

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE:
ANÁLISE DO TRABALHO DESENVOLVIDO NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO PARANOÁ-DF

Ana Socorro de Moura

Brasília

2006

ANA SOCORRO DE MOURA

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE:

ANÁLISE DO TRABALHO DESENVOLVIDO NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO PARANOÀ-DF.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, como requisito Parcial para a obtenção do grau de mestre.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Jane Lynn Garrison Dytz

Brasília

2006

ANA SOCORRO DE MOURA

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE: ANÁLISE DO TRABALHO DESENVOLVIDO NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO PARANOÁ-DF.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, como requisito Parcial para a obtenção do grau de mestre.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientadora – Prof^a Dr^a Jane Lynn Garrison Dytz
Universidade de Brasília

Membro Efetivo – Prof^a Dr^a Valéria Cristina de A. Brito
Universidade Católica de Brasília

Membro Efetivo – Prof^a Dr^a Marilúcia Rocha de A. Picanço
Universidade de Brasília

Membro Suplente – Prof^a Dr^a Helena Eri Shimizu
Universidade de Brasília

Brasília, 27 de julho de 2006

DEDICATÓRIA

A Deus, o autor da vida, que me envolveu com imenso amor e compreensão. "Sou grato por aquele que me fortaleceu, Cristo Jesus, nosso Senhor" (1ª epístola de Paulo a Timóteo capítulo 1 versículo 12).

AGRADECIMENTOS

A meu melhor amigo, meu companheiro de todas as horas: Rauney, que me compreendeu nos momentos de incertezas, obrigada por sua determinação, sua atenção e palavras de carinho.

A meus filhos: Ludmila e Frederico pelo amor, pela compreensão e apoio nos momentos de ausência.

A minha orientadora: Jane Lynn por respeitar meus momentos de luta e acompanhar o meu trabalho com críticas e sugestões relevantes.

A meus pais: João Caetano e Rita por acreditarem no poder transformador da educação.

Aos meus irmãos: Fátima, Margarida e Francisco pelos momentos de intenso incentivo e por serem exemplo para mim.

Aos gestores da Secretaria de saúde do DF por participar dessa pesquisa.

Aos profissionais do PRAIA – Paranoá pela boa receptividade e oportunidade de aprender.

Aos adolescentes do PRAIA – Paranoá pela disposição em participar da pesquