa etária: preferencialmente 12-15 anos.

Material: uma folha de papel grande o suficiente para desenhar um corpo em tamanho real; canetas coloridas.

a) Dividir os participantes em dois grupos, que ficarão na mesma sala e cada um com um(a) coordenador(a). *Observação:* com frequência, nessa idade, os participantes se dividem entre meninos e meninas. Nesse caso, isso não é um problema.

b) Pedir para cada grupo desenhar um corpo, um deles deve desenhar o corpo de uma moça e o outro, de um moço. Os coordenadores devem explicar a dinâmica: um participante deve deitar na folha, para que outra pessoa possa desenhar o contorno do seu corpo. Em seguida, em cada grupo, os(as) adolescentes serão estimulados a desenhar, a partir da silhueta, as partes que são importantes para o(a) menino(a), com ênfase nos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade.

c) Em seguida, pedir para complementar os desenhos com elementos evocando a história do menino e da menina: nome; idade; cor da pele; onde mora, estuda, trabalha; do que gosta e não gosta; seus sonhos; seus medos; entre outros atributos.

d) O(a) coordenador(a) começa a construção da história, relatando que os personagens estão se arrumando para sair para se encontrar pela primeira vez. Pergunta para o grupo:

- O que vestem?
- Usam algum enfeite?
- Como estão seus sentimentos?
- E os desejos?

e) Os(as) coordenadores(as) reúnem os dois subgrupos e explicam que agora os personagens vão se encontrar. Fazem perguntas para os(as) participantes, dando tempo para que respondam:

- Este é algum dia específico?
- Eles já se conheciam ou vão se conhecer agora?
- Onde será o encontro? Estão indo sozinhos ou com amigos? Está tocando que tipo de música?
- O que fazem? Eles conversam? Dançam? Beijam-se?
- Estão preocupados com alguma coisa?
- Estão animados?
- Como cada personagem pode cuidar de si e do outro nesse encontro?

f) O encontro para valer. Cada um dos subgrupos escolhe um(a) participante voluntário(a) para representar o papel do menino ou da menina. Deverão desempenhar os papéis de acordo com a história que combinaram juntos. Entretanto, os(as) demais adolescentes podem fazer interrupções para sugerir novos elementos.

g) Aprofundamento da reflexão. Durante a atuação, os(as) coordenadores(as) devem prestar atenção nos acontecimentos e colocar em discussão aqueles que causam dúvidas ou dificuldades para os atores.

- Por exemplo, se um dos personagens estiver preocupado com o que vão pensar dele(a) se o(a) virem beijando, podem perguntar se outras pessoas já passaram por esse tipo de preocupação, o que provoca essas inquietações, se afeta igualmente meninos e meninas e por quê.

- É importante perguntar como seria um primeiro encontro se fossem do mesmo sexo ou se fossem mais velhos, mais jovens, de idades diferentes ou ainda se tivessem outras cores de pele, se fossem mais ricos, mais pobres, etc.

- Se o grupo falar que acontecerá a primeira relação sexual para um ou ambos os personagens, podemos perguntar sobre diferentes características da situação e de suas implicações (amor, prazer, carinho, medo, valores, reconhecimento, realização, decepção, preconceitos, etc.). Podemos perguntar para os participantes se acham que existe idade ou hora certa – se sim, qual e por que –, se existem riscos para a saúde (conversar sobre prevenção das IST) ou para escolhas na vida (conversar sobre gravidez). Informar que os(as) adolescentes têm o direito de saber como se cuidar em relação à sua sexualidade. Se sobrar pelo menos uma hora (se não, guardar o assunto para outra sessão), mostrar as camisinhas masculina e feminina, solicitar e/ou realizar demonstrações de uso, pedindo comentários, esclarecendo dúvidas e fornecendo dicas sobre potenciais dificuldades de uso. Informar sobre a disponibilidade de camisinhas em livre acesso em serviços de saúde e outros lugares públicos do território. Falar de outros modos de cuidar da saúde com relação à sexualidade: outros métodos contraceptivos, testes de HIV e outras IST, PreP e PEP.

g) Encerramento: anotar assuntos que podem ser discutidos ou aprofundados nos próximos encontros. Pedir que cada participante fale uma palavra sobre o que sentiu. Agradecer e finalizar o grupo.

6.3.5 Saúde sexual e reprodutiva

Referência: inspirado de uma atividade desenvolvida por profissionais do “Mouvement Français por le Planning Familial” de Toulon (MFPF 83) – França.

Atividade individual

1) Dicas para abordagem das necessidades

- Você costuma conversar sobre sexo com algumas pessoas? Esse assunto parece estranho para você? Tem alguém em sua família com quem pode conversar sobre sexo? Possui algum(a) amigo(a) com quem conversa sobre sexo? Você já buscou informação sobre sexo? Em quais meios? O que encontrou/aprendeu?

- O que é sexo para você? Quais práticas você considera como sexo? Você já fez sexo? Atualmente, tem vida sexual ativa?

- Se não: qual o motivo de você não ter relações sexuais? Você se sente feliz assim ou desejaria começar a ter relações sexuais? Como você se sente em relação à ideia de ter uma relação sexual? Como você acha que aconteceria? Você tem algum receio, alguma exigência ou necessidade para que aconteça da forma que você quer? Você saberia como utilizar uma caminha? O que faria se o seu parceiro ou a sua parceira não quiser utilizar caminha?

- Se sim: você diria que está satisfeito(a) com sua sexualidade? Ter prazer sexual é fácil ou difícil para você? Como é a sua relação com seus(suas) parceiros(as) sexuais? A sua atividade sexual já teve consequências indesejadas para você ou seus(suas) parceiros(as)? Você tem dúvidas com relação à sexualidade? Alguma coisa o(a) preocupa em relação à sua sexualidade? Já aconteceu de algum(a) parceiro(a) não querer usar caminha? O que vocês fizeram naquela situação? O que você poderia fazer diferente?

- Para você, o que seria “sexo seguro”? Você sabe o que são IST? Sabe o que são métodos contraceptivos? Você já usou, usa ou indicou para um(a) parceiro(a) métodos de proteção contra IST

ou contraceptivos? O que mais você pode fazer para cuidar de sua saúde e da de seu(sua) parceiro(a) em relação ao sexo?

2) Dinâmica

Montar dois painéis que podem ser de cartolina. No primeiro, estarão listadas ações e práticas como: sexo oral, masturbação, penetração, beijar, etc. O(a) adolescente ou jovem tem à disposição cartões com inscrições como: “gravidez”, “HIV”, “sífilis”, “HPV” e outras IST (vários de cada tipo). Pedir que associem os cartões a uma ou mais práticas sexuais, buscando esclarecer cada uma das possibilidades de respostas.

Em seguida, apresentar o segundo painel, no qual consta uma lista desses riscos que foram trabalhados anteriormente. O(a) adolescente ou jovem terá que associar cartões que terão as formas de: camisinha masculina, camisinha feminina, pílula do dia seguinte, pílula anticoncepcional, diafragma, PreP, PEP, etc.

No fim, o profissional esclarece as respostas adequadas e pergunta sobre o conhecimento do(a) adolescente ou jovem acerca de cada método, se considera ser adequado ou não para sua atividade sexual atual, se tem interesse ou experiência com o método e suas eventuais dificuldades de uso.

Atividade em grupo

Título: Expectativas sobre a primeira vez

Faixa etária: a partir de 12 anos (atividade adequada quando uma parte importante do grupo ainda não teve relações sexuais).

Material: duas folhas de papel, duas canetas, uma lousa ou folha grande.

- 1) Dividir o grupo em duas metades, separando meninos e meninas. Explicar que a atividade aborda a questão da primeira vez, mas que ninguém precisará dizer se já teve relações sexuais ou não, pois essa informação não tem importância aqui.
- 2) Em cada grupo, escolher uma pessoa como relator(a). Essa pessoa será encarregada de anotar as respostas do grupo às seguintes perguntas. Explicar que as pessoas que já tiveram sua primeira relação sexual precisam lembrar como se sentiam antes dessa experiência para responder as perguntas.
 - a. Como vocês imaginam a sua primeira relação sexual?
 - b. Quais são os seus medos ou suas preocupações em relação à sua primeira relação sexual?
 - c. O que vocês desejariam para sua primeira relação sexual?
 - d. Do que vocês precisam para que sua primeira relação sexual seja uma boa experiência?
- 3) Uma vez anotadas todas as respostas de cada grupo, reunir todos os participantes e pedir para cada relator(a) revelar suas respostas para a outra metade do grupo.
- 4) O(a) facilitador(a) do grupo estimula uma conversa sobre as diferenças e os pontos em comum entre as respostas dos meninos e das meninas. Pode ser interessante apontar para eventuais diferenças com as expectativas de sua própria geração em relação à primeira vez.

6.3.6 Gênero e sexualidade

Referência: inspirado do caderno *Adolescência e vulnerabilidade* (GTPOS; PROJETO TRANCE ESSA REDE, 1998)

Atividade individual

1) Dicas para abordagem das necessidades

- Quem são os membros da sua família? Quantos homens e quantas mulheres? Convive com pessoas do sexo oposto que tenham sua idade? Para você, o que diferencia os corpos de homens e mulheres?

- Você se reconhece como homem ou mulher? Por quê? Para você, como um homem deve se comportar? E uma mulher? A forma como você se comporta com as outras pessoas corresponde àquilo que as pessoas esperam de um homem ou de uma mulher? Tem coisas que você faz “igual um homem”? Tem coisas que você faz “igual uma mulher”? Você gosta disso ou não? Tem coisas que você não deve ou não pode fazer por ser menino(a)? Por quê?

- Como você se relaciona com meninos? E com meninas? Você já sentiu atração por meninos, meninas e ambos? Se sim, como reagiu? Você já sentiu que alguém sentia atração por você? Se sim, como se sentiu? Como reagiu? Você já teve relações sexuais? Se sim, como foi? Contou para alguém? Houve alguma consequência, positiva ou negativa, para você e para o seu parceiro ou sua parceira?

2) Dinâmica

O(a) profissional pergunta ao(à) adolescente ou jovem se já assistiu a algum filme da Disney; se sim, perguntar de qual mais gosta; perguntar se já assistiu a *A Pequena Sereia* ou se conhece a história; mostrar uma parte de uma música que relata uma oferta de magia entre Úrsula e Ariel (Figura 22).

[Úrsula]
O jeito para conseguir o que quer
É você se tornar humana também

[Ariel]
Pode fazer isso?

[Úrsula]
São corações infelizes
Em busca de tudo
Todos eles chegam implorando
Faça-me um feitiço
O que é que eu faço?
Eu ajudo!

[Ariel]
Se eu ficar humana
Nunca mais estarei com meu pai e
minhas irmãs

[Úrsula]
Mas terá o seu homem
Humhumhumhum
A vida é cheia de escolhas difíceis,
não é?
Humhumhumhum
Oh, e ainda tem mais uma coisa
Ainda não falamos do detalhe do
pagamento

[Ariel]
Mas eu não tenho nad-

[Úrsula]
Eu não cobro muito
Vai lhe custar uma ninharia
O que eu quero de você é sua **voz**

[Ariel]
Mas sem minha voz
Como posso?

[Úrsula]
Terá sua **aparência**
Seu **belo rosto**
E não subestime a importância da
Linguagem do corpo

O homem abomina tagarelas
Garota caladinha ele adora
Se a mulher ficar falando
O dia inteiro e fofocando
O homem se zanga, diz adeus e vai
embora
Não!
Não vá querer jogar conversa fora
Que os homens fazem tudo pra evitar
Sabe quem é mais querida?
É a garota retraída
E só as bem quietinhas vão casar
(...)
O meu preço?
É sua voz
Você que é tão infeliz
Não vai ser mais!

Figura 22 – Letra de canção da *Pequena Sereia*

Com base nessa leitura, estimular uma conversa sobre os pontos que a letra permite abordar, inspirando-se nas seguintes perguntas:

- O que você acha que aconteceu (se não lembrar a história)? Ariel aceita ficar sem voz para ficar com o homem que ama?
- O que você acha que leva a essa decisão da Ariel?
- Você concorda ou discorda quanto ao que Úrsula fala com relação ao que os homens acham das mulheres?
- Para você, como se expressa uma mulher? E um homem? Por quê?
- O que você acha de uma mulher ficar sem voz perante o homem? Isso acontece na vida real ou é só no desenho?
- E se, no lugar da Ariel, fosse um homem com essa decisão, o que você acha que ele faria? E o que você acha sobre um homem nessa posição? Existe na vida real ou apenas nos desenhos?

Atividade em grupo

Título: Jogo da mochila

Faixa etária recomendada: acima dos 12 anos.

- a) Dividir os adolescentes em dois grupos: um deles monta uma mochila contendo objetos que os homens costumam usar ou levar para uma viagem, para a escola, etc. O outro monta uma mochila contendo objetos que as mulheres costumam usar ou levar.

Dica para o(a) coordenador(a):

- Se não encontrarem os objetos no local, podem escrever seus nomes em papel.
 - Os dois grupos não podem se comunicar nesta hora. É surpresa.
 - A mochila pode ser qualquer saco (por exemplo, um saco de supermercado) que possa conter os objetos.
- b) Reunir os dois grupos e pedir que cada um adivinhe o que tem dentro da mochila do outro. Cada um deles ganha pontos pelos acertos. No fim, cada grupo mostra todos os objetos de cada mochila, colocando-os sobre o chão.
- c) Pedir que os participantes observem as duas mochilas e:
- Deem um adjetivo/uma qualidade para o homem e para a mulher de acordo com o que tem na mochila. Exemplo: Ele/ela é...
 - Façam uma troca, colocando um objeto de cada mochila dentro da outra. Em seguida, descrever e nomear novamente o personagem. Exemplo: Agora ele/ela ficou... Realizar mais uma troca e descrever novamente os personagens a cada mudança que ocorre.
 - Acrescentem novos objetos.
 - Retirem de cada mochila o que mais caracteriza que seja de mulher ou de homem.
- d) Ao fim da atividade, o(a) coordenador(a) propõe uma síntese que aborde os seguintes pontos:
1. Falar das semelhanças e diferenças que observaram durante o jogo;
 2. Conversar sobre os sentimentos que cada um tem diante das expectativas sociais sobre o que é ser homem e ser mulher;
 3. Discutir valores, preconceitos e mitos que surgiram durante o jogo.

6.3.7 Violência

Referência: inspirado em atividade do PASA/CSE e no caderno *Adolescência e vulnerabilidade* (GTPOS; PROJETO TRANCE ESSA REDE, 1998).

Atividade individual

- 1) Dicas para abordagem das necessidades

Quem são os membros da sua família? Quais locais da região você frequenta? Tem amigos? Como se formou o seu grupo de amigos? Com qual frequência vocês se encontram? O que fazem juntos? De onde são seus amigos? Você namora ou já namorou? Você já ficou com alguém ou fica? Gosta ou gostou de alguém? Como foi? Era recíproco? A pessoa era do mesmo sexo ou diferente do seu? Já teve relações sexuais? Você trabalha? Tem fonte própria de renda? Recebe algum valor ou ajuda financeira? Com o que gasta?

- 2) Dinâmica

Pedir ao(à) adolescente ou jovem para pensar em algum espaço de que participe (família, amigos, escola, trabalho, etc.) ou escolher um ambiente que pareça ser possivelmente atravessado por situações de violência. Identificar como as pessoas se organizam entre si naquele espaço, usando uma escala hierárquica de poder e uma de afeto.

Exemplo:

Família

(Escala de poder x Escala de afinidade)

1 - Pai	1 - Avó
2 - Mãe	2 - Irmão mais velho
3 - Irmão mais velho	3 - Tia
4 - Tia	4 - Mãe
5 - Avó	5 - Pai

Após o preenchimento, discutir a posição de cada um dos integrantes desses grupos. O profissional pode conduzir questionamentos sobre como essas relações de poder atuam sobre a vida do(a) adolescente e em que medida elas se dão de forma positiva ou negativa. Nos casos frequentes em que a pessoa dada com mais poder pelo(a) adolescente ou jovem também é a que ocupa a posição de menor afinidade com ele(a), questionar se as condutas orientadas para esse(a) adolescente visam ao seu benefício e crescimento pessoal ou são arbitrariedades de quem detém o poder. O intuito é dar independência, autonomia e amparo ao pensamento e à reflexão do(a) adolescente sobre a sua vida e suas escolhas.

Atividade em grupo

Título: Parando para pensar

Faixa etária: acima de 12 anos.

- a) A violência pode acontecer em todas as relações e em vários contextos. O(a) coordenador(a) solicita ao grupo que, a partir de sua experiência, discuta situações que definiriam como de violência entre:
 - Família e adolescente/adolescente e família
 - Homem e mulher/mulher e homem
 - Aluno(a) e escola/escola e aluno(a)
 - Você com seu(sua) amigo(a)/seu(sua) amigo(a) com você
 - Você com seu(sua) parceiro(a)/seu(sua) parceiro(a) com você
- b) Durante a discussão, o(a) coordenador(a) pode acrescentar novas questões:
 - Que outras situações de violência vocês conhecem?
 - Vocês conhecem o Estatuto da Criança e do Adolescente? Quais são os direitos dos(as) adolescentes? Quais desses direitos são violados nessas situações?
 - Explicar a necessidade de falar com pessoas de confiança sobre as situações de violência que podem testemunhar ou sofrer para encontrar maneiras de interromper essas situações.

6.3.8 Uso de álcool e outras drogas

Referência: Inspirado do caderno *Adolescência e vulnerabilidade* (GTPOS; PROJETO TRANCE ESSA REDE, 1998).

Atividade individual

(É importante que sejam explicitadas as condições de confidencialidade e sigilo da conversa.)

1) Dicas para abordagem das necessidades

- O que é droga para você? Dê exemplos (pedir a opinião da pessoa sobre produtos legais, tais como álcool, bebidas energéticas, cigarro, café, açúcar, remédios ansiolíticos, soníferos, antidepressivos, etc.). Para você, existem produtos cujo consumo é mais aceitável e menos aceitável? Por quê? Qual produto é mais utilizado por seus familiares? E por seus amigos? Usam com frequência? Em quais circunstâncias? Você percebe efeitos positivos e/ou negativos desse uso?
- E você usa algum tipo de droga? Se sente à vontade para falar qual? Com que frequência usa? Você a utiliza em quais momentos? Quando tem mais vontade de usar? Como se sente antes de usar? Como se sente após usar? Quais efeitos gosta de sentir? Qual não gosta? Na sua percepção, quais são os seus aspectos positivos? E quais seriam os negativos?
- Você acha que algumas pessoas lhe julgariam ou julgam negativamente por usar essa droga? Como se sente em relação a isso? Você considera que corre algum risco por utilizar algum produto? Qual(is)? Você consegue imaginar uma forma de reduzir esses riscos sem prejudicar os lados positivos do uso?
- Como tem acesso a esse(s) produto(s)? Como começou a utilizá-lo(s)? Como você adquire e financia seu uso? Utiliza livremente ou escondido? Quem sabe que você utiliza? Quem não sabe? Quem não pode saber? Qual seria a reação se soubesse?

2) Dicas para a conversa

Qualquer conversa com adolescentes e jovens usuários(as) de drogas, lícitas ou ilícitas, deve ser pautada pela ideia de que a escolha por usar um produto psicoativo, seja ele legal, seja ilegal, sempre cabe, em última instância, à pessoa, a qual mantém ou não o uso da substância a partir dos efeitos positivos e negativos que ela percebe por intermédio da sua experiência. Tentar convencer uma pessoa de que o uso de uma dada substância não envolve nenhum benefício é uma estratégia que não funciona se os próprios sentidos da pessoa lhe dizem o contrário; nesse caso, tal estratégia de convencimento produz apenas um uso culposo, associado a uma diminuição da autoestima e do autocontrole.

Em vez disso, deve-se partir do princípio que drogas, inclusive aquelas ilícitas, sempre foram e sempre serão consumidas pela humanidade, com diversas finalidades – cura, diversão, alívio de sofrimento, aumento da concentração, entre outros. Nesse contexto, independentemente do papel do Poder Executivo encarregado de conter o tráfico, cabe apenas ao setor saúde ajudar as pessoas a se protegerem contra eventuais efeitos indesejados, através da divulgação de informações comprovadas e alternativas para um uso menos prejudicial. Essa prevenção, para alcançar algum sucesso, precisa partir da identificação dos efeitos desejados e indesejados percebidos e conhecidos pela pessoa, em primeiro lugar, a partir da sua própria experiência. Esse papel de apoio e fortalecimento do poder de escolha crítica e informada, essencial para a aquisição de autonomia, é ainda mais importante no caso de adolescentes e jovens, alvos de políticas repressivas que aumentam consideravelmente o risco inerente ao uso e dificultam o acesso a informações e aconselhamento de qualidade.

Concretamente, um exemplo de aproximação favorável a tal reflexividade é de convidar a pessoa a avaliar quanto tempo, em seu cotidiano, ela passa sob o efeito do produto e/ou procurando-o, juntando dinheiro para comprá-lo, pensando em usá-lo, etc.; e o quanto essas atividades excluem ou, pelo contrário, tornam possíveis outras atividades que a própria pessoa gosta de realizar também – em outros termos, trata-se de ajudar a pessoa a estabelecer um balanço honesto dos custos e benefícios do uso que ela faz de um dado produto, a partir de sua própria experiência. Seja para falar de cerveja, seja para falar de cocaína, as pessoas gostam de uma interlocução que as ajude a tomar escolhas mais conscientes em seu cotidiano. Para tanto, os(as) profissionais precisam ser dispostos a aceitar as escolhas das pessoas, mesmo quando entram em conflito com seus valores pessoais.

Poder-se-á objetar que adolescentes e jovens precisam, antes de tudo, ser informados sobre os riscos envolvidos pelo uso de alguns produtos e que, se conhecessem melhor esses riscos, o medo das consequências os levaria a diminuir o uso que fazem deles. Embora isso aconteça em alguns casos, na maior parte das situações, os(as) adolescentes de hoje, como os(as) de ontem, já cresceram ouvindo, assim como a maioria da população, que “drogas fazem mal para a saúde”. A maioria de nós usa alguns produtos apesar da plena consciência de que têm efeitos deletérios para a saúde, no médio ou longo prazos. Isso se deve a diversos mecanismos psicossociais, tais como a falta de percepção de controle sobre o uso, a falta de percepção de alternativa para ele ou ainda a maior valorização do prazer ou do alívio trazidos pelo produto no curto prazo. Portanto, em todas essas situações, enfatizar informações sobre os riscos ligados ao uso não terá nenhum efeito sobre o consumo do produto.

Atividade em grupo

Título: Banco de dados

Faixa etária: acima de 15 anos.

Descrição:

- 1) Dividir o grupo em seis subgrupos, de acordo com o número de participantes.
- 2) O(a) facilitador(a) do grupo dá para cada subgrupo um balão de cor diferente e um dos seguintes “códigos”:
 - Grupo 1 - código: O que você ouviu dizer sobre (alguma droga).
 - Grupo 2 - código: O que você aprendeu sozinho(a) sobre (alguma droga).
 - Grupo 3 - código: O que você gostaria de aprender sobre (alguma droga).
 - Grupo 4 - código: O que você ouviu dizer sobre (alguma droga).
 - Grupo 5 - código: O que você aprendeu sozinho sobre (alguma droga).
 - Grupo 6 - código: O que você gostaria de aprender sobre (alguma droga).

O facilitador deverá passar cada código aos subgrupos, certificando-se de que um grupo não saberá o código do outro.

3) Cada subgrupo fará uso da linguagem não verbal (sem o uso da palavra), podendo apenas utilizar mímicas e gestos, com o objetivo de fazer adivinhar o seu “código” para os outros grupos. É obrigatório utilizar o balão colorido como elemento na mímica.

4) Após a apresentação de cada subgrupo, juntar os participantes para identificar os códigos e abrir a discussão. Os facilitadores podem inspirar-se nas seguintes perguntas:

- Qual a dificuldade de se explicar sem utilizar palavras?
- Como tiveram a certeza de que foram entendidos?
- Como aprendemos sobre drogas? O que aprendemos dessa maneira? Isso que aprendemos nos serve para lidar com os efeitos dos produtos?

- Quais seriam as informações realmente úteis que adolescentes e jovens precisariam conhecer sobre cada droga?

6.3.9 Escola

Referência: inspirado em atividades do projeto Ocupe o CSE da LCA&J (ver seção 9.4 deste documento).

Atividade individual

1) Dicas para abordagem das necessidades

- Você gosta da sua escola? Do que você mais gosta nela? Do que menos gosta? Você mudaria alguma coisa na sua escola?
- Como são suas aulas? Quais são as matérias de que você mais gosta? Das quais você menos gosta? Por quê? Gostaria de estudar outros temas (citar exemplos como informática, culinária, sexualidade, música, etc.)?
- Tem professor favorito? Tem professor de que você não gosta? Por quê? Você conversa com seus professores? Sobre o quê? Se algum problema acontecer na escola, com quem você busca ajuda?
- Quantos alunos têm na sua sala? Como é sua relação com os(as) colegas de classe?
- Na escola existem atividades diferentes, além de aulas? Quais?
- Você sabe o que é grêmio estudantil? Sua escola tem?
- Você mora longe da sua escola? Você almoça na sua escola? Gosta do seu almoço? Você lancha na sua escola? Leva lanche de casa?

2) Dicas para interação

Perguntar se há um assunto que o(a) adolescente gostaria de discutir em relação à sua vida na escola, o que acontece lá, o que amigos(as) e professores(as) falam, etc. O(a) adolescente vê a escola identificando essas questões e abrindo para uma conversa? O pessoal da escola consegue ajudar os alunos sobre esse aspecto? O que poderia ser feito de outro jeito?

As perguntas têm o objetivo de incitar uma conversa na qual o(a) adolescente possa refletir sobre o espaço que frequenta e como realmente se sente fazendo ou não parte dele. Ademais, identificando um problema recorrente na escola, o(a) profissional pode buscar articulação com profissionais da escola para buscar saber mais a respeito e, eventualmente, conceber uma intervenção em parceria para melhorar a realidade da escola e, assim, ter um impacto para além do individual.

Atividade em grupo

Título: Mudando o fim da história

Faixa etária: acima dos 12 anos.

Essa atividade pressupõe a existência de parceria entre escola e serviços de saúde para trabalhar a questão do *bullying*.

- 1) Separar os participantes em dois grupos, cada um devendo escolher um(a) relator(a).
- 2) Narrar a mesma história para os dois grupos: “Alguém foi procurar ajuda porque tinha uma pessoa que constantemente era xingada e maltratada por seus colegas na escola”.
- 3) Em cada grupo, os(as) coordenadores(as) fazem as seguintes perguntas e pedem para registrarem as respostas em um papel:
 - Quem poderia ser a pessoa que foi pedir ajuda?

- Onde essa pessoa poderia buscar ajuda?
- Quem recebeu essa pessoa? Como foi recebida? O que foi feito sobre o problema?
- Algum serviço de saúde poderia ser procurado nesse caso? O que esses serviços deveriam oferecer nessa situação, idealmente? O que oferecem, na realidade?
- Qual seria, idealmente, o desfecho dessa história? Qual seria, por outro lado, o desfecho mais provável?

4) Propor que seja construída uma cena sobre o que foi discutido e construído em cada grupo. Pedir para cada grupo escolher entre seus membros uma pessoa para representar cada um dos personagens que eles criaram respondendo às perguntas. Em seguida, um grupo apresenta para o outro.

5) Após a apresentação, discutir o que cada participante observou sobre as cenas, quais personagens apareceram ou não (amigo(a), professor(a), policial, psicólogo(a), conselheiro(a) tutelar, etc.) e se conseguem imaginar um desfecho diferente.

6) Síntese: elaborar, com os grupos, duas listas: uma de todos os problemas que foram identificados a partir das cenas e uma de sugestões de possibilidades para contornar ou resolver esses problemas. Levar esses relatórios para reunião conjunta entre profissionais de saúde e da escola parceira.

6.3.10 Projetos e sonhos

Referência: inspirado no projeto Ocupe o CSE da LCA&J (ver seção 9.4 deste documento).

Atividade individual

1) Dicas para abordagem das necessidades

Como você gostaria que fosse o mundo onde viverá no futuro? Como gostaria de se ver na vida adulta? Você tem sonhos ou planos para seu futuro?

Você já compartilhou esse sonho com alguém da família ou amigos? O que dizem sobre seu sonho? Você sabe o que pode fazer hoje para contribuir para a realização dos seus sonhos e projetos? Acha que seus amigos e familiares lhe apoiariam?

Você trabalha? Já trabalhou? Que trabalho você gostaria de realizar, idealmente? Já conheceu alguém que faz um trabalho parecido? Conhece alguém que pode lhe apoiar e lhe ajudar com seu projeto?

2) Dinâmica

Propor a elaboração de um "itinerário de metas" para o sonho que o(a) adolescente ou jovem relatou, visando a evidenciar pessoas apoiadoras e etapas intermediárias que o(a) adolescente ou jovem considera serem necessários para descobrir se realmente gostaria de realizar esse sonho e como alcançá-lo. Orientar adolescentes e jovens para serviços e organismos que poderão orientá-lo e lhe fornecer informações relevantes.

Exemplo: Um jovem relata ter o sonho de ser dançarino. Ele pode citar etapas intermediárias como: fazer cursos de dança em paralelo ao ensino médio, para descobrir de que tipo de dança gosta; descobrir se existem cursos de dança acessíveis economicamente; descobrir quem poderá ajudá-lo a pagar e como pode eventualmente trabalhar para contribuir; encontrar dançarinos profissionais para conhecer melhor como é trabalhar nesse ramo, etc.

Atividade em grupo

Título: Sonhos e planos dos adolescentes para o Ano Novo

Faixa etária: 12 a 17 anos.

Atividade realizada habitualmente nas vésperas de fim de ano.

- 1) Apresentações: interagir com os participantes pedindo que falem seus nome, idade, bairro e escola.
- 2) Pedir para que os(as) adolescentes fiquem refletindo um tempo e elaborem listas individuais de intenções para o ano futuro. A lista pode ser escrita ou desenhada e não precisará ser exposta aos outros membros do grupo. Recomendamos que cada adolescente leve a sua própria lista para casa.
- 3) Solicitar que cada adolescente fale sobre um dos sonhos da sua lista. Com base na totalidade dessas falas, perguntar para o grupo: como se dá a relação entre sonhos individuais e sonhos coletivos para adolescentes do seu território? Quais seriam os modos para buscar cada sonho e planejar sua realização? Quais seriam os obstáculos que poderiam atrapalhar a busca por esses sonhos?
- 4) Construção coletiva de um cartaz representando as intenções dos(as) adolescentes para o próximo ano, utilizando papel, canetas e tintas, panos, recortes em revistas, etc. Deixá-los trabalhando de forma independente, apoiando sempre que necessário e estimulando a colaboração entre os membros do grupo.
- 5) Perguntar em qual local do serviço gostariam de expor o cartaz e o título que querem dar.
- 6) Pedir para que os(as) adolescentes comentem o cartaz que criaram, explicando seus significados para seus(suas) familiares e responsáveis, assim como para profissionais do serviço de saúde.
- 7) Prosseguir com uma festa de fim de ano. Sugerimos dar, como presentes aos adolescentes, saquinhos contendo camisinhas, bombons, pulseiras fluorescentes e folhetos informativos do serviço com contatos.

Observação: Em paralelo, podem ser organizados grupos para familiares e responsáveis e para profissionais de saúde e intersetoriais. Ambos elaborarão um cartão com suas intenções para os(as) adolescentes.

6.3.11 Religião, cultura, etnia, raça e cor da pele

Referência: inspirado no caderno *Adolescência e vulnerabilidade* (GTPOS; PROJETO TRANCE ESSA REDE, 1998).

Atividade individual

- 1) Dicas para abordagem das necessidades

O que é religião para você? Quantas religiões você conhece? Quais existem no bairro onde você mora?

Você diria que tem fé? Em quê? Você tem alguma religião? Do que mais gosta em sua religião? Do que menos gosta?

É a mesma religião do resto da sua família, ou é diferente? Tem amigos da mesma religião que a sua? Tem amigos de religiões diferentes? Você já se sentiu julgado por causa da sua religião? Se sim, como foi?

O que você acha das outras religiões? Quais diferenças você percebe entre elas? O que elas têm em comum?

Você acha que algumas religiões são associadas a algumas culturas, etnias, raças ou cor da pele? De que forma? Como isso se manifesta na sua comunidade?

A sua religião influencia a forma como você cuida da sua saúde? Você acha que religiões podem ajudar ou tornar mais difícil o cuidado com a saúde? Como?

2) Dinâmica

Escrever em tiras de papel os nomes de diversas religiões que o(a) adolescente ou jovem conhece (catolicismo, outras igrejas cristãs, islã, budismo, religiões de matrizes africanas, etc.) e propor ao jovem duas tarefas:

- Classificar em ordem crescente as religiões de acordo com sua influência e aceitação na sociedade; e
- Identificar dois valores ou preceitos importantes de cada religião.

Identificar como cada religião orienta seus fiéis em relação a diversos temas: casamento e divórcio; direitos das mulheres; direitos das pessoas LGBT; alimentação; uso do preservativo em relações sexuais; reprodução e contracepção; etc. Refletir sobre as possíveis consequências para a saúde das pessoas. Encorajar e respeitar a expressão da opinião pessoal do(a) adolescente ou jovem.

Atividade em grupo

Título: Imagem e diversidade

Faixa etária: a partir de 12 anos.

Preparação: imprimir ou projetar as seguintes imagens para que sejam visíveis para todo o grupo.



Figura 23 – Dança africana



Figura 24 – Dança indígena

- 1) Solicitar que todos(as) os(as) participantes observem as imagens e anotem o que imaginam estar acontecendo ali.
- 2) Cada participante lê para o grupo o que imaginou. Discutir as diferentes ideias que apareceram. Identificar aspectos positivos e negativos percebidos por cada um. Perguntar se as ideias dos outros levaram os participantes a perceber coisas que não tinham reparado ou entendido.
- 3) Com base nos comentários feitos pelo grupo, perguntar o que essas imagens mostram sobre etnias, classes sociais, gênero e cultura no Brasil. Indagar sobre como melhorar o convívio com as diferenças e o respeito às várias formas de expressão das singularidades no Brasil.

6.3.12 Território

Referência: inspirado nos projetos PASA/CSE, e Ocupe o CSE da LCA&J (ver seção 9.4 deste documento), e no artigo *Território e lugar - espaços da complexidade*, de Renata Pekelman e Alexandre André dos Santos; artigo do Curso de Especialização em Gestão Escolar da Escola de Gestores da Educação Básica do Ministério da Educação (MEC), disponível em http://escoladegestores.mec.gov.br/site/8-biblioteca/pdf/texto01_territorio_e_lugar.pdf

Atividade individual

1) Dicas para abordagem das necessidades

- Você mora em casa ou em apartamento? Com quem divide esse espaço? Você tem um quarto ou um espaço só seu? Você costuma levar amigos para sua casa? Você já foi à casa de algum amigo?
- Como você descreveria sua rua? Seu bairro tem mais crianças, adolescentes, jovens, adultos ou idosos? Quais serviços, instalações e estabelecimentos têm em seu bairro (mercado, igreja, banco, loja, serviços de saúde, escolas, creches, transportes, praças, parques, espaços de lazer, etc.)? Você sente falta de ter algum serviço ou estabelecimento por perto?
- Qual o seu local preferido no seu bairro? Existe um lugar para esportes, eventos, encontrar pessoas, passear, etc.?
- Quais tipos de transportes públicos estão disponíveis em seu bairro (trem, metrô, ônibus)? Qual desses você mais utiliza? Para onde você costuma se deslocar no seu dia a dia? Seus familiares trabalham, em sua maioria, pelo seu bairro ou em localidades mais distantes que precisem de transporte público?
- Quais serviços de saúde existem em seu bairro? Você frequenta algum deles? Você conhece os profissionais que trabalham lá? Como é sua relação com eles?

2) Dinâmica

Pedir para o(a) adolescente desenhar o caminho que percorre durante a semana e no fim de semana. Em seguida, pedir que acrescente e descreva:

- os espaços do bairro que atravessa;
- aqueles onde ele nunca vai e por quê;
- as pessoas que encontra e os caminhos delas;
- os equipamentos que frequenta, os que não frequenta e por quê;
- o que precisaria acrescentar ou modificar para tornar esse caminho melhor para si e para os outros.

Atividade em grupo

Título: Mapa falante

Faixa etária: acima de 15 anos.

Esta atividade tem dois objetivos complementares: (1) a apresentação para a equipe de saúde do território tal como vivem os(as) adolescentes e jovens que vivem nele; e (2) a ampliação do conhecimento dos(as) adolescentes e jovens acerca do seu território. É interessante realizar primeiramente mapas específicos para grupos distintos de adolescentes e jovens de um mesmo território (por faixa etária, gênero, etc.), pois o território vivenciado por cada subgrupo pode ser muito diferente. Recomenda-se também reproduzir o mapa depois de algum tempo para identificar mudanças.

- 1) Como etapa preparatória, os(as) participantes precisam identificar os seguintes aspectos a respeito do seu bairro ou comunidade:
 - a) Geografia: a distribuição da população; os tipos de habitação/áreas de risco; os acidentes geográficos; as principais ruas/vias de acesso; o tipo de pavimentação; o abastecimento de água e esgoto; a coleta de lixo; praias, lagos, lagoas, rios, córregos, etc.; vegetação: áreas verdes, áreas cultivadas, florestas, terrenos baldios, etc.
 - ✓ Para facilitar a apresentação, pode-se pedir aos participantes que realizem fotos, vídeos, desenhos ou outros recursos.

- b) Situação socioeconômica: as atividades da comunidade e os recursos locais; as categorias profissionais e as ocupações; a organização familiar; a existência de associações e grupos culturais, políticos e religiosos, entre outros; o nível de escolaridade e alfabetização; e escolas locais e de referência.
 - c) Algumas características socioculturais: relato do universo cultural (pode ser a descrição de uma casa com sua família e o seu entorno ou de uma dificuldade representativa da convivência no bairro); aspectos relativos à violência (delimitações de território, tráfico de drogas, violência doméstica); mudanças socioculturais (migração, mudanças de religião, etc.).
 - d) Recursos de saúde: equipe de saúde, posto de saúde, eventualmente agentes de saúde, farmácias e outras lojas de produtos medicinais, recursos religiosos (benzedadeiras, umbanda, igrejas evangélicas, etc.).
- 2) Os(as) participantes constroem a maquete do território. Diversos materiais e recursos gráficos podem ser utilizados, desde cartolina e lápis de cor até maquetes em 3D com isopor e outros materiais recuperados.
 - 3) Discussão sobre o que o mapa “está falando”. É o momento quando adolescentes e jovens falam sobre sua relação com o território. Em diálogo com profissionais da equipe, eles identificam fluxos, redes de relações, potencialidades e desafios do território construído (e vivido) por eles(as).
 - ✓ Perguntas possíveis para aprofundar as narrativas: Quais são seus lugares favoritos? Ficam próximo à sua casa? O que você vê no caminho para a escola? Já sentiu medo? Como é o acesso ao transporte público? Você participa de alguma atividade além da escola?
 - ✓ Elementos que podem aparecer: organização comunitária que realiza trabalho de prevenção e distribui insumos; lugar onde os(as) adolescentes namoram (avaliar com eles(as) se seria relevante instalar uma caixinha com preservativos); posto de saúde e como ele atende adolescentes e jovens (tem grupo para adolescentes e jovens? Ou apenas para gestantes?).
 - 4) Organizar a reunião de devolutiva para a equipe do serviço e perguntar se/onde querem deixar exposto no serviço de saúde.

6.3.13 Participação social e direitos humanos

Referência: inspirado no projeto Ocupe o CSE da LCA&J (ver item 9.4 deste documento) e de Nasser (2015).

Atividade individual

Título: Figurinhas do ECA, figurinhas do EJ

Faixa etária: 12 a 29 anos.

Dinâmica:

- 1) Em uma mesa, colocar figuras de *memes* que circulam pelas redes sociais (ferramenta que pode ser produzida por meio de uma atividade em grupo com adolescentes e jovens). Explicar que, nessa atividade, vamos criar *memes* sobre os direitos deles(as). Preparar alguns exemplos e/ou conservar em um caderno exemplos realizados por outros adolescentes e jovens em atividades precedentes.



Figura 25 – Meme sobre direitos da criança e do adolescente

- 2) Perguntar para o(a) adolescente se ele(a) conhece os direitos de crianças e adolescentes estabelecidos pelo ECA (BRASIL, 1990a). Mostrar o livrinho do ECA e buscar junto com ele exemplos de como os direitos que contém se aplicam na vida cotidiana do(a) adolescente atendido(a) e poderiam ser invocados para mudar situações. Exemplos: a proibição da violência implica que qualquer adulto pode ser punido pela lei se bater em uma criança ou um adolescente – mesmo seus pais; o direito ao atendimento humanizado para gestantes impede que meninas grávidas possam ser discriminadas ou julgadas por serem muito jovens ou “precoces”; etc.
- 3) Sugerir possíveis temas a partir da vida do(a) adolescente e acompanhar a construção de figurinhas descontraídas sobre esses temas: saúde; educação; moradia; receber cuidados; não receber castigos; etc. O(a) coordenador(a) pode sugerir figurinhas também caso algum tema seja esquecido ou possa ser trabalhado de outra forma.
- 4) Ao fim, pedir a permissão do(a) adolescente para adicionar a(s) sua(s) criação(ões) ao álbum colaborativo (ou ainda, publicá-la(s) em uma rede social do serviço), assinada com seu nome (ou não).

Atividade em grupo

Título: Caça aos direitos

Faixa etária: adolescentes até 18 anos ou jovens entre 18 e 30 anos (organizar separadamente para cada faixa etária).

Essa atividade pode ser empreendida por um serviço de saúde para apresentar qualquer conjunto de direitos mais específicos (direitos relativos à saúde sexual e reprodutiva, ao trabalho, etc.), seja no espaço da unidade, seja em locais estratégicos da comunidade. Ela pode igualmente contribuir para a reflexão de que a própria implementação e o acesso a ações de promoção de direitos permitem o conhecimento de situações de vulnerabilidade e violação desses direitos. Essa tarefa pode ser realizada com a participação de adolescentes e jovens voluntários(as) para organizar a atividade destinada a seus pares.

1. Preparar uma lista de direitos a partir do ECA (BRASIL, 1990a) ou do EJ (BRASIL, 2013a) (em função da faixa etária dos participantes). Anotar ou imprimir cada direito em papéis e escondê-los no espaço em que se desenrolará a dinâmica, antes da chegada dos(as)

(outros(as)) participantes. Alguns devem ficar mais fáceis de ser encontrados (visíveis à altura dos olhos) e outros mais difíceis (embaixo de objetos, muito alto, longe do ponto de início da tarefa, etc.).

2. Os(as) participantes recebem a tarefa de procurar os direitos. Podem escolher como proceder para empreender a busca (individualmente, em grupo, por onde começar, etc.). Definir um horário para o fim da busca.
 3. Após o tempo previsto, reunir os participantes e perguntar quais foram os direitos encontrados e quais permaneceram ocultos e, portanto, inacessíveis. Discutir os possíveis significados dessa situação, bem como o que pode ter favorecido ou dificultado a busca: por exemplo, características do contexto, dos indivíduos e dos grupos por eles formados, das estratégias empregadas, entre outras.
- ✓ O objetivo dessa discussão é favorecer a compreensão do caráter histórico e social dos direitos de adolescentes e jovens e de que os modos de articulação das pessoas para a reivindicação desses direitos podem favorecer a sua construção, que é também política.

6.3.14 Saúde digital

Fonte: inspirado de atividades desenvolvidas pela Unidade de Medicina de Adolescentes do Instituto da Criança (ICr) – USP.

Atividade individual

Apresentar para o(a) adolescente ou jovem uma revista típica da sua idade e pedir que identifique, nas páginas do periódico, todas as referências a mídias digitais e redes sociais que aparecerem.

Pedir para classificá-los do mais ao menos favorito ou utilizado por ele(a). Perguntar os motivos da classificação, os prós e contras – os “likes” e “dislikes” – de cada um e como ele(a) faz uso do meio virtual identificado.

O objetivo dessa dinâmica é, para o(a) profissional, conhecer a presença mais ou menos intensa dos meios de comunicação na vida da pessoa, bem como abrir espaço para discutir o uso deles, num ambiente protegido em que ele(a) possa falar sobre os aspectos ruins, problemas que talvez estejam ocorrendo, assim como sobre os aspectos positivos que ele(a) reconheça. Pode-se usar, ao invés de revista, um computador no consultório e/ou o próprio celular dele(a), se ele(a) o permitir.

Atividade em grupo

Título: O julgamento

1. O coordenador apresenta um “caso” a ser julgado e explica que este é uma dramatização, impossível de ocorrer na vida real. Se necessário, os nomes dos personagens podem ser trocados para não corresponder aos nomes de pessoas presentes ou conhecidas.

Caso: “Mariana conheceu José por meio de um grupo de um site sobre desenhos. Com o tempo, foram ficando mais amigos e começaram a se falar por WhatsApp. Um dia, José estava muito triste, pois seus pais estavam se separando, e mandou uma mensagem para Mariana pedindo que ela fosse encontrá-lo em um parque da cidade, para que ele pudesse desabafar um pouco com ela, uma vez que confiava nela. Mariana concordou com o encontro. No entanto, ela não apareceu no local e na hora marcados. José estranhou e pegou o celular para mandar uma mensagem para a amiga, mas percebeu que ela o havia bloqueado. José, então, processa Mariana por ter traído sua confiança”.

2. São atribuídos os seguintes papéis aos participantes:

- Juiz(a): dirige e coordena o andamento do júri.

- Advogado(a) de acusação: formula as acusações contra o(a) réu(ré).
- Advogado(a) de defesa: defende o(a) réu(ré) e responde às acusações formuladas pelo(a) advogado(a) de acusação.
- Testemunhas: falam a favor ou contra o(a) réu(ré), de acordo com a história. Clara, amiga de Mariana, e Pedro, moderador do grupo de desenhos.
- Ré: Mariana.
- Acusador: José.
- Corpo de jurados: ouve todo o processo e, a seguir, vota “culpado” ou “inocente”, definindo a pena. A quantidade do corpo de jurados deve ser um número ímpar (3, 5 ou 7).
- Público: dividido em dois grupos, da defesa e da acusação, ajuda os(as) advogados(as) a preparar os argumentos para acusação ou defesa. Durante o júri, acompanham em silêncio.

3. Os grupos de defesa e de acusação, junto com os(as) advogados, preparam seus argumentos.

4. O(a) juiz(a) abre a sessão.

5. Advogado(a) de acusação (promotor(a)) acusa o(a) réu(ré).

6. Advogado(a) de defesa defende o(a) réu(ré).

7. Seguir improvisando até esgotamento dos argumentos. O(a) juiz(a) encerra, então, a sessão e os jurados deliberam e votam em secreto.

Durante o processo propriamente dito, o(a) coordenador(a) deve intervir o mínimo possível, apenas orientando sobre como realizar a atividade. Não obstante, quando necessário, ele pode fomentar a discussão, trazendo dados complementares à história, envolvendo outras mídias sociais. Por exemplo, ele pode revelar que Mariana havia postado um vídeo na internet bem no horário em que deveria estar no encontro com José.

7 Proposta de oficinas e exercícios para implementação nas regiões de saúde da Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J)

O objetivo dos exercícios apresentados a seguir é reunir as condições para iniciar a implementação da LCA&J em um dado território, através da mobilização, capacitação e articulação de profissionais, gerentes e gestores da saúde desse território, assim como profissionais da rede intersetorial, representantes da sociedade civil e outros(as) atores(rizes) locais relevantes. Os roteiros desses exercícios foram concebidos a partir das oficinas realizadas nas três regiões-piloto da LCA&J: CIR Itapetininga, CIR Litoral Norte e CIR Mananciais.

Este exercício foi concebido para ser realizado com um grupo de até 100 pessoas constituído por:

- Representantes da DRS, das Secretarias Municipais de Saúde e das áreas técnicas;
- Representantes dos pontos de cuidado com a saúde dos municípios participantes (profissionais e gerentes de Casas do Adolescente, UBS/Programa Saúde da Família (PSF), CAPS, SAE e CTA, serviços hospitalares, etc.);
- Representantes de outros setores (educação, assistência social, cultura, esporte, justiça) e da sociedade civil, incluindo participantes adolescentes e jovens na medida do possível.

Entretanto, pode ser adaptado para ser realizado com qualquer um desses públicos, conforme o que for mais pertinente no contexto local ou regional. Embora o exercício tenha sido realizado em apenas dois dias, separados por seis semanas de intervalo, o conteúdo apresentado aqui pode ser adaptado e recortado em qualquer número de sessões, em função das disponibilidades de tempo e do grau de aprofundamento das conversas que se almeja para cada ponto abordado.

Para a organização de tal intervenção em escala regional – que é o modo ideal de realizar essas oficinas –, recomendamos solicitar inicialmente o apoio dos gestores e articuladores de saúde em nível regional e municipal, para ajudar no encaminhamento dos convites e na seleção de participantes, assim como na organização prática do encontro (determinação da data e do local mais adequado, etc.).

7.1 Apresentação da oficina e atividades de diagnóstico

A seguir, descrevemos os passos para uma apresentação em plenária, quatro tarefas em grupos e uma discussão sintética dos resultados em plenária. Para cada uma das quatro tarefas, os participantes são divididos em grupos de até 15 pessoas, de acordo com critérios que variam e que são indicados abaixo para cada tarefa. Cada grupo é facilitado por um membro da organização e realiza uma tarefa idêntica, na mesma ordem. Um membro da organização fica disponível para ajudar cada grupo a controlar o tempo e o rearranjo dos grupos, entre outras questões logísticas. No fim, os grupos se reúnem novamente em plenária para compartilhar e discutir seus resultados e conhecer as próximas atividades.

PLENÁRIA DE APRESENTAÇÃO

1. Ao serem acolhidos, os participantes recebem um crachá para ser preenchido com informações facilitando sua apresentação e sua orientação para participação em cada grupo

(de acordo com seu setor de atuação e seu município ou território de origem). Esse crachá servirá para agilizar a organização de todas as atividades seguintes. Recebem igualmente um caderno de trabalho contendo todas as informações sobre o projeto de implantação da LCA&J, assim como o descritivo do exercício a ser realizado durante as seis semanas de intervalo entre os dois encontros (ver abaixo).

2. Os organizadores apresentam e discutem os objetivos, os princípios e as recomendações da LCA&J.
3. O roteiro de atividades é apresentado e ocorre a divisão em grupos para realização da primeira tarefa.

ATIVIDADES EM GRUPOS

Cada atividade tem uma duração mínima de duas horas. Depois de cada uma delas, pode ser realizada mais uma, se o tempo permitir, ou um encerramento em plenária (ver abaixo). Entre cada atividade, os grupos são remanejados a fim de suscitar a circulação das ideias emergentes. Essa logística de remanejamento deve ser preparada de antemão pela organização, por exemplo utilizando crachás e sistemas de cores.

Primeira atividade: diagnóstico da realidade local

Objetivo: explorar o conceito de integralidade, com destaque para os eixos das necessidades e das interações.

Composição dos grupos: agrupar participantes provenientes das mesmas cidades/bairros, de cidades próximas ou das mesmas microrregiões.

1. Escolher um participante para exercer a função de relator, encarregado de anotar as ideias e os assuntos discutidos.
2. Solicitar que os participantes tragam exemplos da realidade locorregional em que vivem adolescentes e jovens, considerando aspectos socioculturais e de saúde/doença.
3. Requisitar que os participantes apresentem exemplos de situações de cuidado com a saúde de adolescentes e jovens.
4. Utilizar, a partir desses relatos, as perguntas listadas a seguir para coordenar a discussão entre os participantes.
 - a. Quais são as necessidades de saúde de adolescentes?
 - b. Quais são as necessidades de saúde de jovens?
 - c. Quais são os instrumentos utilizados pelos serviços de saúde para perceber essas necessidades de saúde?
 - d. Quais são os instrumentos utilizados pelos serviços de saúde para lidar com essas necessidades de saúde?
 - e. Como se dá a interação entre adolescentes nos serviços?
 - f. Como se dá a interação entre jovens nos serviços?
 - g. Como se dá a interação entre membros da equipe?
 - h. Como se dá a interação entre adolescentes e equipe?
 - i. Como se dá a interação entre jovens e equipe?
5. Solicitar que o grupo elabore uma síntese das discussões, a ser apresentada no início da próxima atividade ou em plenária (se não houver outra tarefa no mesmo dia).

Segunda atividade: proposta ideal para a LCA&J no território

Objetivo: explorar o conceito de integralidade, com destaque para os eixos das finalidades e das articulações, de modo que se esboce uma proposta ideal para a LCA&J no território.

Composição dos grupos: agrupar participantes favorecendo a maior mistura possível de cidades e de perfis.

1. Requisitar dos participantes que apresentem, por meio de um relato rápido, o que foi discutido nos grupos de que participaram anteriormente: quais as necessidades de adolescentes e jovens e quais as características das interações entre pessoas envolvidas em seu cuidado.
2. Discutir acerca das finalidades do cuidado com a saúde para adolescentes e jovens.
 - a. Perguntar para os participantes: quais devem ser as finalidades do cuidado com a saúde para adolescentes?
 - i. Pode ser necessário explicar o conceito de finalidades (= objetivos a serem buscados por meio do trabalho com a saúde).
 - ii. Explorar finalidades de promoção da saúde, prevenção de doenças, atenção à saúde/atividades curativas e reabilitação.
 - b. Quais devem ser as finalidades do cuidado com a saúde para jovens? (Explorar os mesmos aspectos.)
 - c. Para alcançar essas finalidades:
 - i. Qual é o papel do setor saúde?
 - ii. Qual é o papel da rede intersetorial?
 - iii. Qual é o papel dos equipamentos sociais?
 - iv. Qual é o papel da comunidade?
 - d. Como os serviços de saúde do território devem se articular entre si? (Atenção Básica, CAPS, SAE e CTA, ambulatórios de adolescentes, Casas do Adolescente.)
 - e. Como devem se articular no território serviços de saúde, serviços da rede intersetorial, equipamentos sociais e comunidade?
3. Solicitar que o grupo elabore uma síntese das discussões, a ser apresentada no início da próxima atividade ou em plenária (se não houver outra tarefa no mesmo dia).

Terceira atividade: situação ideal x realidade locorregional → Cenário possível

Objetivo: confrontar a proposta ideal elaborada na última tarefa com a realidade locorregional diagnosticada na primeira tarefa, de modo que se esbocem os primeiros passos de um cenário possível de implantação da LCA&J no território.

Composição dos grupos: agrupar participantes atuantes nos mesmos setores e com perfis semelhantes (profissionais de saúde, gerentes/coordenadores de serviços de saúde, gestores de saúde, membros da rede intersetorial e da sociedade civil).

1. Solicitar dos participantes que apresentem, por meio de um relato rápido, qual seria a proposta ideal de LCA&J discutida na tarefa precedente no grupo de que participou.
2. Propor o reconhecimento da realidade locorregional na atenção a adolescentes e jovens por meio das seguintes questões:
 - a. Quais as instâncias de gestão envolvidas no cuidado com adolescentes e jovens?
 - b. Quais áreas e unidades de saúde compõem a rede de atenção a adolescentes e jovens?
 - c. Quais aspectos chamam atenção no atendimento a essa população?
 - d. Qual o papel de cada ponto da rede e como se articulam?
 - e. Quais os papéis da gerência e dos(as) diferentes profissionais e como esses(as) diferentes atores(rizes) interagem entre si e com usuários(as)?
 - f. De que formas ocorre a articulação com os demais setores?
 - g. De quais instâncias os(as) adolescentes e jovens participam?

3. Convidar ao debate com vistas a identificar o cenário possível.
4. Solicitar a identificação de papéis/responsabilidades (atores(rizes) envolvidos(as), serviços, instâncias de gestão).
5. Pedir ao grupo que elabore uma síntese de possíveis modos de operar a LCA&J, a ser apresentada no início da próxima atividade ou em plenária (se não houver outra tarefa no mesmo dia).

Quarta atividade: construção da LCA&J no território

Objetivo: definir atividades prioritárias para iniciar a implementação da LCA&J, as etapas de sua realização e os recursos necessários.

Composição dos grupos: agrupar novamente participantes provenientes das mesmas cidades/bairros, de cidades próximas ou das mesmas microrregiões.

1. Apresentar, por meio do relato de cada participante, o cenário possível para a LCA&J tal como definido no grupo do qual participou anteriormente.
2. Escolher atividades prioritárias para começar a construção da LCA&J:
 - a. Quais atividades?
 - b. Por que motivo foram escolhidas?
3. Definir os próximos passos:
 - a. Como pretendem desenvolver essas atividades?
 - b. Do que precisam para desenvolvê-las?
4. O grupo elabora uma síntese de possíveis modos de operar a LCA&J, a ser apresentada em plenária.

Plenária:

1. O relator de cada grupo apresenta os principais pontos discutidos na última atividade em grupo.
2. Os organizadores fomentam a discussão sobre cada aspecto das atividades, procurando dar sentido a convergências e divergências entre as proposições de cada grupo.
3. Os organizadores apresentam os próximos passos e propõem a discussão sobre data e local da oficina seguinte.

7.2 Intervalo: exercício no caderno de trabalho

O caderno de trabalho distribuído na plenária de apresentação contém todas as informações sobre o projeto e sua organização, suas fases, assim como o roteiro de atividades do primeiro encontro. Por fim, ele termina com a descrição do exercício a ser realizado durante as seis semanas de intervalo até o segundo encontro.

Essa descrição começa com a seguinte página:

A partir do esboço da LCA&J construído coletivamente na Oficina 1 e considerando a realidade:

- de sua prática;
- de seu serviço;
- de seu município;
- da rede regional;
- da rede intersetorial; e

- da participação de adolescentes e jovens

Convidamos você a participar deste exercício.

Nas próximas seis páginas, você encontrará alguns pontos para discussão sobre a LCA&J.

Compartilhe com seus(suas) colegas de trabalho!

Em cada página a seguir, encontra-se uma pergunta, seguida de um quadro em branco para resposta. A recomendação é que as perguntas que constituem o exercício sejam, na medida do possível, respondidas coletivamente na ocasião de uma reunião de equipe a ser organizada em cada serviço, organização e órgão de gestão representados. As perguntas são as seguintes:

1. Do que adolescentes e jovens precisam em relação à saúde?
2. Objetivos de atender adolescentes e jovens no seu serviço: ...
3. Experiências bem-sucedidas: ...
4. Experiências malsucedidas: ...
5. Potencialidades e limites do seu serviço: ...
6. Críticas e sugestões para a LCA&J: ...

A última página contém a seguinte mensagem:

Obrigada pela sua colaboração na construção da Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo!

Traga este caderno de trabalho no dia __/__. Você usará suas anotações nas atividades da próxima oficina!

7.3 Atividades propositivas e encerramento

As atividades iniciam-se em plenária, com as boas-vindas, seguidas de uma apresentação rápida do projeto, dos resultados já produzidos durante as atividades de diagnóstico e durante o exercício e das atividades a serem realizadas:

- Discussão dos relatórios do exercício (2 horas);
- Encenação e discussão de caso (2 horas);
- Construção de maquetes da LCA&J a partir do caso encenado (2 horas);
- Apresentação e discussão de cada narrativa de caso e da maquete associada (2 horas);
- Discussão de cada proposta e síntese (1h).

Relatórios do exercício

1. Pedir aos participantes que se sentem na sala junto com outros profissionais dos mesmos serviços, para que aqueles que não responderam às perguntas do exercício possam fazê-lo.
2. Um(a) representante de cada serviço apresenta as respostas às perguntas do exercício.
3. Promover conversas sobre os relatos.

Preparação das atividades em grupo

1. Em plenária, apresentar rapidamente quais as recomendações para a construção da LCA&J tal como definidas no presente documento.
2. Apresentar a atividade e compor os grupos de até 15 pessoas.
 - a. Cada grupo deve idealmente incluir membros de todos os níveis e setores de atuação da rede convocada.

- b. Cada grupo sorteia um esboço de caso, que servirá de base para a atividade. Apresentamos como exemplo os esboços de casos que foram utilizados durante a oficina em Itapetininga:
- “Um profissional da enfermagem fica sabendo de uma adolescente grávida que não está em contato com nenhum serviço de saúde. Ao abordá-la, ela referiu que não sabia onde buscar atendimento.”
 - “Um(a) adolescente busca o serviço com um relatório escolar devido a baixo rendimento escolar. O relatório menciona que ele trabalha com a família.”
 - “Um(a) adolescente é trazido(a) para o serviço de saúde pela mãe. Ele(a) apresenta uma doença crônica e não está seguindo as recomendações dos profissionais de saúde. Durante o atendimento, apenas a mãe fala, o(a) filho(a) permanece em silêncio.”
 - “Dois adolescentes do sexo masculino, ambos de 14 anos, procuram um serviço de saúde porque ontem a camisinha estourou.”
 - “Em uma ONG de contraturno escolar, um(a) profissional observa três adolescentes que não interagem com o resto da turma nem participam das atividades. Ele(a) identifica marcas de cortes no braço de um(a) deles(as).”
- c. Os exemplos acima são indicativos. Recomenda-se elaborar esboços de casos a partir de temas que emergiram durante as discussões da primeira oficina e que representam as principais dificuldades ou preocupações dos profissionais para a operacionalização da LCA&J. É importante deixar vários aspectos do esboço de caso em aberto, para que sejam definidos pelos próprios participantes como parte da atividade em grupo.
- d. Cada grupo trabalhará sob a coordenação de um membro da organização. Além de dominar as diretrizes e recomendações para a construção da LCA&J, esse coordenador deve idealmente ter competência técnica para discutir o tema particular levantado por cada caso.
- e. Recomendamos que um membro da organização fique disponível para circular entre os grupos e fornecer apoio se necessário.

Atividades em grupo

- A. Construção, encenação e discussão de um caso a partir do esboço sorteado
1. Escolher um relator que tem como tarefa escrever a narrativa desenvolvida pelo grupo a partir do esboço de caso (os detalhes acrescentados, os eventos e a trajetória do caso na rede, os desdobramentos, etc.).
 2. Pedir para os participantes considerarem o esboço de caso sorteado, indagando-os se já conheceram casos semelhantes. Procurar definir junto com eles os detalhes do caso que foram deixados em aberto, para torná-lo mais “realista”, mais próximo da experiência prática dos participantes.
 3. Responder às seguintes perguntas para preparar a encenação do caso:
 - a. Qual(is) profissional(is) de saúde realiza(m) o primeiro contato com o(a) adolescente ou jovem?
 - b. Onde acontece esse primeiro contato? Dentro ou fora de um serviço de saúde? Qual? Outras pessoas estão presentes?

- c. O que o(a) profissional sabe sobre aquele(a) adolescente ou jovem? O que quer perguntar ou dizer para ele(a)?
 - d. O que o(a) adolescente ou jovem sabe a respeito daquele(a) profissional? O que quer perguntar ou dizer para ele(a)?
 - e. O encontro acontece no âmbito de alguma atividade assistencial? Envolve algum tipo de material/insumo/recurso? Quais temas são abordados?
4. Encenação do primeiro encontro com o caso:
 - a. Identificar um(a) participante voluntário(a) para encenar o papel do(a) profissional envolvido(a) no primeiro encontro com o caso (ou mais de um profissional, dependendo da situação definida).
 - b. Outro participante encena o papel do(a) adolescente ou jovem.
 - c. Outras pessoas estão presentes na cena (pais ou responsáveis, outros adolescentes ou jovens, etc.)? Precisam ser representadas? Iniciar e encerrar a encenação.
 5. Trabalhando sobre a cena:
 - a. O que aconteceu na cena? Pedir comentários e observações por parte do resto dos participantes. Não hesitar em interromper a cena caso os atores encontrem alguma dificuldade para solicitar ajuda do grupo para resolver a situação de maneira diferente.
 - b. Discutir os aspectos técnicos relevantes para definir qual seria a melhor forma de atuar naquela situação.
 6. Perguntas de síntese, utilizando os quatro eixos da integralidade:
 - a. O que aprendemos na cena sobre as **necessidades** desse(a) adolescente ou jovem?
 - b. Quais foram as características marcantes das **interações** que foram encenadas (entre profissionais de saúde e adolescentes e jovens; profissionais entre si; adolescentes e jovens entre si)? Qual foi o tom da conversa? A comunicação foi boa? Por que/por que não?
 - c. Quais foram as **finalidades** da intervenção dos profissionais de saúde em tal situação? (Promoção da saúde, prevenção de agravos, atenção à saúde/atividades curativas, reabilitação.)
 - d. Quais **articulações** seriam necessárias (entre profissionais do serviço, entre serviços de saúde, entre saúde e outros setores, com a comunidade)? Definir os desdobramentos desse primeiro encontro e propor um segundo, considerando as articulações necessárias. Como serão realizadas essas articulações?
- B. Construção de uma maquete da operacionalização da LCA&J a partir do caso.

São necessários os seguintes materiais para cada grupo:

- Lousa portátil, tábua de isopor, pôster, folha ou outro suporte de pelo menos um metro quadrado no qual serão posicionados e desenhados os elementos da maquete da LCA&J;
- Canetas coloridas;
- Tesouras;
- Fita adesiva, tachinhas ou outro modo de fixar os elementos da maquete no suporte;
- Os elementos da maquete consistem em folhas de papel coloridas nas quais foram impressos os nomes de diferentes profissões, serviços de saúde, outros locais, temas

trabalhados, atividades, instrumentos e recursos que podem ser mobilizados pela LCA&J:

- Profissões: agente comunitário de saúde (x3); assistente social (x2); auxiliar administrativo (x2); auxiliar de enfermagem (x2); auxiliar de farmácia; dentista; auxiliar de saúde bucal; enfermeiro(a) (x2); educador(a) físico(a); farmacêutico(a); fonoaudiólogo(a); fisioterapeuta; médico(a) clínico(a) geral; médico(a) de família e comunidade; médico(a) dermatologista; médico(a) ginecologista; médico(a) pediatra; médico(a) hebiatra; médico(a) infectologista; médico(a) psiquiatra; médico(a) urologista; médico(a) sanitaria; naturalista; nutricionista; pedagogo(a); profissional de limpeza; profissional de portaria; profissional de manutenção; profissional de vigilância; psicólogo(a); técnico(a) de enfermagem (x2); terapeuta ocupacional; técnico(a) de saúde bucal.
- Serviços de saúde: UBS (x2); ESF (x3); NASF; equipe multiprofissional de apoio e supervisão; sala ou espaço para adolescentes dentro do serviço; ambulatório de atenção especializada em adolescentes; ambulatório de HIV/aids e hepatites virais; ambulatório de _____; Casa do Adolescente; CAPS adulto; CAPS AD adulto; CAPS IJ; CAPS AD IJ; outro serviço da RAPS (_____); CEREST; hospital; serviço ambulatorial; CEO; CTA; serviço especializado em reabilitação; serviço de prontoatendimento.
- Outros locais: serviço de atenção à criança (especificar); serviço de atenção à mulher (especificar); abrigo/albergue; centro cultural público; Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO); Centros Educacionais Unificados (CEU); centro esportivo público; Centro de Referência da Assistência Social (CRAS); Centro de Referência de Apoio à Vítima (CRAVI); Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); Conselho Tutelar; Defensoria Pública; escola (especificar) (x2); ponto de economia solidária; SAICA; serviços de proteção à mulher (exemplos: CDCM, CRM, DDM); Vara da Infância e Juventude; Fundação Casa; outro serviço de medidas socioeducativas (especificar); equipamento cultural ou esportivo (especificar); ONG (especificar); movimento social, grupo comunitário, associação, fórum (especificar); entidade religiosa (especificar); praça; bar; praia, rio, cachoeira, etc.; baile, festa; pista de skate; biqueira; ponto de prostituição; local de trabalho (especificar) (x2); casa de (especificar) (x3).
- Instrumentos/recursos/atividades: ECA (BRASIL, 1990); EJ (BRASIL, 2013); caderneta de saúde do(a) adolescente; material desenvolvido por adolescentes; preservativos masculinos; preservativos femininos; gel lubrificante; contracepção de emergência; outro(s) método(s) contraceptivo(s); PEP; PreP; outros medicamentos/farmácia; panfletos/cartazes; vídeo/filme; perfil/grupo/publicação em redes sociais; prontuários para registro; levantamento de dados por meio de prontuário; ficha para diálogo com os usuários; questionário para coleta de depoimentos dos usuários; visita institucional; visita domiciliar; levantamento do mapa da rede; diagnóstico de saúde da comunidade; entrevistas para levantamento de dados dos usuários; recomendações da OMS; protocolos do município; protocolos da unidade; protocolos do estado; regulação; dados epidemiológicos; reunião de comissões intergestoras; pactuações políticas; Conselho Gestor; matrícula no serviço;

agendamento de atividades; atendimento/consulta individual; atendimento/atividade em grupo; vacinação; acompanhamento pré-natal e puerpério; consulta odontológica; exame ginecológico; testagem de HIV; outro exame diagnóstico de IST; grupo, oficina, palestra; atividade manual, artesanal ou artística; atividade sociocultural e/ou esportiva; ação por pares (adolescentes multiplicadores); atividade para pais, responsáveis, familiares, parceiros(as); acolhimento para novos(as) usuários(as); apresentação do serviço; divulgação de serviço ou atividade; referência contrarreferência; apoio matricial; atendimento compartilhado; supervisão; reunião periódica; reunião agendada; contato não presencial (telefone, e-mail, etc.); reunião de rede temática (especificar); prontuário eletrônico compartilhado; discussão entre profissionais.

- Temas: álcool; arte, cultura; alimentação; atualização do cartão de vacinas; chás e plantas medicinais; condições de sigilo e confidencialidade; deficiências, práticas e políticas inclusivas; direitos e benefícios sociais; direitos e cidadania; discriminação racial; drogas ilícitas; escola, estudos; história de vida e cotidiano do(a) usuário(a); homofobia, transfobia, LGBTfobia; adesão ao tratamento; maternidade, paternidade; meio ambiente; participação social; percepções sobre o próprio corpo; puberdade, mudanças corporais; autoestima, padrões de beleza; autoconhecimento e autocuidado; projetos de vida e planos; relacionamentos sociais: família, amigos(as), namoros; relações de gênero; riscos e situações de vulnerabilidade; saúde mental; saúde bucal; segurança no trânsito; saúde reprodutiva; tabaco; sexualidade; trabalho, profissionalização; violência.

Tarefa: os participantes escolhem e recortam com as tesouras os elementos que querem incluir na maquete e os posicionam livremente no suporte, eventualmente agrupados da maneira que julgarem fazer sentido, adicionando ocasionais vínculos e informações com as canetas.

Para começar, posicionar no mapa elementos correspondentes a cada local, serviço, profissional, tema, ferramenta mobilizados na narrativa que foi construída.

No fim, tirar foto de cada maquete e juntar essas fotos com os relatórios das narrativas construídas a partir dos casos. Conservar as maquetes, os textos e as fotos para apresentação na plenária.

A figura 25 apresenta exemplos de maquetes que foram construídas durante as oficinas nas regiões-piloto.



Figura 26 – Maquetes construídas nas oficinas-piloto nas CIR Litoral Norte, Itapetininga e Mananciais

Discussão e síntese em plenária

1. Um representante de cada grupo apresenta a narrativa do caso trabalhado, assim como a maquete ou sua foto. Incentivar os outros participantes a comentar as apresentações usando as seguintes perguntas:

- a. Em que medida as necessidades desse(a) adolescente ou jovem foram consideradas, respondidas, transformadas de maneira adequada ao longo da sua trajetória em relação aos serviços de saúde? Outras necessidades poderiam ter sido consideradas?
 - b. Quais foram as formas de interação entre adolescente ou jovem e profissionais, entre profissionais e de adolescentes ou jovens entre si? Foram adequadas? Houve uma evolução?
 - c. Quais foram as finalidades das ações realizadas? Quais outras finalidades poderiam ter sido almejadas pelas equipes de saúde e como?
 - d. Quais articulações foram realizadas (entre profissionais do serviço, entre serviços de saúde, entre saúde e outros setores, com a comunidade)? Quais outras articulações seriam possíveis?
2. Discussão em plenária a respeito das modalidades e especificidades locorregionais da LCA&J e das boas práticas. Pedir para os participantes que comentem:
- a. Os aspectos transversais (aquilo que se repete) a cada narrativa de caso e maquete;
 - b. Propostas originais ou inovadoras de cada grupo;
 - c. Divergências entre grupos ou propostas distintas: podem ser conciliadas?
 - d. Lacunas, aquilo que nenhum grupo abordou: qual seria a causa ou o motivo disso? Tratam-se de aspectos menos importantes ou indisponíveis no território?

O encerramento dessa intervenção deve, idealmente, ser feito através de um evento com ampla divulgação nas redes municipais ou regionais. Antes, ou durante esse evento, deve ocorrer uma sessão de discussão de próximos passos (repartição de tarefas, reuniões de planejamento ou de pactuação, grupos de trabalho, etc.) que contemple as prioridades elencadas para a implementação da LCA&J ao longo das atividades acima.

8 Para saber mais

8.1 Sobre recomendações e políticas públicas relevantes para a saúde na adolescência e juventude

Quadro 6 – Políticas, normas e diretrizes estabelecendo recomendações relevantes para a LCA&J

Políticas, normas, diretrizes	Recomendações
Constituição da República Federativa de 1988 (BRASIL, 2016) https://www2.senado.leg.br/bd/sf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf	Proíbe qualquer atividade laboral para adolescentes menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 anos. Até 18 anos, proíbe trabalhos em atividades insalubres, perigosas ou penosas; noturno; que envolvam cargas pesadas, jornadas longas; e em locais ou serviços que lhes prejudiquem o “bom desenvolvimento psíquico, moral e social”. Garante o acesso do trabalhador adolescente à escola. Medidas privativas de liberdade antes dos 18 devem satisfazer condições de “brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento”. Crianças e adolescentes “dependentes de entorpecentes e drogas afins” têm direito a programas de prevenção e atendimento especializado.
Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 1989) https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10120.html	Define crianças e adolescentes como sujeitos de direitos (e não objetos de intervenção). Define criança como “todo ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo”. Foi ratificada pelo Brasil. O artigo 24 define os seguintes direitos relativos à saúde de criança e resume-se da seguinte forma: <p style="text-align: center;">[...] a criança tem direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos. Os Estados devem dar especial atenção aos cuidados de saúde primários e às medidas de prevenção, à educação em termos de saúde pública e à diminuição da mortalidade infantil. Neste sentido, os Estados encorajam a cooperação internacional e esforçam-se por assegurar que nenhuma criança seja privada do direito de acesso a serviços de saúde eficazes.</p>
Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990a) http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm	Define como adolescência o período entre 12 e 18 anos. Define como prioritária a efetivação dos direitos de crianças e adolescentes (referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura,

	<p>à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária). Dois aspectos particularmente detalhados, no âmbito do direito à vida e à saúde, são os direitos das gestantes e mães e, com menos ênfase, os aspectos relativos à saúde bucal.</p> <p>A Lei nº 13.257, de 2016, alterou o ECA de modo que assegure, para todas as mulheres, “o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde”.</p>
<p>Lei estadual nº 10.948, de 05 de novembro de 2001 (ESTADO DE SÃO PAULO, 2001) – atualizada até a Lei nº 15.082, de 10 de julho de 2013) (ESTADO DE SÃO PAULO, 2013b)</p> <p>http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2001/lei-10948-05.11.2001.html</p> <p>https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2013/lei-15082-10.07.2013.html</p>	<p>Proíbe e pune as discriminações contra pessoas LGBT, inclusive por parte de agentes do Estado e serviços públicos.</p>
<p>Lei estadual nº 11.976, de 25 de agosto de 2005 (ESTADO DE SÃO PAULO, 2005)</p> <p>http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2005/lei-11976-25.08.2005.html</p>	<p>Cria o Programa Estadual de Saúde do Adolescente, que visa a implantação e implementação de uma política pública universalizada de juventude na área da saúde, com atendimento integral para jovens de ambos os sexos de 10 a 20 anos de idade.</p>
<p>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007b)</p> <p>http://www.redesaude.org.br/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/politicas-e-programas/013.pdf</p>	<p>Almeja “incorporar a atenção à saúde deste grupo populacional à estrutura e mecanismos de gestão, à rede de atenção do SUS e às ações e rotinas do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos seus níveis”. Fruto de uma construção coletiva, que incluiu adolescentes e jovens no processo, é uma política integrada à política nacional de saúde e articulada a outros setores governamentais e não governamentais, fundamentais para a atenção integral à saúde desse grupo populacional. Traz um novo olhar sobre esse segmento etário e apresenta também uma concepção mais abrangente de saúde. Esta inclui uma combinação de intervenções práticas, capazes de promover o desenvolvimento saudável dessa população e um arcabouço teórico que estimula a reflexão e o desenvolvimento de novos conhecimentos sobre a sua saúde.</p>

<p>Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007c)</p> <p>http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescentes_jovens.pdf</p>	<p>Na organização da atenção à saúde do adolescente e do jovem devem ser levados em consideração os seguintes aspectos: adequação dos serviços de saúde às necessidades específicas de adolescentes e jovens, respeitando as características da atenção local vigente e os recursos humanos e materiais disponíveis; respeito às características socioeconômicas e culturais da comunidade, além do perfil epidemiológico da população local; e participação ativa dos adolescentes e jovens no planejamento, no desenvolvimento, na divulgação e na avaliação das ações.</p>
<p>Marco legal: saúde, um direito de adolescentes (BRASIL, 2007a)</p> <p>http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf</p>	<p>Embora alterações recentes da legislação criminal e do próprio ECA (BRASIL, 1990a) tenham alterado a validade de algumas recomendações apresentadas neste documento, ele continua sendo, em sua maioria, uma referência imprescindível para apoiar legalmente o trabalho em saúde com essa faixa etária.</p>
<p>Diretrizes nacionais para atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2010a)</p> <p>http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf</p>	<p>Colocam como temas estruturantes para a atenção à saúde integral de adolescentes e jovens: participação Juvenil; equidade de gêneros; direitos sexuais e reprodutivos; projeto de vida; cultura de paz; ética e cidadania; e igualdade racial e étnica.</p>
<p>Programa Estadual de Saúde do Adolescente (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2011)</p> <p>http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/aceso-rapido/saude-do-adolescente/programa_saude_do_adolescente_objetivos_metas_resultados_ces.pdf</p>	<p>O documento apresenta o fluxograma de atendimento estabelecido pelo programa; detalha as atividades previstas desde a primeira entrevista até consultas e encaminhamentos; expõe serviços existentes, tais como Casas do Adolescente e Disque Adolescente e suas atividades; e exhibe o texto da Lei estadual nº 11.976, de 25 de agosto de 2005, que cria o Programa de Saúde do Adolescente.</p>
<p>Estatuto da Juventude (BRASIL, 2013a)</p> <p>http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/lei/12852.htm</p>	<p>Define como juventude o período entre 15 e 29 anos.</p> <p>[...] políticas públicas de juventude devem observar as seguintes diretrizes:</p> <ul style="list-style-type: none"> I - desenvolver a intersetorialidade das políticas estruturais, programas e ações; II - incentivar a ampla participação juvenil em sua formulação, implementação e avaliação; [...] IV - proporcionar atendimento de acordo com suas especificidades [...] nos campos da saúde [...]; VI - promover o território como espaço de

	<p>integração; [...] XI - zelar pelos direitos dos jovens [...] privados de liberdade [...]. (BRASIL, 2013, p.)</p>
<p>Global standards for quality healthcare for adolescents (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015)</p> <p>http://www.who.int/maternal-child-adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/</p>	<p>Estabelece oito padrões de qualidade para a saúde na adolescência: (1) “alfabetização em saúde” (ter conhecimentos acerca da própria saúde; saber como e quando obter serviços de saúde); (2) apoio da comunidade (ações dirigidas a familiares, responsáveis, organizações comunitárias, etc.); (3) conjunto de ações apropriado (informação, aconselhamento, diagnóstico, tratamento, cuidado); (4) competências dos profissionais (respeitando e protegendo os direitos de adolescentes a informação, privacidade, confidencialidade, não discriminação, não julgamento e respeito); (5) características do serviço (horários de funcionamento adequados, local acolhedor e limpo, que permita privacidade e confidencialidade e com equipamentos e recursos adequados); (6) equidade e não discriminação; (7) dados e aprimoramento da qualidade; (8) participação dos(as) adolescentes (no planejamento, no monitoramento e na avaliação dos serviços de saúde; nas decisões acerca da própria saúde; em certas atividades de cuidado).</p> <p>Define como adolescência o período entre 10 e 19 anos.</p>
<p>Lei nº 13.185, de 6 de novembro de 2015 (BRASIL, 2015)</p> <p>http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/l13185.htm</p>	<p>Define as diversas modalidades de <i>bullying</i> e <i>cyberbullying</i> e institui modalidades de um programa nacional de enfrentamento e prevenção.</p>

8.2 Publicações recomendadas que orientam o trabalho com adolescentes e jovens

Quadro 7 – Publicações recomendadas que orientam o trabalho com adolescentes e jovens

Objetivo	Documento	Descrição
<p>Para aprofundar os temas: sexualidade, reprodução, deficiência mental, doenças crônicas, nutrição, violência, medidas socioeducativas, entre outros.</p>	<p>Livro: <i>Adolescência e Saúde 4</i> - construindo saberes, unindo forças, consolidando direitos (JESUS; SOARES JUNIOR; MORAES, 2018).</p>	<p>Esse livro apresenta informações atualizadas e sugestões práticas para abordar diversos temas relevantes para o trabalho em saúde com adolescentes. Em sua segunda parte, também apresenta diversas experiências exitosas desenvolvidas no Estado de São Paulo.</p>

<p>Para aprofundar temas específicos associados aos direitos de adolescentes e jovens</p>	<p>Brochuras editadas pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo.</p> <p>https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=3095</p>	<p>O site web da Defensoria Pública do Estado de São Paulo disponibiliza brochuras sobre diversos temas diretamente ou indiretamente relevantes para adolescentes e jovens. Serviços de saúde podem solicitar exemplares impressos de todos os documentos apresentados. Os temas tratados incluem: mães em cárcere, masculinidade, direitos de pessoas com deficiência, <i>cyberbullying</i>, Lei Maria da Penha, direitos sexuais e reprodutivos, diversos tipos de violência, combate à discriminação racial e contra pessoas LGBT, entre outros.</p>
<p>Para trabalhar com adolescentes e jovens na Atenção Primária.</p>	<p>Cartilha: <i>Caminhos da Integralidade na atenção primária à Saúde</i>: recursos conceituais e instrumentos práticos para a educação permanente da equipe - Adolescência e Juventude (AYRES et al., 2012).</p> <p>http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/cseb_152_Caminhos%20da%20Integralidade%20-%20adolesc%C3%Aancia%20e%20juventude.pdf</p>	<p>Cartilha dirigida a profissionais de saúde da Atenção Primária. Oferece desde definições e conceitos teóricos até quadro para avaliação, planejamento e desenvolvimento de atividades. Cada seção contém roteiros de oficinas e exercícios inspirados em situações e experiências concretas vivenciadas por profissionais de saúde, recomendações, e indicação de outros materiais para trabalhar sobre o assunto. Propõe um modelo de ficha <i>Vida e Cuidado com a Saúde</i>, que pode ser utilizado na ocasião do primeiro atendimento com adolescentes e jovens em qualquer serviço de saúde, a fim de favorecer a interação entre adolescentes, jovens e profissionais de saúde, bem como para facilitar a emergência de percepções sobre saúde, queixas e vulnerabilidades.</p>
<p>Para dialogar com a gestão em saúde sobre saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens.</p>	<p>Cartilha: <i>O SUS e a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil</i> (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013c).</p> <p>http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pub_sus.pdf</p>	<p>Apresenta direitos garantidos, serviços oferecidos no SUS, assim como diversos programas desenvolvidos em níveis federal, estadual e municipal. Esses programas são apresentados detalhadamente em quadros e podem servir de inspiração para o desenvolvimento de novos projetos.</p>
	<p>Artigo: Ocorrências em sexualidade e saúde sexual e reprodutiva em escolas do município de Diadema – São</p>	<p>Na página 46, apresenta um quadro que pode servir de base para definir e pactuar protocolos de atenção à saúde sexual e reprodutiva com as Secretarias Municipais de Saúde.</p>

	<p>Paulo (FIGUEIREDO et al., 2016)</p> <p>http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/bis_s_aude_sexual.pdf</p>	
	<p>Brochura: <i>Cuidando de Adolescentes : orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva</i> (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016)</p> <p>http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando_adolescentes_saude_sexual_reprodutiva.pdf</p>	<p>Essa publicação tem por objetivo fortalecer as habilidades e capacidades dos profissionais de saúde da atenção básica para uma abordagem positiva, sem preconceitos e sem juízo de valor, dos assuntos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva fornecendo subsídios para esclarecer as dúvidas no atendimento à população adolescente.</p>
<p>Para trabalhar com adolescentes e jovens sobre prevenção de IST/aids.</p>	<p><i>Prevenção das DST/aids em adolescentes e jovens:</i> brochuras de referência para os profissionais de saúde (BRASIL, 2007b)</p> <p>https://www.dropbox.com/uf6o83vlhrsogyy/Brochuras_todas.pdf?dl=0</p>	<p>Conjunto de sete brochuras, prontas para imprimir, abordando todos os aspectos do trabalho com adolescentes e jovens em serviços de IST/aids ou em qualquer serviço da rede desejando desenvolver atividades sobre o tema com esse público. Fornece desde as bases teóricas até o auxílio para a parte prática do desenvolvimento de intervenções. Os temas das sete brochuras são: (1) adolescência, vulnerabilidade e sexualidade; (2) subsídios legais para o atendimento de adolescentes e jovens nos serviços de saúde; (3) promoção do acesso de adolescentes e jovens aos serviços de saúde; (4) o serviço de saúde na comunidade: o trabalho em rede; (5) a comunidade nos serviços de saúde: adolescentes multiplicadores; (6) uso de drogas e vulnerabilidade às DST/aids; (7) guia prático para o desenvolvimento de ações de prevenção de DST/aids voltadas a adolescentes e jovens.</p>
<p>Para trabalhar com adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids.</p>	<p><i>Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids</i> (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b)</p>	<p>O manual tem como objetivo apresentar aos profissionais da saúde aspectos do cuidado integral que promovam a qualidade de vida e a qualidade da assistência a adolescentes e jovens com HIV/aids, abordando temas relacionados aos aspectos epidemiológicos da infecção pelo HIV nesse grupo populacional,</p>

	<p>http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/recomendacoes-para-atencao-integral-adolescentes-e-jovens-vivendo-com-hiv-aids-2013</p>	<p>considerações sobre a adolescência, revelação diagnóstica, adesão ao tratamento, saúde sexual e reprodutiva, avaliação nutricional e transição.</p>
	<p>Cartilha: <i>Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV.</i> (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SP, 2015)</p> <p>https://issuu.com/crtdstaidssp/issuues/2015/01/15/livro_saude_reprodutiva</p>	<p>O manual é destinado a profissionais que trabalham com população infectada pelo HIV, instrumentalizando para questões ligadas a concepção e anticoncepção, com capítulo especialmente dedicado a adolescentes e jovens.</p>
<p>Para trabalhar com médicos pediatras sobre as especificidades da saúde de adolescentes.</p>	<p><i>Medicina de adolescentes</i> (LOURENÇO et al., 2014)</p>	<p><i>Medicina de Adolescentes</i> foi planejado para colaborar com o(a) pediatra dentro da realidade moderna que consiste em compreender o adolescente como a figura especial que ele é, com suas particularidades de desenvolvimento, saúde e doença. Elaborado por especialistas com vasta experiência, apresenta de maneira abrangente, porém objetiva, os principais aspectos da atenção à saúde do adolescente. Inicia com uma importante seção de princípios gerais, prossegue com prevenção de agravos e promoção de saúde, uma indispensável seção sobre aspectos nutricionais, outra de sexualidade e contracepção e conclui com uma abrangente coletânea de situações especiais e de risco.</p>
<p>Para conhecer os serviços oferecidos pelas Casas do Adolescentes.</p>	<p>Livro: <i>Adolescer, verbo de transição.</i> Relato sobre o Programa de Saúde do Adolescente do Estado de São Paulo e as Casas do Adolescente (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SP, 2016)</p>	<p>Além de apresentar detalhadamente o Programa Estadual de Saúde do Adolescente, oferece relatos e balanços das atividades realizadas nas Casas do Adolescente do Estado. Pode inspirar o desenvolvimento de parcerias e ações dirigidas para este público em serviços de saúde.</p>
<p>Para promover práticas não medicalizantes em serviços de Saúde e Educação.</p>	<p><i>Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde</i> (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA</p>	<p>Esse material tem como objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorecer a compreensão das necessidades relativas a educação, saúde e vida de crianças, adolescentes,

	<p>EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2013)</p> <p>https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/06/CFP_CartilhaMedicalizacao_w eb-16.06.15.pdf</p>	<p>familiares e seus grupos sociais, a partir de uma perspectiva não medicalizante;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoiar a abordagem não medicalizante dessas necessidades de indivíduos e coletivos no trabalho de profissionais e serviços de educação e saúde; e - Fornecer instrumentos potencializadores de práticas de educação e cuidados em saúde que contemplem a diversidade nas formas de ser e aprender, respeitando os direitos de crianças e adolescentes.
<p>Para capacitar médicos e outros profissionais de saúde para atuarem sobre o tema do suicídio.</p>	<p>Cartilha: <i>Suicídio: informando para prevenir</i> (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014)</p> <p>https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf</p>	<p>O suicídio está entre as primeiras causas de mortalidade na adolescência e na juventude. Uma tentativa de suicídio é um evento que pode levar os indivíduos a um primeiro contato com um profissional que os ajude. Na maioria das vezes, esse primeiro contato não se dará com um psiquiatra, mas com um profissional dos serviços de pronto-atendimento ou um médico da atenção primária. O objetivo principal dessa cartilha é fornecer informações aos médicos sobre o tema, de forma que os ajude a identificar pessoas em risco e prevenir o ato suicida.</p>
<p>Para trabalhar o tema da saúde digital com profissionais, adolescentes e seus pais ou responsáveis.</p>	<p>Manual de orientação: <i>Saúde de crianças e adolescentes na era digital</i> (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; DEPARTAMENTO DE ADOLESCÊNCIA, 2016)</p> <p>http://estaticog1.globo.com/2016/11/06/19166d-MOrient-Saude-Crian-e-Adolesc.pdf</p>	<p>Voltado para pais, pediatras, educadores, crianças e adolescentes, o documento traz 50 recomendações práticas sobre como lidar com a internet, especialmente adaptadas para a realidade do nosso país.</p>
	<p><i>Cartilha de segurança para internet</i>, versão 4.0. (COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL; NUCLEO DE INFORMAÇÃO E COORDENAÇÃO DO PONTO BR; CENTRO DE ESTUDOS, RESPOSTA E TRATAMENTO DE INCIDENTES DE SEGURANÇA NO BRASIL, 2012)</p>	<p>A Cartilha de Segurança para Internet é um documento com recomendações e dicas sobre como o usuário de internet deve se comportar para aumentar a sua segurança e se proteger de possíveis ameaças. O documento apresenta o significado de diversos termos e conceitos utilizados na rede mundial de computadores, aborda os riscos de uso dessa tecnologia e fornece uma série de dicas e cuidados a serem tomados pelos</p>

	https://www.cgi.br/media/docs/publicacoes/1/cartilha-seguranca-internet.pdf	usuários para se protegerem dessas ameaças. A produção dessa cartilha foi feita pelo Centro de Estudos, Resposta e Tratamento de Incidentes de Segurança no Brasil (CERT.br), que é um dos serviços prestados para a comunidade Internet do Brasil pelo Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR (NIC.br), o braço executivo do Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI.br).
Para encontrar sugestões de atividades socioeducativas realizáveis em serviços de saúde e para conhecer melhor o funcionamento dos serviços socioeducativos existentes na rede intersetorial.	Brochura: <i>Parâmetros Socioeducativos: proteção social para crianças, adolescentes e jovens</i> (CENPEC; PREFEITURA DE SÃO PAULO; SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2007) https://craspsicologia.files.wordpress.com/2013/04/parametros-das-ac3a7c3b5es-socioeduc-cad-3.pdf	Embora seja destinado a profissionais e serviços da Assistência Social, esse documento contém recursos e informações úteis para desenvolver atividades socioeducativas com adolescentes e jovens, em serviços de saúde ou em parceria com serviços da rede intersetorial. O documento “contém orientações sobre o funcionamento dos serviços socioeducativos, as metas de aprendizagem, as referências metodológicas e um repertório de atividades” sobre diversos temas relevantes entre 12 e 15 anos e entre 15 e 18 anos, inclusive sobre o tema da saúde nessas faixas etárias.
Para trabalhar junto com escolas na prevenção e no encaminhamento de casos relativos ao consumo de álcool e drogas .	Artigo: Orientação de prevenção e encaminhamento de casos relativos a álcool e drogas: utilizando a redução de danos como promoção de saúde e prevenção de violências na escola (FIGUEIREDO et al., 2014) www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/levs/article/view/4216/3076	O artigo propõe um protocolo escolar visando à prevenção de problemas de saúde e violência que podem decorrer de situações que envolvem drogas legais e ilegais. Partindo da recomendação do Ministério da Saúde de adoção da abordagem de redução de danos, promove ações pedagógicas para o enfoque realista do tema e para o fortalecimento e a instrumentalização dos educandos para lidar de forma crítica e autônoma com a presença dessas substâncias em suas vidas e meios sociais. Também previne violências institucionais que a escola possa cometer contra alunos quando reproduz discursos repressivos.
Para trabalhar o tema da alimentação .	<i>Guia alimentar para a população brasileira</i> . Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (BRASIL;	Esse guia aborda aspectos úteis para organizar atividades sobre o tema da alimentação, tais como a escolha dos alimentos, o modo como prepará-los para a refeição, as implicações do ato de comer e a comensalidade, assim como a

	<p>MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)</p> <p>http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2e_d.pdf</p>	compreensão e a superação de obstáculos eventuais.
Para acompanhar o desenvolvimento puberal de adolescentes	<p>Brochura: <i>Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica</i> (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a)</p> <p>http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf</p>	Manual desenvolvido pelo Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde. Detalha as ferramentas para avaliação do desenvolvimento puberal, bem como aborda outros tópicos importantes sobre a saúde na adolescência.
	<p>Cartilha: <i>Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde</i> (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013c)</p> <p>http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_basica_saude_adolescente.pdf</p>	Também desenvolvido pelo Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde, traz o enfoque do trabalho na APS, orientando as equipes sobre como atuar em temas específicos, como crescimento e desenvolvimento e saúde sexual.

8.3 Dados e informações sobre a população adolescente e jovem no Brasil e no Estado de São Paulo

Apresentamos uma seleção de recursos para conhecer melhor a população adolescente e jovem no Brasil e no Estado de São Paulo. Esses dados podem auxiliar no planejamento e na justificativa de ações em saúde para essas populações.

- Informações de saúde (TabNet) do DATASUS: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>
- A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada pelo IBGE em parceria com os Ministérios da Saúde e da Educação: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?=&t=o-que-e>
- A PNAD, do IBGE: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/educacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html?=&t=o-que-e>
- O IPVS e o IPRS: <http://www.iprs.seade.gov.br/ipvs2010/view/index.php?prodCod=2>
- Outros produtos do SEADE: <https://www.seade.gov.br/lista-produtos/>

- Publicações do Mapa da Violência, entre as quais várias edições foram consagradas a violências afetando adolescentes e jovens: <https://www.mapadaviolencia.org.br/>
- Dados do sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), que permitem conhecer, somente **para a população adulta (incluindo jovens acima de 18 anos)**, as taxas de diabetes, obesidade, câncer, doenças respiratórias crônicas e cardiovasculares, como hipertensão arterial, assim como seus fatores de risco e proteção (tabagismo, alimentação, atividade física e uso de bebidas alcoólicas), em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal: <http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/indicadores-de-saude/vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico-vigitel>

9 Sobre o projeto

O projeto para a construção da Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J) contou com a aprovação dos comitês de ética em pesquisa da FMUSP (CAAE: 64912817.5.0000.0065 / Parecer: 1.977.538), do Instituto de Saúde CEPIS-SP (CAAE: 64912817.5.3001.5469 / Parecer: 2.110.899) e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CAAE: 64912817.5.3002.0086 / Parecer: 2.208.541).

Suas etapas metodológicas são sintetizadas na Figura 27, a seguir.



Figura 27 – As etapas da metodologia do projeto de LCA&J

A primeira etapa contemplou o trabalho de revisão bibliográfica e a construção, realização e análise dos resultados do questionário apresentado abaixo (item 9.1). A segunda, além da organização de três reuniões com os *experts* selecionados para apoiarem o projeto, considerou a concepção, realização e análise dos resultados dos grupos focais apresentados no item 9.2. Os resultados apresentados concentram-se nos aspectos mais úteis para a implementação da LCA&J. A terceira abrangeu a concepção, realização e análise das conclusões de seis oficinas em três regiões-piloto, visando a dar início à implementação local da LCA&J, cujos roteiros inspiraram a proposta de oficinas e exercícios apresentada na seção 7. Também exibimos, na parte 9.3, alguns dos resultados dessas oficinas que julgamos mais relevantes para auxiliar na implementação desta LCA&J em outras regiões e municípios: trata-se dos pontos que foram julgados como prioritários em curto, médio e longo prazos para realizar essa implementação em cada um dos seus territórios.

Essa apresentação sintética dos principais dados produzidos pelo projeto tem como objetivo trazer uma maior compreensão do processo que resultou na proposta da LCA&J e neste documento. A leitura pode contribuir para o conhecimento da oferta de cuidados a adolescentes e jovens proporcionada por serviços ambulatoriais do SUS em São Paulo, no momento atual, incluindo a forma de articulação entre eles. Além disso, trará informações sobre a percepção de adolescentes, jovens, profissionais de saúde, intersetoriais, gerentes e gestores da saúde sobre temas como adolescência, juventude, necessidades de saúde e como deveria ser a LCA&J. A descrição das oficinas nas regiões-piloto permite conhecer as realidades dessas localidades, além das recomendações dos participantes para a implementação e efetivação da LCA&J. Já a experiência local do Ocupe o CSE favorece a identificação de dispositivos para o cuidado integral de adolescentes e jovens, nos

serviços, enfocando a promoção da saúde, da cidadania e dos direitos humanos, a participação social, a intersectorialidade e a educação em saúde.

9.1 Questionário descritivo das atividades desenvolvidos em serviços de saúde do Estado de São Paulo

Uma apresentação resumida dos objetivos, da metodologia e dos resultados do questionário encontra-se na seção 1.4.2 – *A atenção à saúde de adolescentes e jovens do Estado de São Paulo*. A seguir, além de um rápido aprofundamento acerca da metodologia, são apresentados e discutidos alguns dados suplementares, assim como as tabelas detalhando os resultados das perguntas citadas na apresentação acima.

Metodologia

Como parte da construção desta LCA&J, foi desenvolvido um questionário estruturado para aplicação nos serviços ambulatoriais do SUS do Estado de São Paulo, com o objetivo de realizar um panorama descritivo das práticas já desenvolvidas com adolescentes e jovens, servindo, assim, de base para a implantação da LCA&J. Entre os dias 26 de junho e 19 de dezembro de 2017, esse questionário foi divulgado por diversos meios – por intermédio de articuladores regionais e municipais, assim como via e-mails e ligações telefônicas diretas – para ser preenchido por todos os serviços ambulatoriais do estado que foram identificados como relevantes para a LCA&J: UBS com e sem Estratégia da Saúde da Família (ESF) (referenciadas a seguir como Unidades de Atenção Básica); CAPS de todos os tipos; SAE e CTA (referenciados a seguir como serviços de DST/Aids); Casas do Adolescente (referenciadas a seguir como Serviços de atenção especializada a adolescentes); e ambulatórios hospitalares de atenção especializados em adolescentes (de hebiatria e de infectologia e vírus da imunodeficiência humana (HIV), em hospitais universitários, referidos a seguir como Serviços hospitalares).

A orientação que acompanhava o questionário solicitava que fosse respondido, idealmente, pelo gerente, junto com membros da equipe responsáveis pelas ações dirigidas a adolescentes e jovens. Deste modo, cada respondente ao questionário representa *um serviço ou ambulatório*. Em vez de realizarmos uma amostra representativa, optamos por solicitar a resposta do máximo de serviços durante o prazo elencado; com efeito, era importante que todos tivessem uma chance de responder e conhecer o projeto, de modo que lhe conferisse legitimidade e representatividade política, bem como despertasse o interesse do maior número possível de equipes, gerentes e gestores, facilitando, portanto, os próximos passos da implantação.

O instrumento contém 50 itens, cujos resultados serão resumidos a seguir, enfocando as práticas mais relevantes para a construção da LCA&J e buscando destacar sua diversidade, diferenciando quais eram mais e menos frequentes entre os serviços respondentes. A maior parte das questões admitia a seleção de mais de uma alternativa de resposta, o que resulta em uma soma de réplicas usualmente superior a 100%, pois a frequência de cada uma delas foi calculada *separadamente para cada alternativa* em relação ao total de respostas válidas à questão considerada, excluindo-se os *missings* de cada resposta.

Um total de 949 serviços (correspondendo a 17,6% dos 5.402 contabilizados no Estado de São Paulo pelo DATASUS em 2017 (DATASUS; MINISTÉRIO DA SAÚDE, s.d.)) responderam, informando suas práticas. A maioria deles são UBS (Tabela 1). Portanto, os resultados dessa aplicação refletem especialmente práticas vigentes em serviços de APS.

Definição de adolescência e juventude

A idade mais citada pelos serviços respondentes como início da adolescência foi 12 anos (n=592; 63,5%). Outra idade citada por mais de 10% dos respondentes foi 10 anos (n=178; 19,1%). Interessante notar que cada tipo de serviço apresentou tendências diferentes na resposta a essa questão. Dez anos foi a idade de início da adolescência indicada pela maioria dos serviços de atenção especializada a adolescentes (n=13; 59,1%) e dos serviços hospitalares (n=5; 55,6%). Doze anos foi a idade de início da adolescência indicada pela maioria dos CAPS (n=82; 81,25), SAE e CTA (n=33; 68,8%) e das UBS (n=440; 62,3%).

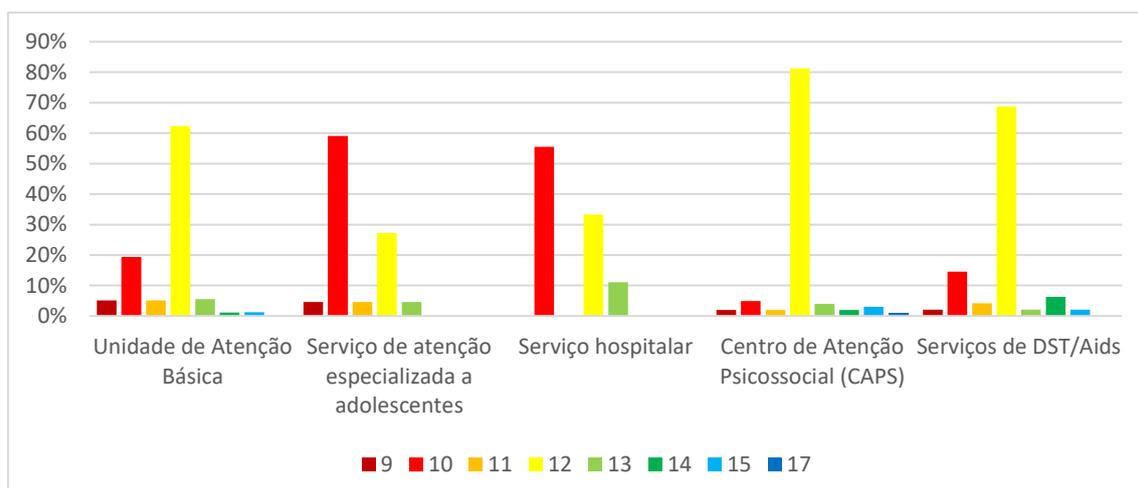


Figura 28 – Resultados do questionário: idades indicadas como início da adolescência, em frequência, por tipo de serviço

A idade mais citada pelos serviços respondentes como fim da adolescência foi 18 anos (n=551; 59,2%). Outras idades citadas por mais de 10% dos serviços foram 19 (n=152; 16,3%) e 17 anos (n=141; 15,1%). Dezoito anos foi a idade de fim da adolescência indicada pela maioria dos CAPS (n=69; 68,3%), das UBS (n=421; 59,7%) e dos SAE e CTA (n=28; 58,3%). Nos outros serviços, nenhuma idade foi indicada por mais da metade dos serviços de um dado tipo. A idade mais indicada entre os serviços de atenção especializada a adolescentes foi 19 anos (n=8; 36,4%); entre os hospitalares, foi 20 anos (n=3; 33,3%).

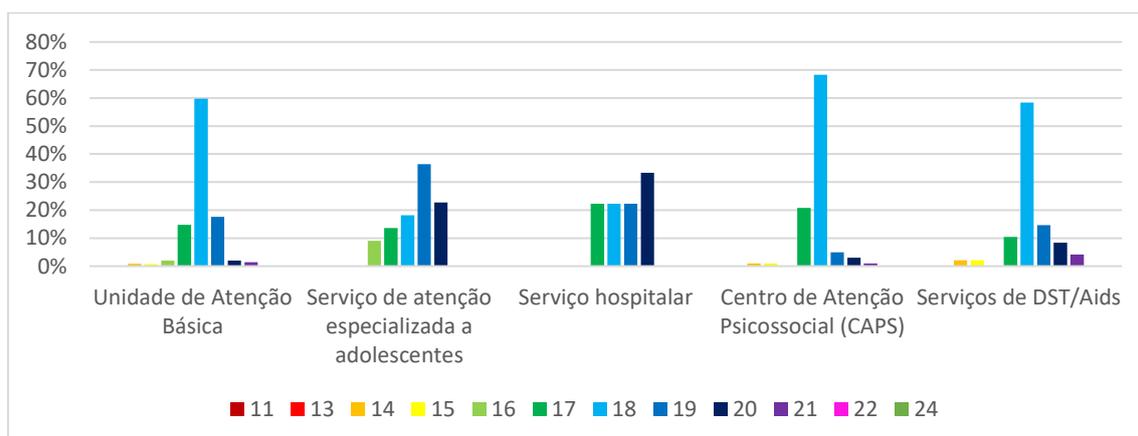


Figura 29 – Resultados do questionário: idades indicadas como fim da adolescência, em frequência, por tipo de serviço

As idades mais citadas pelos serviços respondentes como início da juventude foram 18 (n=363; 39,2%), 15 (n=186; 20,1%) e 19 anos (n=154; 16,6%). Dezoito anos foi a idade de início da juventude

indicada por mais da metade dos CAPS; estes representam o único tipo de serviço no qual mais da metade indicou uma determinada idade. Dezoito anos também foi a idade mais indicada entre as UBS (n=267; 37,9%) e entre os SAE e CTA (n=18; 38,3%). Entre os serviços hospitalares, a idade mais indicada foi 15 anos (n=5; 37,5%), e entre os de atenção especializada a adolescentes, foi 20 anos (n=6; 31,6%).

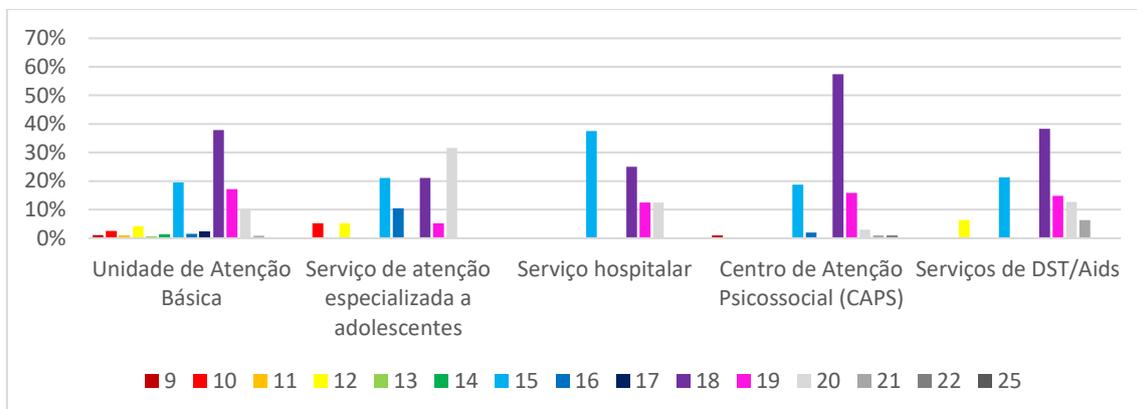


Figura 30 – Resultados do questionário: idades indicadas como início da juventude, em frequência, por tipo de serviço

As idades mais citadas pelos serviços respondentes como fim da juventude foram 24 (n=228; 24,7%), 30 (n=209; 22,7%), 29 (n=195; 21,1%) e 25 anos (n=107; 11,6%). Vinte e quatro anos foi a idade mais indicada como fim da juventude entre as UBS (n=164; 23,5%), os serviços de atendimento especializados para adolescentes (n=6; 31,6%); os serviços hospitalares (n=4; 50%) e os SAE e CTA (n=20; 42,6%). Entre os CAPS, a idade mais indicada foi 30 anos (n=25; 24,5%).

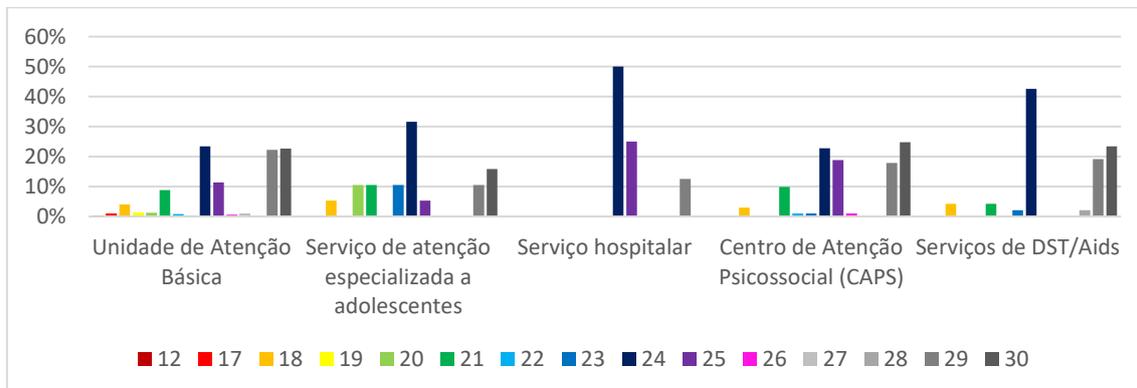


Figura 31 – Resultados do questionário: idades indicadas como fim da juventude, em frequência, por tipo de serviço

Tomados em conjunto, esses dados sugerem que a definição da adolescência como faixa etária é mais consensual, entre os serviços respondentes, do que a definição da juventude, na qual nenhuma faixa etária reúne mais da metade dos respondentes, parecendo depender mais da opinião e experiência pessoal do(s) respondente(s) que de alguma referência normativa compartilhada. O critério utilizado pelos serviços para definir essas faixas etárias traz dados complementares sobre esse aspecto.

O ECA é o critério mais utilizado pelos serviços respondentes (n=721; 75,9%) para a definição de adolescentes e jovens. Além disso, 374 serviços (39,4%) utilizam os critérios da OMS. Apenas 176 (18,5%) utilizam o EJ (BRASIL, 2013).

O ECA é o critério utilizado pela maioria das UBS (n=551; 76,4%), dos CAPS (n=83; 81,4%) e dos SAE e CTA (n=34; 70,8%). Também é utilizado por nove (40,9%) serviços de atenção especializada a adolescentes e quatro (44,4%) serviços hospitalares.

A recomendação da OMS, por sua vez, é um critério utilizado pela maioria dos serviços de atenção especializada a adolescentes (n=12; 54,5%) e dos serviços hospitalares (n=6; 66,7%) para a definição de adolescentes e jovens. Também é utilizado por 299 (41,5%) UBS, 29 (28,4%) CAPS e 13 (27,4%) SAE e CTA.

Nenhum tipo de serviço utiliza majoritariamente o EJ. Esse critério é mais utilizado entre os SAE e CTA (n=11; 22,9%) e menos utilizado entre os CAPS (n=16; 15,7%).



Figura 32 – Resultados do questionário: critério utilizado para a definição de adolescência e juventude

Discussão: dois perfis de serviço

Em síntese, observam-se dois perfis de serviço: por um lado, aqueles que utilizam majoritariamente o ECA para definição de adolescência e juventude (UBS, CAPS, SAE e CTA) também definem majoritariamente a adolescência como faixa etária de 12 a 18 anos; por outro lado, os serviços que utilizam majoritariamente os critérios da OMS (serviços hospitalares e de atenção especializada a adolescentes) definem majoritariamente a adolescência como faixa etária de 10 a 19 ou 20 anos.

Os dados sobre faixas etárias atendidas vão no sentido das entrevistas e das oficinas realizadas com profissionais e gerentes de serviços de saúde (apresentados a seguir nas seções 9.2 e 9.3): sugerem que, muitas vezes, a distinção mais utilizada na prática é entre infância e idade adulta, sendo a adolescência então tratada como a parte tardia (e muitas vezes “problemática”) da infância ou relacionada ao grupo das crianças apresentando precocemente comportamentos e preocupações atribuídas à idade adulta. Mesmo quando falam de adolescentes, esses profissionais e gerentes com frequência os chamam de “crianças”. Nas UBS, nos CAPS e nos SAE e CTA, embora possam existir iniciativas isoladas, a adolescência é raramente tratada como uma faixa etária distinta, alvo de cuidados diferenciados. O ECA, referência utilizada na maioria desses serviços, justamente trata em conjunto os direitos da infância e da adolescência.

Por outro lado, quase todos os serviços hospitalares respondentes são, na verdade, serviços especializados em adolescência e/ou pediatria. Isso os aproxima dos serviços de atenção especializada a adolescentes, a tal ponto que muitos desses serviços hospitalares identificaram-se como serviços de atenção especializada a adolescentes. Pode ser que o ECA, ao não enfatizar

suficientemente a distinção entre infância e adolescência que justifica a existência desses serviços, não seja visto por eles como uma referência adequada. Buscariam então na OMS a sua definição da adolescência. De maneira geral, esses dados sugerem que pode haver confusão e falta de clareza entre os critérios legais para essas faixas etárias (ECA e EJ) e os critérios de abordagem de saúde e estudos epidemiológicos adotados pela OMS.

O início da juventude é majoritariamente definido como 18 anos pelos mesmos tipos de serviços que utilizam mais o ECA, o que sugere que a juventude é principalmente definida por esses serviços como continuação da adolescência, as duas categorias sendo mutuamente excludentes. Essa interpretação contrasta tanto com as definições da OMS quanto com as do Estatuto da Juventude, as quais marcam o início da juventude aos 15 anos, ou seja, consideram que esta inclui a segunda metade da adolescência.

Enfim, nenhum padrão de resposta emerge no que tange à definição do fim da juventude; a maioria das respostas divide-se entre 24 ou 25 anos e 29 ou 30 anos. A falta de consenso geral em torno da definição da juventude, em particular entre os tipos de serviços que citam menos o ECA como referência, reflete a menor taxa de serviços referindo-se ao EJ e também a diversidade das definições disponíveis internacionalmente: as Nações Unidas definem a juventude como faixa etária entre 15 e 24 anos, mas alguns relatórios da OMS chamam de juventude a faixa de 10 a 29 anos (ver por exemplo Krug et al. (2002)). A juventude recebe frequentemente definições qualitativas mais do que faixas etárias precisas (o que precede a idade adulta, incluindo a infância; a transição entre o fim da educação compulsória e o início da inserção profissional; etc.), e isso se reflete nas respostas.

Demandas identificadas

Tabela 2 – Principais questões que motivam a procura de adolescentes e jovens pelo serviço

Demandas identificadas	n	%
Sexualidade	668	70,4
Atendimento odontológico	633	66,7
Trabalho e renda	599	63,1
Reprodução	546	57,5
Queixa escolar	532	56,1
Uso de álcool	498	52,5
Solicitação da família	468	49,3
Corpo e puberdade	436	45,9
Uso de drogas ilícitas	409	43,1
Depressão, ansiedade ou sofrimento emocional	389	41,0
Situações de violência	363	38,3
Doenças de vias aéreas respiratórias	362	38,1
Família, amigos, etc.	319	33,6
Vacinações	316	33,3
Tratamento de doenças crônicas	262	27,6
Gestação e pré-natal	262	27,6

Declaração para a prática de atividades físicas	240	25,3
Nutrição ou alimentação	238	25,1
Outros	158	16,6
Não se aplica	17	1,8
Demanda judiciária	0	-
Total (respostas válidas)	949	100,0

Equipe de saúde

Tabela 3 – Critérios para escolha de profissionais que atuam com adolescentes

Critérios adotados	n	%
Interesse pessoal ou afinidade com esse público	444	49,2
Capacitação em temas relacionados à atenção a adolescentes (crescimento e puberdade; saúde sexual e reprodutiva; direitos; violência; álcool e outras drogas; etc.)	285	31,6
Disponibilidade de agenda	276	30,6
Capacitação para atuação multiprofissional	273	30,3
Capacitação para ações em rede e intersetoriais	182	20,2
Capacitação em estratégias de comunicação e educação em saúde (mediação de oficinas, grupos educativos, meios de divulgação e comunicação, entre outros)	171	19,0
Outros	141	15,6
Não se aplica	115	12,7
Formação específica para atuar com adolescentes (aprimoramento/pós-graduação/residência em saúde da criança e do adolescente, hebiatria ou profissionalização voltada à adolescência)	79	8,8
Total (respostas válidas)	949	100,0

Acesso ao serviço

Tabela 4 – Acesso de adolescentes ao primeiro atendimento, sem a presença de pais, familiares ou responsáveis, segundo faixa etária

Faixa/critério adotado	n	%
A partir de 10 anos	118	13,9
A partir de 12 anos	265	31,3
A partir de 15 anos	151	17,8
O acompanhamento por responsáveis é sempre obrigatório para essa atividade.	264	31,2
Total (respostas válidas)	846	100,0

Tabela 5 – Situações em que pais, familiares ou responsáveis são informados sobre os conteúdos dos atendimentos realizados com adolescentes

Situações levantadas	n	%
Nos casos em que o(a) profissional e o(a) adolescente consideram que há necessidade de informar, e com o expresso consentimento do(a) usuário(a)	475	51,9
Em alguns casos, quando os profissionais julgam necessário informar, independentemente do consentimento do(a) usuário(a)	222	24,3
Os pais, familiares ou responsáveis sempre são mantidos informados sobre os conteúdos dos atendimentos realizados com adolescentes	139	15,2
Total (respostas válidas)	914	100,0

Atividades realizadas

Tabela 6 – Tópicos abordados rotineiramente nos atendimentos individuais a adolescentes

Tópicos abordados	n	%
Levantamento de dúvidas e outras questões trazidas pelo usuário	759	80,0
Aconselhamento sobre saúde sexual e reprodutiva	758	79,9
Identificação de queixas e sintomas e evolução do quadro clínico	729	76,8
Orientação sobre atividades, procedimentos, tratamentos e outros recursos e ofertados no serviço	727	76,6
Apoio à adesão ao tratamento se for o caso	701	73,9
Identificação de riscos e situações de vulnerabilidade	671	70,7
Sigilo e confidencialidade dos atendimentos	629	66,3
Conversa sobre história de vida e cotidiano do(a) usuário(a)	559	58,9
Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento puberal	537	56,6
Direitos humanos e saúde	411	43,3
Avaliação socioeconômica e orientação sobre direitos e benefícios sociais	392	41,3
Total (respostas válidas)	949	100,0

Tabela 7 – Atividades em grupo desenvolvidas com adolescentes

Atividades desenvolvidas	N	%
Atividades fora da unidade (exemplo: em escolas, centros esportivos, culturais, comunidade, etc.)	510	53,7
Atendimento terapêutico em grupo	308	32,5
Grupos socioeducativos, temáticos	272	28,7
Atividades para pais, responsáveis, familiares, parceiros(as) de usuários(as)	256	27,0
Grupos de acolhimento para novos(as) usuários(as)	188	19,8
Grupos de apoio	185	19,5
Atividades socioculturais e/ou esportivas	179	18,9
Atividades manuais, artesanais ou artísticas	174	18,3

Ações por pares (adolescentes multiplicadores)	58	6,1
Total (respostas válidas)	949	100,0

Tabela 8 – Temas abordados em atividades individuais e/ou em grupo com adolescentes

Temas abordados	n	%
Álcool	681	71,8
Arte e cultura	679	71,5
Sexualidade	677	71,3
Alimentação	657	69,2
Saúde reprodutiva	632	66,6
Drogas ilícitas	617	65,0
Saúde bucal	601	63,3
Maternidade, paternidade	583	61,4
Puberdade, mudanças corporais, autoconhecimento e autocuidado	572	60,3
Saúde mental	569	60,0
Violência	564	59,4
Tabaco	538	56,7
Relacionamentos sociais: família, amigos(as), namoros	500	52,7
Atualização do cartão de vacinas	497	52,4
Percepções sobre o próprio corpo, autoestima, padrões de beleza	492	51,8
Escola, estudos	470	49,5
Projetos de vida e planos	384	40,5
Relações de gênero	374	39,4
Direitos e cidadania	351	37,0
Homofobia, transfobia, LGBTfobia	347	36,6
Participação social	330	34,8
Trabalho, profissionalização	321	33,8
Meio ambiente	303	31,9
Discriminação racial	301	31,7
Atividade física, esportes, práticas corporais	274	28,9
Deficiências, práticas e políticas inclusivas	209	22,0
Outros	205	21,6
Segurança no trânsito	130	13,7
Chás e plantas medicinais	100	10,5

Total (respostas válidas)	949	100,0
---------------------------	-----	-------

Tabela 9 – Ações específicas para população jovem de 18 a 30 anos diferenciadas do restante da população adulta

São realizadas ações específicas/diferenciadas para jovens de 18 a 30 anos?	n	%
Não	662	73,6
Sim	191	21,2
O serviço não atende a faixa etária de 18 a 30 anos	47	5,2
Total (respostas válidas)	900	100,0

Tabela 10 – Temas abordados em atividades individuais e/ou em grupo com jovens de 18 a 30 anos

Temas abordados	n	%
Segurança no trânsito	605	63,8
Chás e plantas medicinais	577	60,8
Arte e cultura	558	58,8
Relações de gênero	547	57,6
Meio ambiente	526	55,4
Relacionamentos sociais: família, amigos(as), namoros	512	54,0
Escola, estudos	508	53,5
Drogas ilícitas	508	53,5
Alimentação	506	53,3
Saúde reprodutiva	497	52,4
Violência	491	51,7
Deficiências, práticas e políticas inclusivas	449	47,3
Maternidade, paternidade	395	41,6
Projetos de vida e planos	377	39,7
Percepções sobre o próprio corpo, autoestima, padrões de beleza	357	37,6
Trabalho, profissionalização	314	33,1
Saúde mental	307	32,3
Discriminação racial	303	31,9
Puberdade, mudanças corporais, autoconhecimento e autocuidado	298	31,4
Direitos e cidadania	294	31,0
Álcool	280	29,5
Tabaco	278	29,3
Saúde bucal	245	25,8

Outros	235	24,8
Atividade física, esportes, práticas corporais	219	23,1
Participação social	191	20,1
Sexualidade	181	19,1
Homofobia, transfobia, LGBTfobia	129	13,6
Atualização do cartão de vacinas	128	13,5
Total (respostas válidas)	949	100,0

Articulações com a rede de saúde

Tabela 11 – Ações desenvolvidas com outros serviços disponíveis nas redes municipal e regional voltadas para a saúde de adolescentes e jovens

Ações desenvolvidas	n	%
Encaminhamento do(a) usuário(a) por referência e contrarreferência	763	80,4
Reuniões agendadas em função das necessidades	647	68,2
Matriciamento (apoio matricial, atendimento compartilhado, supervisão)	522	55,0
Elaboração de projetos para ações conjuntas entre os serviços	499	52,6
Reuniões periódicas entre profissionais dos serviços	427	45,0
Participação em redes temáticas	369	38,9
Contato direto não presencial entre os serviços (telefone, e-mail, etc.)	339	35,7
Palestras informativas desenvolvidas por esse serviço de saúde em outros serviços de saúde ou equipamentos da rede intersetorial (escolas, centros comunitários, etc.)	249	26,2
Teleconferência	142	15,0
Oficinas temáticas organizadas pelo conjunto de serviços da rede local/regional voltadas a adolescentes, jovens, famílias e/ou à comunidade do território	100	10,5
Prontuário eletrônico compartilhado	33	3,5
Total (respostas válidas)	949	100,0

Acima de 289 (40%) UBS realizam encaminhamentos de adolescentes e jovens para os seguintes tipos de serviço: AME, hospital, ambulatório de especialidades, serviços de atenção à criança, CAPS AD adulto e CEO (Tabela 11). Já o encaminhamento para UBS/USF é referido por 9 (41%) serviços de atenção especializada a adolescentes, 7 (78%) serviços hospitalares, 51 (50%) CAPS e 25 (52%) SAE (Tabelas 12 a 16).

Tabela 12 – Encaminhamentos de adolescentes e jovens realizados por UBS

Encaminhamentos realizados	n	%
AME	308	43
Hospital	294	41

Ambulatórios de especialidades	291	40
Serviços de atenção à criança	289	40
CAPS AD adulto	289	40
CEO	289	40
CAPS AD IJ	253	35
Serviços especializados em reabilitação	251	35
Serviços de atenção ambulatorial especializada em HIV/aids e hepatites virais	227	31
CAPS IJ	219	30
CTA	217	30
Serviços de atenção à mulher	203	28
NASF	196	27
UBS/USF	169	23
Outros serviços da rede de atenção psicossocial	166	23
CEREST	163	23
Ambulatório de atenção especializada em adolescentes	158	22
Equipes multiprofissionais de apoio e supervisão	155	21
CAPS adulto	151	21
CECCO	126	17
Casa do Adolescente	87	12
Outros	21	3
Total (respostas válidas)	721	100

Tabela 13 – Encaminhamentos de adolescentes e jovens realizados por SAE a adolescentes

Encaminhamentos realizados	n	%
Hospital	9	41
UBS/USF	9	41
Ambulatórios de especialidades	8	36
AME	7	32
Serviços de atenção à criança	7	32
NASF	7	32
Outros serviços da rede de atenção psicossocial	7	32
CAPS AD adulto	6	27
Serviços especializados em reabilitação	6	27
CAPS IJ	6	27
CEO	5	23

Serviços de atenção ambulatorial especializada em HIV/aids e hepatites virais	5	23
CTA	5	23
Serviços de atenção à mulher	5	23
CAPS adulto	5	23
CAPS AD IJ	4	18
Ambulatório de atenção especializada em adolescentes	4	18
Casa do Adolescente	3	14
Equipes multiprofissionais de apoio e supervisão	2	9
CECCO	2	9
CEREST	1	5
Total (respostas válidas)	22	100

Tabela 14 – Encaminhamentos de adolescentes e jovens realizados por serviços hospitalares

Encaminhamentos realizados	n	%
Hospital	8	89
CAPS IJ	8	89
Serviços de atenção à criança	7	78
UBS/USF	7	78
NASF	6	67
CAPS adulto	6	67
Serviços especializados em reabilitação	5	56
Outros serviços da rede de atenção psicossocial	5	56
AME	4	44
Serviços de atenção ambulatorial especializada em HIV/aids e hepatites virais	4	44
CAPS AD adulto	3	33
CEO	3	33
CAPS AD IJ	3	33
Serviços de atenção à mulher	3	33
Equipes multiprofissionais de apoio e supervisão	3	33
Ambulatórios de especialidades	2	22
CTA	2	22
CECCO	1	11
Outros	1	11
Ambulatório de atenção especializada em adolescentes	0	0
CEREST	0	0

Casa do Adolescente	0	0
Total (respostas válidas)	9	100

Tabela 15 – Encaminhamentos de adolescentes e jovens realizados por CAPS

Encaminhamentos realizados	n	%
UBS/USF	51	50
Hospital	43	42
AME	42	41
CAPS AD IJ	38	37
Outros serviços da rede de atenção psicossocial	38	37
Serviços especializados em reabilitação	36	35
NASF	36	35
CAPS AD adulto	35	34
Serviços de atenção à criança	34	33
Ambulatórios de especialidades	29	28
CEO	25	25
CTA	22	22
Serviços de atenção à mulher	22	22
CECCO	22	22
Serviços de atenção ambulatorial especializada em HIV/aids e hepatites virais	21	21
CAPS IJ	15	15
Ambulatório de atenção especializada em adolescentes	13	13
CAPS adulto	10	10
Equipes multiprofissionais de apoio e supervisão	10	10
Casa do Adolescente	10	10
Outros	6	6
CEREST	5	5
Total (respostas válidas)	102	100

Tabela 16 – Encaminhamentos de adolescentes e jovens realizados por SAE e CTA

Encaminhamentos realizados	n	%
UBS/USF	25	52
AME	24	50
Hospital	21	44
Serviços de atenção à criança	19	40
CAPS AD adulto	19	40

Ambulatórios de especialidades	17	35
CAPS AD IJ	16	33
Serviços de atenção ambulatorial especializada em HIV/aids e hepatites virais	16	33
Outros serviços da rede de atenção psicossocial	16	33
CEO	15	31
CAPS IJ	15	31
CTA	15	31
Serviços de atenção à mulher	14	29
NASF	13	27
Serviços especializados em reabilitação	10	21
CEREST	10	21
Ambulatório de atenção especializada em adolescentes	9	19
CAPS adulto	9	19
Casa do Adolescente	9	19
Equipes multiprofissionais de apoio e supervisão	7	15
CECCO	5	10
Outros	2	4
Total (respostas válidas)	48	100

Ações gerenciais

Tabela 17 – Utilização dos dados registrados sobre os(as) usuários(as) para a organização do trabalho no serviço

Uso de dados	N	%
Para identificar o perfil do público atendido	648	68
Para identificar situações de risco e vulnerabilidade dos(as) usuários(as)	604	64
Para planejar ações para usuários em situação de risco e vulnerabilidade	541	57
Para planejar ações para os grupos com maior demanda	531	56
Para identificar problemas de acesso ao serviço	396	42
Para avaliar o cumprimento de metas ou a produtividade	382	40
Outros	158	17
Não se aplica	79	8
Total (respostas válidas)	949	100

9.2 Grupos focais

Os grupos focais tiveram como objetivo apoiar a construção da LCA&J, tendo como questão central: **Como deve ser a linha de cuidado para adolescentes e jovens no SUS no Estado de São Paulo?** Seguiram um roteiro de perguntas abertas com o apoio de um mediador e um relator para cada grupo. Foram gravados em áudio, transcritos e submetidos à análise temática.

Características dos participantes

Foram realizados sete grupos focais, cuja composição buscou representar a diversidade existente dentro das seguintes categorias elencadas como relevantes para a implementação da LCA&J:

Adolescentes: o grupo focal reuniu sete entrevistados(as), de 13 a 17 anos, com representação equilibrada de homens e mulheres, brancos(as) e negros(as), procedentes de municípios de pequeno, médio e grande portes, representando as CIR Aquífero Guarani, Bauru, Vale do Ribeira e São Paulo. Os participantes foram recrutados por serem usuários das seguintes instituições: UBS, CAPS IJ, CAPS AD III, Casa do Adolescente, Centro de Defesa da Criança e do Adolescente (CEDECA) e ONG.

Jovens: o grupo focal reuniu 12 entrevistados(as), de 19 a 31 anos, com representação equilibrada de homens e mulheres, negras(os) e brancas(os), homossexuais e heterossexuais, cisgênero e transgênero, sem e com deficiência, procedentes de municípios de médio e grande portes, representando as CIR Alto Mogiana, Aquífero Guarani, Bauru, Mantiqueira, Região Metropolitana de Campinas, Rio Pardo, São Paulo e Sorocaba. Entre eles, encontravam-se usuários de serviços de saúde (CAPS IJ, CAPS AD III, Comunidade Terapêutica, Casa do Adolescente, UBS); participantes de movimentos sociais pelos direitos das pessoas trans e do movimento cultural Maracatu; presidente de uma ONG que cuida da população LGBT; diretor de sindicato e representante da força sindical; trabalhador de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) que desenvolve trabalhos específicos com a juventude; trabalhadora em diversas ONG voltadas à causa trans; trabalhadora de uma ONG voltada aos jovens com deficiência intelectual; ex-participante de ONG voltada a prevenção das IST/aids.

Gestores da saúde: o grupo focal reuniu dez entrevistados(as), representando uma diversidade de ocupação nos diferentes níveis de gestão, sendo dois representantes da Secretaria Estadual de Saúde, um diretor de Departamento Regional de Saúde (DRS), uma diretora técnica de Núcleo de Avaliação e Monitoramento de Resultados e responsável pela Saúde do Adolescente na sua DRS, uma articuladora regional da saúde do adolescente, uma articuladora regional de saúde mental e saúde do adolescente, um articulador regional da Atenção Primária, duas coordenadoras municipais da Atenção Básica e um coordenador municipal de Prevenção às IST/aids. Eram oriundos de municípios de pequeno, médio e grande portes, representando as CIR Alto Capivari, Mantiqueira, Marília, Polo Cuesta, Região Metropolitana de Campinas, São José do Rio Preto, São Paulo e Votuporanga. Entre eles, encontravam-se trabalhadores de UBS/ESF, CAPS IJ, Casa do Adolescente, Centro de Referência em IST/AIDS/Hepatites Virais.

Gerentes/coordenadores de serviços de saúde: o grupo focal reuniu nove entrevistados(as), representando serviços de Atenção Primária, CAPS IJ, Casa do Adolescente, Centro de Referência em IST/aids/Hepatites Virais. As profissões representadas foram: enfermeiras, médica pediatra, terapeuta ocupacional, dentista e médica hebiatra. Eram oriundos de municípios de pequeno, médio e grande portes, representando as CIR Alto do Tietê, Alto Mogiana, Alto Sorocabana, Aquífero Guarani, Assis, dos Consórcios do DRSII, Grande ABC e Polo Cuesta.

Profissionais de saúde: o grupo focal reuniu 11 entrevistados(as) representando as seguintes profissões: agentes comunitárias de saúde, inclusive uma agente indígena; enfermeiras; técnico em enfermagem; médico pediatra; médica hebiatra; terapeuta ocupacional; assistente social e psicóloga. Seus serviços de origem foram: UBS/ESF, CAPS IJ e AD III, Casa do Adolescente e SAE.

Representavam municípios de pequeno e grande portes, representando as CIR Alto Capivari, Aquífero Guarani, Bauru, Bragança, Marília e São Paulo.

Profissionais da rede intersetorial: o grupo focal reuniu dez entrevistados(as) representando as seguintes profissões: advogado, assistente social, educadora, educador, pedagoga, psicólogas, psicopedagoga e poeta. Seus equipamentos de origem foram: CEDECA, CRAS, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente (CMDCA), Escola Municipal de Ensino Fundamental (EMEF), Movimento Cultural e ONG. Representavam municípios de pequeno, médio e grande portes, representando as CIR Alto Capivari, Alto Mogiana, Alto Sorocabana, Bauru, dos Consórcios do DRS II, Região Metropolitana de Campinas, Rio Pardo e São Paulo.

Entre os eixos de análise, selecionamos três, cujos resultados serão apresentados resumidamente a seguir.

a. O que é adolescência para vocês?

As compreensões acerca da adolescência expressadas pelos participantes podem ser organizadas em quatro temas emergentes, resumidos no Quadro 8.

Quadro 8 – Resultados dos grupos focais: compreensões acerca da adolescência

Adolescência enquanto fase de transição para a vida adulta	Adolescentes “dão trabalho”	Relação profissionais/adolescentes valorizando a tutela familiar	Relação profissionais/adolescentes valorizando a promoção da autonomia
<ul style="list-style-type: none"> • Fase de transição para a vida adulta; de formação da identidade e personalidade; • Descobertas; expectativas; reflexões; dúvidas; • Continuidade entre adolescência e juventude; • Dependendo das responsabilidades ou vulnerabilidades, alguns “já são adultos”; • “Nem criança, nem adulto”: necessidade de se sentir incluso; sentimento de abandono. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fase problemática; conflitos intensos; fase muito complicada até para eles; “hormônios em ebulição”; • Adultos (pais, profissionais) têm dificuldade em compreender, lidar e ter paciência; desafio; • Descobertas provocam vulnerabilidade; sentimento de onipotência os torna suscetíveis a vulnerabilidade e riscos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes costumam ser infantilizados; • Período de maior dependência da família; • Adolescente quando não bem “cultivado”, pode ser sempre criança e nunca se tornar jovem; risco de se tornar marginal; • Profissionais usaram suas experiências enquanto mães/pais de adolescentes para responder perguntas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Momento em que o indivíduo não é enxergado enquanto sujeito; • Fase bela e criativa; precisamos reforçar enquanto fase positiva e romper com a ideia do adolescente como “problema”; • Evitar definições e rótulos; apoiar sua necessidade de se autoafirmar; • Identificar suas vontades, desejos, perspectivas e sonhos.

b. O que é juventude para vocês?

As compreensões da juventude expressadas pelos participantes podem ser organizadas em quatro temas emergentes, resumidos no Quadro 9.

Quadro 9 – Resultados dos grupos focais: compreensões acerca da juventude

Juventude enquanto prolongamento ou desfecho da adolescência	Juventude como grupo atravessado por diversidade e desigualdades	Momento de maiores responsabilidades e liberdades	Tema novo para a gestão em saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Período mais amplo quando se continua a fase de descobertas iniciada na adolescência; • Diferença apenas de faixa etária, pois a confusão e os questionamentos continuam; • Resultado da adolescência; fase quando muitas situações já foram resolvidas; • Tema pouco discutido e muitas vezes tratado sem distinção com adolescência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não há uma juventude: diferenças sociais, culturais determinam as trajetórias; • Classes alta e média têm rede de proteção e suporte para se preparar para outra fase da vida; • Juventude periférica, negra, tem piores condições de vida, mais responsabilidades, menos acesso, sonhos roubados – seus membros têm sido mortos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fase de maior responsabilidade e poder de decisão; • Liberdade de seguir os sonhos; • Desejo de ser visto, de existir; • Momento de grande demanda em relação ao mercado de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Termo ainda muito novo; • Não precisariam existir tantos termos classificatórios se os direitos constitucionais fossem cumpridos. Precisaremos de mais quantos estatutos para cumprir algo? Pode ser muito burocrático. • Estatuto da juventude: pouco acesso, falta reflexão acerca de sua importância.

c. Do que adolescentes e jovens precisam para cuidar de sua saúde?

A seguir, selecionamos as principais necessidades destacadas no conjunto dos grupos focais:

- Precisam receber apoio na construção de sua autonomia, fortalecendo seu senso crítico e sua capacidade de fazer suas próprias escolhas, o que implica: um melhor acesso a informações de qualidade sobre o cuidado em saúde; uma escuta e um apoio qualificado para que possam elaborar seus próprios sonhos e projetos; uma rede de suporte afetivo e material; criar e ampliar o acesso a oportunidades de educação, lazer, trabalho, moradia, etc.
- Precisam de convivência com amigos(as) e familiares por meio de uma relação sadia e pautada no diálogo.
- Precisam ser conhecidos pelos profissionais, reconhecendo-se o que gostam e o que querem, a diversidade de suas experiências, evitando generalizações.
- Precisam ser aceitos, na diversidade de suas identidades, tanto nos serviços de saúde como em outros espaços frequentados por adolescentes e jovens (família, escola, etc.). Exemplo: uma adolescente revelou ter sido diagnosticada com bipolaridade e, muitas vezes, se isolar por medo de ser julgada. Um jovem contou ser frequentemente tratado como bandido nos espaços públicos e sobre as pessoas sentirem medo apenas por sua aparência.

- Precisam poder participar das instâncias em que são decididas as políticas e os programas destinados a eles. Essa participação precisa incluir uma escuta e representatividade real. Foram criticados pelos jovens eventos/palestras em que sua figura é apenas decorativa.
- Precisam de suporte e apoio para enfrentar as dificuldades ligadas à transição para a vida adulta. Em particular, foi destacada, para jovens, a dificuldade de inserção no mercado de trabalho. Profissionais de saúde não devem aumentar o peso das expectativas de sucesso/fracasso já colocadas pela família e pela sociedade. Um participante ressaltou que como jovem preto e periférico, é levado a se questionar: “até que ponto nasceu para ser jovem ou para ser mão de obra barata?”. Outro ressaltou que para jovens pretos(as) ou periféricos(as), não existe juventude, pois as responsabilidades já são de adulto. Profissionais ressaltaram a falta de oportunidades em municípios de pequeno porte. Todos os(as) adolescentes e jovens concordaram sobre a existência de uma pressão muito grande para que se tornem “algo que não são”. Em particular, foi mencionado que ser jovem, no interior, em uma cidade muito pequena, é “ser criado na cultura do medo”, tendo que se seguir um padrão e não fugir à norma. Frente à pressão social combinada à falta de oportunidades, às vezes, o refúgio é buscado nas drogas e “em coisas não tão bacanas”.

d. Como trabalhar com adolescentes e jovens nos serviços de saúde?

A seguir, selecionamos, no conjunto dos grupos focais, orientações para a prática relevantes para a LCA&J:

- Entre as finalidades do trabalho foram citadas a promoção da autonomia, a transição da infância para a vida adulta, a construção do “caráter”, a prevenção de agravos e a promoção da saúde.
- Oferecer acolhimento para qualquer adolescente ou jovem que se apresentar em qualquer serviço, “de forma que se sintam pertencentes”. Criar ambientes acolhedores, espaços de escuta qualificada ou ainda de convivência e sociabilidade, acessíveis, nos serviços de saúde. Tais espaços possibilitam o surgimento de temas nunca imaginados pelos profissionais, como “como construir a paz na família?”.
- Ampliar a compreensão das experiências de adolescentes e jovens para além do individual, sendo necessária a criação de grupos e redes coletivas promovendo troca de experiências, identificação, pertencimento, maior capacidade de enfrentamento de suas dificuldades e promoção dos seus direitos.
- Garantir o sigilo em relação ao seu cuidado. Essa segurança é essencial para a participação de adolescentes e jovens nos serviços. Implica inclusive um cuidado com o que é exposto no prontuário e/ou o controle do acesso ao prontuário pelos familiares.
- Esse cuidado precisa ser realizado de forma articulada com a rede de serviços. Desenvolver, nos âmbitos da rede de saúde e intersetorial, um diálogo sobre as atribuições e especificidades de cada serviço em relação a esse público. Desenvolver matriciamento entre os serviços, principalmente em municípios de pequeno porte, onde a oferta de serviços especializados é escassa.
- A Atenção Primária foi frisada como ordenadora da rede. Tende a ser a porta de entrada, por ser mais próxima das comunidades. Quando a entrada se dá por outro serviço, adolescentes e jovens devem ser acompanhados em conjunto pela Atenção Primária,

para garantir o cuidado integral. Importância do papel dos(as) agentes comunitários de saúde para poder alcançar adolescentes e jovens no território.

- Em relação aos serviços especializados, foi destacada a necessidade de maior diálogo e escuta com essa população, de modo que as ações sejam menos prescritivas. Para serviços de HIV/aids, foi evidenciada a necessidade de criação de equipes de transição que acompanhassem os adolescentes para além do atendimento nos serviços.
- Investir na educação continuada dos profissionais para que saibam dialogar de modo produtivo com adolescentes e jovens. Isso implica praticar uma linguagem menos formal e mais apropriada para adolescentes e jovens; cultivar um olhar para as singularidades e os contextos em que vivem, por exemplo por intermédio da escuta aberta das histórias de vida, o que exige um tempo maior de atendimento; reconhecê-los(as) como sujeitos de direitos, promovendo sua autonomia e participação social, em vez de mantê-los sob tutela de adultos (exemplos: ser capaz de colocar de lado valores e padrões pessoais; “trabalhar mais a redução de danos e menos o ‘não’”, nas palavras de participante do grupo focal com gerentes e coordenadores de serviços de saúde); conhecer recursos e vulnerabilidades existentes nos territórios; saber mobilizar recursos a serviço da promoção de seus direitos; etc. Foi recomendado que tal formação continuada envolva a participação e o diálogo com adolescentes e jovens.
- Em cada serviço, trabalhar junto com adolescentes e jovens para identificar e superar barreiras de acesso a recursos e serviços de saúde. Exemplo: preservativos, muitas vezes, ficam em locais expostos que causam vergonha em quem vai retirá-los. Nesse aspecto, um adolescente trouxe uma experiência positiva, dentro de uma ONG, onde os preservativos ficam no banheiro, para livre acesso dos jovens.
- Construir propostas de atividades que sejam efetivamente “interessantes” para adolescentes e jovens a que se destinam. Considerar, em particular, a sua diversidade cultural e étnica. É recomendado inclusive envolver os(as) próprios(as) adolescentes e jovens na concepção das atividades.
- Enfrentar o obstáculo da medicalização, em particular no que tange às demandas relativas à saúde mental e às solicitações da escola.
- Encarar o problema da violência policial que afeta adolescentes e jovens em muitos territórios periféricos, por exemplo desenvolvendo a relação com Ministério Público e Segurança Pública.
- Necessidade de enxergar e acolher a demanda de adolescentes e jovens LGBT, promovendo capacitações e reorganização dos cuidados para que ofereçam uma atenção adequada a esse público com vulnerabilidades específicas (exemplos: refletir sobre a adequação dos prontuários e identificar, promover ou criar espaços de convivência e escuta em relação à identidade de gênero e à orientação sexual). Foi ressaltado que existe maior discussão sobre a saúde da população trans, em comparação a lésbicas, gays e bissexuais, para os quais não existem ações tão estruturadas no âmbito da saúde.
- Promover a continuidade dos cuidados desde a infância, considerando que um bom cuidado com a saúde, desde esse momento, resulta em adolescentes e jovens mais propensos ao autocuidado.
- Buscar inserir a família em todo o processo do cuidado, oferecendo atendimento em conjunto com o(a) responsável e, posteriormente, individual para ambos. Não houve consenso do grupo em relação à idade inicial para esse atendimento sem um(a)

responsável, sendo que alguns consideram ser 14 anos, enquanto outros serviços atendem a partir dos 13 anos.

- Uma duração maior para as consultas permite escutar melhor adolescentes e jovens. A aproximação dos serviços de saúde entre si, com a rede intersetorial e com os movimentos sociais dos territórios, permite superar a fragmentação das ações. A continuidade dos projetos no tempo, dentro de cada serviço, é outro fator de sucesso mencionado.
- Ferramentas recomendadas: realização de grupos de convivência; avaliação individual; mediação de conflitos na relação com a família; “ficha verde”, que contém perguntas amplas em relação à saúde e ao cotidiano de adolescentes; cines-debate, para discussão de diversos temas; abordagem de rua com panfletos e apresentação dos serviços, considerando que cada um tem seu tempo para se vincular a qualquer espaço; construção coletiva de eventos culturais e artísticos; educação entre pares e coprodução de mídias educativas em vários formatos.

e. Como deve ser a LCA&J?

Os pontos consensuais sobre essa questão foram os seguintes:

- Necessidade de uma normativa estadual, com repasses financeiros (em particular para municípios menores), garantindo implementação, avaliação e monitoramento;
- A coordenação da LCA&J deve ser realizada pela área da saúde de forma multidisciplinar e com gestão compartilhada, tendo como estratégia central o desenvolvimento de redes intersetoriais;
- Precisão de contemplar as diferentes realidades regionais e locais, para se pensar os recursos necessários através das especificidades;
- Imperativo de divulgar justificativas, metodologia clara para a execução da LCA&J e recomendações de boas práticas;
- Necessidade de selecionar, sensibilizar e treinar os(as) profissionais para incorporarem boas práticas: foi recomendado o envolvimento da academia, para trazer novos olhares e para apoiar a formação técnica de profissionais;
- Importância da participação social de adolescentes e jovens como protagonistas na construção e execução dessa política (estratégias destacadas: aproximação dos Conselhos Gestores, educação entre pares, ações extramuros, uso da internet);
- Adolescentes e jovens expressaram seu desejo de serem escutados e levados a sério, enquanto pessoas capazes e com potência de transformação no presente;
- Precisão de olhar para a juventude como plural, com necessidades específicas e diferenciadas (em particular, recortes de classe, gênero e raça).

9.3 Oficinas em regiões-piloto

A seguir, apresentamos alguns dos mais importantes resultados oriundos das oficinas realizadas nas regiões-piloto Litoral Norte, Itapetininga e Mananciais, cuja metodologia inspirou a concepção da seção 7 deste documento. Os resultados em questão são a identificação de pontos que, em cada região, foram identificados como prioridades para iniciar a implementação da LCA&J. Esses pontos refletem uma diversidade de situações e problemáticas encontradas e podem inspirar a reflexão de gestores, gerentes e profissionais acerca da situação em seus próprios territórios e redes.

Diversas foram as propostas pensadas para iniciar a conformação da LCA&J em cada região. Para fins de análise, essas propostas foram sistematizadas a partir de sua categorização em quatro grupos: *iniciativas imediatas* (que eles poderiam já colocar em prática no dia a dia de seus serviços); *iniciativas de longo prazo* (que eles poderiam programar para as próximas semanas ou meses); *iniciativas de curto prazo dependentes da gestão* e *iniciativas de longo prazo dependentes da gestão* (que obedecem à mesma lógica das anteriores, mas para as quais eles precisariam da interferência de suas respectivas secretarias, ou do conjunto delas, para operacionalizarem).

Iniciativas imediatas

Algumas dessas iniciativas tiveram como característica principal a possibilidade de serem postas em prática em curto prazo, ou seja, poderiam ser executadas, grosso modo, já no dia seguinte caso fosse possível, pois não demandariam a necessidade de maior tempo de planejamento e execução.

Iniciativas de longo prazo

São aqui entendidas como aquelas que demandam maior organização de profissionais e envolvimento de setores, pois apontam para a necessidade de uma discussão mais ampla e qualificada para que possam ser colocadas em prática.

Iniciativas de curto prazo dependentes da gestão

Neste grupo, encontram-se propostas de curto prazo que estão mais relacionadas à fase de planejamento de ações e que requerem o envolvimento direto e/ou autorização da gestão das diferentes Secretarias Municipais, estejam elas atuando individual ou coletivamente.

Iniciativas de longo prazo dependentes da gestão

As ações aqui elencadas também dizem respeito ao envolvimento da gestão, com o diferencial de que se trata de propostas que requerem mais tempo para serem articuladas e postas em prática, algumas sendo inclusive já pensadas como projetos em execução.

Durante as discussões das oficinas, essa distinção entre o que pode ser feito sem que seja preciso o envolvimento das Secretarias Municipais e o que não pode ser feito nessas circunstâncias ocorreu de maneira espontânea entre os participantes, dado que muitas das responsabilidades que eles atribuíram às diferentes categorias profissionais para a operacionalização da LCA&J estão particularmente inseridas no nível político/gestão. Por outro lado, o exercício de convidá-los a pensar suas práticas de trabalho - inclusive sobre o que já vem sendo realizado -, no que pese sua otimização no atendimento a adolescentes e jovens ao longo de toda a oficina, foi fundamental para que pudessem, nesse momento, identificar ações que dizem respeito também à organização dos seus próprios serviços e à forma como esta facilita ou dificulta o atendimento de adolescentes e jovens. O Quadro 10 sintetiza as propostas feitas pelas três CIR.

Quadro 10 – Síntese das iniciativas para implementação da LCA&J formuladas pelos participantes às oficinas nas três regiões-piloto

Iniciativas imediatas	
CIR Itapetininga	CIR Mananciais
Apresentar o Caderno de Trabalho (utilizado como ferramenta durante a oficina) para os demais profissionais de seus setores de origem, a fim de sensibilizar seus pares e incentivá-los a desenvolver o exercício sugerido no caderno em conjunto.	Ouvir dos adolescentes o que eles querem tratar e maneiras/métodos que consideram atrativos para conduzir as atividades, tarefa essa que poderia ser feita nos grêmios escolares.

<p>Levar as discussões da oficina para os demais profissionais de seus serviços a fim de identificar possíveis multiplicadores para o trabalho a ser desenvolvido na LCA&J.</p> <p>Organizar uma reunião entre suas equipes profissionais para que, a exemplo do que é feito em relação a outros grupos e/ou agravos, possam discutir a temática do adolescente.</p> <p>Apresentar, na próxima reunião de rede (que acontece no município por iniciativa da Promotora e que ocorreria poucos dias após a oficina), o tema de adolescentes e jovens e a proposta da LCA&J.</p> <p>Garantir a representatividade do público-alvo na referida reunião, tentar identificar, na Casa do Adolescente ou nos grêmios escolares, lideranças adolescentes e jovens para participarem também do encontro, com a qual o representante da primeira colocou-se de acordo.</p>	<p>Alguns temas e modos de trabalho foram citados pelos participantes. Temas: alimentação, prevenção e promoção da saúde e música; método: exemplo da utilização de cartolinas para técnicas de colagem.</p> <p>Iniciar a sensibilização de profissionais da saúde acerca da importância da temática e de como criar vínculo com os adolescentes.</p> <p>Participantes de Embu-Guaçu reiteraram que, por apenas existir PSF no município, muitas ações dessas unidades seriam voltadas para atenção ao adolescente, o que facilitaria esse trabalho.</p>	
Iniciativas de longo prazo		
CIR Itapetininga	CIR Mananciais	CIR Litoral Norte
<p>Otimizar a articulação dos profissionais com a comunidade, utilizando como exemplo a criação de grupos para pais de adolescentes LGBT, neuroatípicos, entre outros, a fim de buscar o maior envolvimento deles com os serviços.</p> <p>Realizar levantamento do perfil epidemiológico de adolescentes e jovens através de dois instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Um questionário a ser elaborado e aplicado com o apoio de escolas e agentes comunitários a fim de se estabelecer uma caracterização (classe social, idade, etc.) do público-alvo; e - A realização de ações de promoção e prevenção de saúde nos encontros conhecidos como 	<p>Reservar um dia para que os serviços realizassem atendimento para adolescentes e jovens e/ou que houvesse a abertura da agenda dos serviços para atender esse público em períodos específicos.</p> <p>Levantar as necessidades de saúde dessa faixa etária:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Através de um questionário, a ser aplicado nas escolas municipais e estaduais, inclusive na educação de jovens e adultos (EJA) (até 29 anos). - Criando grupos permanentes de discussão, como um indicativo da articulação da rede. - Realizando o mapeamento dessa rede no território, para que, como resultado, fosse 	<p>Utilizar a escola como um local facilitador para o estabelecimento de um diálogo com adolescentes e jovens por meio de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Criação de um plano de trabalho capaz de garantir primeiramente a Unidade de Saúde responsável por essa interlocução, a escola participante e o subseqüente desenvolvimento de temas, cronograma e identificação de lideranças para estarem à frente na construção dessa proposta. - Investimento em formação e capacitação (fortalecer núcleo de educação permanente), bem como o emprego de recursos financeiros para que isso seja viável. <p>Iniciativas que dizem respeito ao acesso e à organização dos</p>

<p>“rolezinhos”, nos quais estão presentes adolescentes e jovens, como uma estratégia de aproximação e mesmo ocupação do espaço público. Os profissionais da rede intersetorial de Itapetininga, por sua vez, propuseram levar essa discussão para as reuniões de rede existentes no município.</p> <p>Descentralizar e ampliar as atividades programadas para o Dia do Adolescente, comemorado em 21 de setembro, que já estavam sendo organizadas pela Casa do Adolescente: realizar atividades em todos os serviços que trabalham com esse público no município, inclusive UBS e escolas.</p> <p>Identificar representantes nas escolas para iniciarem atividades em conjunto de promoção e prevenção em saúde.</p> <p>Levar as discussões sobre adolescentes para os espaços dos Conselhos Municipais de Saúde, a fim de mapear os serviços existentes no território, além de fomentar discussões de caso em reuniões já existentes sobre a temática do adolescente para discutirem ações de promoção de saúde e cuidado.</p> <p>Eleger grupos de estudo que sejam referência sobre o assunto, elencando equipes de apoio modelo ou ainda fomentando foros temáticos que busquem o diálogo entre os diferentes serviços que conformam a rede</p>	<p>identificado um profissional de referência.</p> <p>Propostas relativas à otimização de seu trabalho: melhorar o acesso à Unidade de Saúde, realizar busca ativa, criar grupos de orientação para adolescentes e jovens e realizar ações extramuros, como mutirões na pista de skate (Ubatuba).</p>	<p>serviços: levar adolescentes e jovens para conhecer a rede de saúde (a partir do vínculo com a escola, por exemplo); criar espaços de acolhimento para esse público nas unidades e reorganizar a equipe para realizar esse acolhimento.</p> <p>Todos os grupos trouxeram uma vasta gama de propostas relativas à necessidade de conhecer melhor a rede setorial (saúde) e intersetorial. Eles apontaram que esse reconhecimento deve ser feito a partir de um mapeamento de todos os serviços disponíveis na rede dos municípios, ressaltando, para o primeiro, as unidades de referência, a rede hospitalar e as unidades básicas e, no segundo, escolas, CRAS, Conselho Tutelar, centros esportivos e culturais (oficinas de <i>hip hop</i> e grafite). Essa rede deveria ser organizada a partir do compartilhamento de informações, para as quais deveriam ser pensadas conjuntamente estratégias de comunicação.</p>
--	---	--

<p>intersectorial (Conselho Tutelar, Saúde, Ação Social, etc.).</p> <p>Identificar profissionais que, de alguma forma, já se encontram envolvidos com a temática do adolescente para a construção de uma rede interdisciplinar, bem como o desenvolvimento de projetos-pilotos com escolas e/ou ONG.</p>		
Iniciativas de curto prazo dependentes da gestão		
CIR Itapetininga	CIR Mananciais	CIR Litoral Norte
<p>Profissionais de saúde de Itapetininga sugeriram utilizar o espaço das reuniões de rede a fim de pensar em estratégias para sensibilização de gestores das políticas intersectoriais acerca do cuidado de adolescentes e jovens proposto pela LCA&J.</p> <p>Gerentes e gestores do município propuseram também o envio de um ofício para a Secretaria Estadual de Educação para que fosse realizado o levantamento das escolas que seriam escolhidas para participarem do projeto-piloto da LCA&J.</p> <p>Capão Bonito, em percurso semelhante, propôs que a sua reunião de rede fosse comunicada aos órgãos gestores, incentivando sua participação para que os diferentes serviços trouxessem suas características próprias e atividades desenvolvidas a fim de encontrar acordo para o desenvolvimento da LCA&J, garantindo aqui também maior representatividade de</p>	<p>Sensibilizar a gestão sobre a importância do tema.</p>	<p>Apresentar aos secretários de saúde e coordenadores de serviços propostas de capacitação para o cuidado de adolescentes e jovens, por meio da educação permanente.</p> <p>Sensibilizar a gestão das diferentes Secretarias Municipais para que houvesse também uma capacitação intersectorial com fins de implantação de uma rede de atenção aos adolescentes, que envolveria inclusive todos os serviços citados anteriormente.</p>

<p>serviços, como o NASF e o Centro de Atendimento Multifuncional Pedagógico CAMP existentes no município. Cerquillo expôs também como sugestão a apresentação do projeto para os coordenadores de serviços e gestores para conquistar seu apoio.</p>		
<p>Iniciativas de longo prazo dependentes da gestão</p>		
<p>CIR Itapetininga</p>	<p>CIR Mananciais</p>	<p>CIR Litoral Norte</p>
<p>Itapetininga:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rodas de conversa com treinamento de representantes de escolas selecionadas, para levantar a necessidade de cada unidade mapeada. - Sensibilização de profissionais de saúde para a realização de atendimento priorizado a adolescentes. - Criação, em nível institucional, de uma equipe específica capaz de inter-relacionar saúde e educação, agindo como facilitadoras a partir da criação de uma ponte entre os serviços. - Criação de uma unidade específica para o cuidado do adolescente. <p>Capão Bonito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A Secretaria de Saúde vinha desenvolvendo uma cartilha de serviços para adolescentes no município. O projeto encontrava-se parado no momento da realização da oficina. Propuseram-se a dar continuidade no desenvolvimento da cartilha e ênfase nisso na reunião de rede. 	<p>Profissionais de saúde sugeriram ora a reformulação ora a criação de um material norteador para os profissionais. Com efeito, eles apontam como um dos problemas para o atendimento da população dessa faixa etária a confusão e a insegurança que muitas vezes eles sentem, no que pese as incertezas em relação ao respaldo legal.</p> <p>As duas outras propostas foram feitas pelo grupo de gestores e pela sociedade civil, sendo elas: a criação de um Núcleo de Educação Permanente para todas as equipes de serviços de saúde, com destaque especial para a Atenção Primária e os agentes comunitários de saúde e a formação de uma equipe volante de referência.</p>	<p>Construção de protocolos de assistência a adolescentes e à implantação da rede de atenção ao adolescente, com um caráter mais institucional.</p> <p>Criação de espaços físicos para o atendimento dessa população:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centros culturais e esportivos que possam frequentar; - Um Centro de Referência em cada município, utilizando como exemplo a Casa do Adolescente. <p>Multiplicação do programa “Tamo Junto” para a região.</p>

<p>Cerquilha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reunião entre gestores das diferentes Secretarias (de Educação, Saúde, Esporte, Assistência Social, Meio Ambiente, Assistência Social, entre outras) a partir da qual eles possam ser mobilizados e subsequentemente responsabilizados pelas decisões ali tomadas. - A partir do assentimento da Educação, consultar a opinião dos professores e, após isso, selecionar, em cada sala de aula, dois alunos replicadores que seriam representantes para a área da saúde ou mesmo de outros setores. 		
---	--	--

9.4 Relato de experiência local com promoção da saúde, participação social, educação em saúde e intersetorialidade

De abril a dezembro de 2017, foram desenvolvidas ações de educação em saúde dentro do CSE/FMUSP, em um espaço específico para promoção da saúde e cidadania, incluindo a participação social na construção da LCA&J. Realizaram-se encontros intitulados Ocupe o Centro de Saúde Escola (Ocupe o CSE) com adolescentes e jovens, a partir de convites para os aqueles matriculados na unidade de saúde e da divulgação em escolas, serviços de saúde, unidades públicas e conveniadas da assistência social e equipamentos de esporte, lazer e cultura da região do Butantã.

Os encontros foram divididos em duas etapas. Na primeira, discutiram-se concepções de saúde com base nas experiências de cuidado e do cotidiano. Na segunda, temas foram escolhidos pelos participantes para a discussão, entre eles: gravidez, culturas africanas, sexualidade, drogas e acesso ao SUS. A maioria dos(das) adolescentes e jovens procedeu de uma mesma instituição, a qual se manifestou como parceira permanente durante e posteriormente à condução do Ocupe o CSE.

Paralelamente a esses encontros, que aconteciam no período matutino e vespertino para contemplar o contraturno escolar de todos os adolescentes, foi reformado e reaberto um espaço físico localizado no jardim do Centro de Saúde destinado a adolescentes e jovens. Os adolescentes e jovens foram consultados e decidiram como esse espaço físico, que é um container, seria reformado. Além de abrigar os encontros e as atividades com adolescentes realizadas desde sua reinauguração, com a supervisão dos pesquisadores, o espaço se manteve aberto em diferentes dias e horários para que adolescentes e jovens pudessem visitar de maneira espontânea.

Demandas específicas e abrangentes, finalidades de promoção e prevenção e parcerias com serviços do território pautaram essa proposta de cuidado com a saúde na adolescência e juventude,

caracterizando sua relevância para abordagem com esse público, considerando suas propostas para a construção e análise das ações. A articulação de tais elementos visando à integralidade do cuidado mostrou-se orientadora de caminhos possíveis para os serviços de saúde e a rede intersetorial.

A ação territorial Ocupe o CSE consolida um espaço no qual adolescentes e jovens têm potencializada a formação cidadã, considerada fundamental para a promoção da saúde. Durante a realização dos grupos, os participantes e parceiros apontaram positivamente para sua continuação, incentivando a configuração do Ocupe o CSE como estratégia permanente do Programa de Atenção à Saúde na Adolescência no Centro de Saúde-Escola.

Figura 33 – Materiais de divulgação, produções e fotos do Ocupa o CSE





“Ocupe o CSE” reativa espaço para Adolescentes e Jovens dentro do Centro de Saúde Escola do Butantã



Espaço para adolescentes e jovens dentro do CSE



Fotos do grupo “Sonhos e Planos”, realizado dia 11/12/2017 no Centro de Saúde-Escola Butantã

Um container, localizado no jardim do Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa (CSE Butantã) foi reinaugurado em agosto de 2017 e desde então tem recebido adolescentes e jovens para pensar sobre a saúde.

Da década de 1990 ao início dos anos 2000, o lugar recebeu o público alvo que comparecia espontaneamente para a realização de diversas atividades, dentre elas o grafite que nos anos posteriores contava a quem passava por lá a intensidade do período. O plano de reforma do espaço, que até agosto deste ano se encontrava desativado, contou com a opinião e sugestões dos adolescentes e jovens que hoje frequentam o espaço, ficou decidido preservar o grafite das portas e que o espaço teria componentes de uma casa. Veja nas fotos como ficou.

Atualmente, funcionários do Centro de Saúde-Escola do Butantã que fazem parte Programa de Atenção à Saúde na Adolescência (PASA) e pesquisadores do Projeto de Pesquisa para criação da Linha de Cuidado para adolescente e jovens no SUS no Estado de São Paulo propõem o funcionamento do espaço com vistas ao atendimento integral à saúde de

adolescentes e jovens, buscando firmar parcerias com equipamentos da rede intersetorial.

De agosto a dezembro, foram realizados grupos com adolescentes e jovens pautando a saúde e temas como funcionamento do SUS, gravidez, atividades físicas e culturais africanas entre outros, todos escolhidos pelos participantes. Também neste período, o espaço esteve aberto para que esses frequentassem de forma espontânea.

No dia 11 de dezembro a festa de confraternização do PASA reuniu adolescentes, responsáveis e funcionários para a discussão do já tradicional tema de final de ano “Sonhos e Planos”. Nessa ocasião todos puderam pensar no que desejam para os adolescentes e jovens para o ano de 2018 e quais os obstáculos e necessidades para alcançar tais sonhos e planos.

O espaço retomará suas atividades no mês de janeiro de 2018. Adolescentes e jovens que residem no Butantã estão convidados para participar do planejamento e da execução das atividades.



Boletim Informativo N°1 “Ocupe o CSE”



TERMO DE COOPERAÇÃO: 16/02016-02/12 PPIUS/SP 2016-2018 PROCESSO FAPESP 2016/11205-5



OCUPE O CENTRO DE SAÚDE ESCOLA!

O que é saúde?

Como seria um lugar ideal para cuidar da saúde?

Onde está sua voz?

Já foi ao Centro de Saúde?



Adolescentes e jovens, vamos pensar em saúde???

Estamos construindo uma política pública e sua participação será fundamental!

Referências bibliográficas

ABRAMO, H. W. **Cenas Juvenis: Punks e Darks no Espetáculo Urbano**. 1. ed. São Paulo: Scritta, 1994.

ANDRADE, C. Y. de; DACHS, N. Uma análise do acesso à educação no Brasil por jovens de 18 a 24 anos no período de 1995 a 2006. **Revista USP**, n. 78, p. 32–46, 1 ago. 2008.

ANDRADE, E. A. de; BÓGUS, C. M. Políticas públicas dirigidas à juventude e promoção da saúde: como a proposta de auxiliares da juventude foi traduzida em prática. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 35, p. 853–866, dez. 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2014.

AUGÉ, M. **Não-Lugares: introdução a uma antropologia da supermodernidade**. Campinas: Papirus, 1994.

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

AYRES, J. R. de C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 11–23, jun. 2009.

AYRES, J. R. de C. M. et al. (ed.). **Caminhos da Integralidade na atenção primária à Saúde: recursos conceituais e instrumentos práticos para a educação permanente da equipe - Adolescência e Juventude**. São Paulo: Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa / FMUSP, 2012.

AYRES, J. R. de C. M.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C. M. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R. DE C. M.; BUCHALLA, C. M. (Ed.). **Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde**. Curitiba: Juruá, 2012. p. 9–22.

BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BOCK, A.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, n. 19, p. 20–28, abr. 2002.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990 a.

BRASIL. Lei Nº 8.080, DE 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990 b.

BRASIL. Portaria MS/GM no 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02. 2002.

BRASIL. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. **Prevenção das DST/aids em adolescentes e jovens: bochuras de referência para os profissionais de saúde**. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/aids, 2007b.

BRASIL. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. 2009.

BRASIL. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Lei Nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. 2013 a.

BRASIL. 12.852/2013. LEI 12.852/2013 (LEI ORDINÁRIA) 05/08/2013. 2013 b.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. O SUS e a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Lei nº 13.185, de 6 de novembro de 2015. Institui o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (Bullying). 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil : texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de saúde integral da população negra. Brasília: Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR, 2007a.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens (proposta preliminar). Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde integral de adolescentes e jovens : orientações para a organização de serviços de saúde. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. 4.279. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. 3.088. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Conjunta nº 1, de 16 de Janeiro de 2013. 2013 d.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cuidando de Adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2.436. Portaria nº2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017 b.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informações de Saúde / Tipo de estabelecimento**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm>. Acesso em: 15 out. 2018.

CAMPOS, G. W. de S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 4, p. 863–870, out. 1998.

CAMPOS, G. W. de S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CECILIO, L. C. de O. et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1502–1514, jul. 2014.

CENPEC; PREFEITURA DE SÃO PAULO; SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Parâmetros Socioeducativos: proteção social para crianças, adolescentes e jovens**. São Paulo: Fundação Itaú Social, 2007.

COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL; NUCLEO DE INFORMAÇÃO E COORDENAÇÃO DO PONTO BR; CENTRO DE ESTUDOS, RESPOSTA E TRATAMENTO DE INCIDENTES DE SEGURANÇA NO BRASIL. **Cartilha de Segurança para Internet, versão 4.0**. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2012.

DATASUS; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informações de Saúde (TABNET)**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 23 out. 2018.

ERIKSON, E. H. **Identidade, juventude e crise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

ESTADO DE SÃO PAULO. Lei nº 10.948, de 05 de novembro de 2001. Dispõe sobre as penalidades a serem aplicadas à prática de discriminação em razão de orientação sexual e dá outras providências. 2001.

ESTADO DE SÃO PAULO. Lei nº 11.976, de 25 de agosto de 2005. Cria o Programa de Saúde do Adolescente. 2005.

ESTADO DE SÃO PAULO. **Saiba mais sobre a Casa do Adolescente**. Disponível em: <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/ultimas-noticias/saiba-mais-sobre-a-casa-do-adolescente/>>. Acesso em: 23 out. 2018a.

ESTADO DE SÃO PAULO. Lei nº 15.082, de 10 de julho de 2013. Altera a Lei n. 10.948, de 5 de novembro de 2001, que dispõe sobre as penalidades a serem aplicadas à prática de discriminação em razão de orientação sexual e dá outras providências. 2013 b.

FERREIRA, J. et al. O processo de descentralização e regionalização da saúde no estado de São Paulo. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P.; SEIXAS, P. (Ed.). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2011. p. 731–761.

FIGUEIREDO, R. et al. Orientação de prevenção e encaminhamento de casos relativos a álcool e drogas: utilizando a redução de danos como promoção de saúde e prevenção de violências na escola. **Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP/Marília**, v. 1, n. 14, p. 161–179, nov. 2014.

FIGUEIREDO, R. et al. Ocorrências em sexualidade e saúde sexual e reprodutiva em escolas do município de Diadema – São Paulo. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 17, n. 2, p. 37–54, dez. 2016.

FORACCHI, M. M. **A juventude na sociedade moderna**. São Paulo: Pioneira, 1972.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. **Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde**. São Paulo: Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, 2013.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: São Paulo: HUCITEC, 2004.

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

GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

GRANJA, E.; MEDRADO, B. Homens, violência de gênero e atenção integral em saúde. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 25–34, abr. 2009.

GTPOS; PROJETO TRANCE ESSA REDE. **Adolescência e vulnerabilidade**. São Paulo: Grupo de Trabalho e Pesquisa em Orientação Sexual (GTPOS), 1998.

HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. **Cuidado e cuidadores. As várias faces do trabalho do care**. São Paulo: Atlas, 2012.

HORTA, N. de C.; SENA, R. R. de. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 475–495, 2010.

IBGE. **Crianças e adolescentes - Estatísticas**, s.d. . Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9290-criancas-e-adolescentes.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em: 23 out. 2018a.

IBGE. **População jovem no Brasil**, s.d. . Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9292-populacao-jovem-no-brasil.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em: 23 out. 2018b.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios Contínua (PNAD Contínua) 2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

JESUS, N. F. de; SOARES JUNIOR, J. M.; MORAES, S. D. T. de A. (ed.). **Adolescência e Saúde 4 construindo saberes, unindo forças, consolidando direitos**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2018.

KRUG, E. G. et al. The world report on violence and health. **The Lancet**, v. 360, n. 9339, p. 1083–1088, 5 out. 2002.

LAFER, C. A reconstrução dos direitos humanos: a contribuição de Hannah Arendt. **Estudos Avançados**, v. 11, n. 30, p. 55–65, ago. 1997.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867–874, dez. 2011.

LEVISKY, D. L. **Adolescência: reflexões psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

LOBATO, A. L. (Org.). **Saúde e sexualidade de adolescentes. Construindo equidade no SUS**. [s.l.] OPAS, 2017.

LOPEZ, S. B.; MOREIRA, M. C. N. Quando uma proposição não se converte em política?: O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens - PNAISAJ. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1179–1186, abr. 2013.

LOURENÇO, B. et al. (ed.). **Medicina de adolescentes**. São Paulo: Manole, 2014.

MAFFESOLI, M. **O Tempo das Tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411–1416, out. 2004.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

MOLINIER, P.; PAPERMAN, P. Descompartmentar a noção de cuidado? **Revista Brasileira de Ciência Política**, v. 0, n. 18, p. 43–57, 8 dez. 2015.

NASSER, M. A. **Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de atenção primária à saúde no estado de São Paulo**. 2015. Universidade de São Paulo (tese), 2015. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-22012016-110316/>>. Acesso em: 17 jul. 2018.

NASSER, M. A.; FIORONI, L. N.; AYRES, J. R. de C. M. Atenção Primária à Saúde de Adolescentes: Vulnerabilidade e Integralidade na Construção do Cuidado. In: LOURENÇO, B. et al. (Ed.). **Medicina de adolescentes**. Barueri: Manole, 2014. p. 441.

NASSER, M. A.; FIORONI, L. N.; AYRES, J. R. de C. M. Adolescentes e Jovens na Atenção Primária à Saúde. In: JESUS, N. F. DE; SOARES JUNIOR, J. M.; MORAES, S. D. T. DE A. (Ed.). São Paulo: Instituto de Saúde, 2018. p. 290.

NEMES, M. I. B. Prática Programática em Saúde. In: **Saúde do adulto: programas e ações da unidade básica**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2000. p. 48–65.

OLIVEIRA, L. M. B. **Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência**. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2012.

OMS. **Young people's health - a challenge for society: report of a WHO Study Group on Young People and "Health for All by the Year 2000" [meeting held in Geneva from 4 to 8 June 1984]**. Geneva: Geneva: World Health Organization, 1986. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/41720>>. Acesso em: 15 out. 2018.

OMS. **Adolescent friendly health services. An agenda for change**. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SP. **Adolescer, verbo de transição. Relato sobre o Programa de Saúde do Adolescente do Estado de São Paulo e as Casas do Adolescente**. Brasília: OPAS, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global standards for quality health care services for adolescents**. Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/>. Acesso em: 26 out. 2018.

PONTES FILHO, A. **Direitos humanos e saúde de adolescentes e jovens: estudo de ações desenvolvidas em serviços do Sistema Único de Saúde do estado de São Paulo**. 2018. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Programa de residência em Medicina Preventiva e Social, São Paulo, 2018.

QUEIROZ, L. B. et al. Aspectos históricos da institucionalização da atenção à saúde do adolescente no estado de São Paulo, 1970-1990. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 20, n. 1, p. 49–66, mar. 2013.

QUEIROZ, L. B. **Dor e síndromes musculoesqueléticas em adolescentes de uma escola particular e sua relação com o uso de mídias digitais**. Universidade de São Paulo (tese), 2017. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5141/tde-21022018-090449/>>. Acesso em: 16 out. 2018.

SANT'ANNA, M. J. C.; NIGRO, S. B. Adolescente com doença crônica: um grande desafio. In: JESUS, N. F. DE; SOARES JUNIOR, J. M.; MORAES, S. D. T. DE A. (Ed.). **Adolescência e Saúde 4 - construindo saberes, unindo forças, consolidando direitos**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2018. p. 290.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço. Técnica e Tempo, Razão e Emoção**. 4ª ed. São Paulo, SP: EDUSP, 2014.

SCHRAIBER, L. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 41–54, fev. 2003.

SCHRAIBER, L. B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 797–807, out. 2007.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 961–970, maio 2010.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: **Saúde do Adulto: ações e programas na unidade básica**. São Paulo: HUCITEC, 1996. p. 29–47.

SEADE; ESTADO DE SÃO PAULO. **IPRS e IPVS**. Disponível em: <<http://www.iprs.seade.gov.br/ipvs2010/view/index.php?prodCod=2>>. Acesso em: 23 out. 2018.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Programa Estadual de Saúde do Adolescente**. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/aceso-rapido/saude-do->

adolescente/programa_saude_do_adolescente_objetivos_metas_resultados_ces.pdf>. Acesso em: 26 out. 2018.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SP. **Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV**. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento em DST/aids - São Paulo, 2015.

SERRES, M. **Polegarzinha**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2015.

SILVA, L. E. V. da; ET AL. O adolescente e a doença crônica. In: LOURENÇO, B. et al. (Ed.). **Medicina de adolescentes**. Barueri: Manole, 2015. p. 460.

SILVA, S. F. da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753–2762, jun. 2011.

SILVEIRA FILHO, R. M. et al. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 853–878, set. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; DEPARTAMENTO DE ADOLESCÊNCIA. **Manual de Orientação: Saúde de Crianças e Adolescentes na Era Digital**. Sociedade Brasileira de Pediatria, out. 2016. Disponível em: <<http://estaticog1.globo.com/2016/11/06/19166d-MOrient-Saude-Crian-e-Adolesc.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2018.

SOUZA, C. C. B. X. de. **Até que a morte os separe: os cônjuges cuidadores, profissionais de saúde e o cuidar**. Universidade de São Paulo (dissertação de Mestrado), 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-04022014-110208/>>. Acesso em: 16 out. 2018.

TAKIUTI, A. D. Um Sonho: Programa Saúde do Adolescente – Sentir, Viver e Agir. In: JESUS, N. F. DE; SOARES JUNIOR, J. M.; MORAES, S. D. T. DE A. (Ed.). **Adolescência e Saúde 4 - construindo saberes, unindo forças, consolidando direitos**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2018. p. 290.

UNICEF. **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10120.html>. Acesso em: 15 out. 2018.

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil**. São Paulo: MacArthur Foundation, 2001.

VENTURI, G.; TORINI, D.; ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Transições da escola para o mercado de trabalho de mulheres e homens jovens no Brasil**. Genebra: OIT, 2014.

VICTORA, C.; KNAUTH, D. R. Corpo, gênero e saúde: a contribuição da antropologia. In: STREY, M. N.; CABEDA, S. T. L. (Ed.). **Corpos e subjetividades em exercício interdisciplinar**. Coleção gênero e contemporaneidade. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 81–91.

WELZER-LANG, D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. **Revista Estudos Feministas**, v. 9, n. 2, p. 460, 1 jan. 2001.

WILLIAMS, D. R.; PRIEST, N. Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional. **Sociologias**, v. 17, n. 40, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=86843200005>>. Acesso em: 4 jul. 2018.

WOLF, N. **O mito da beleza. Como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres**. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.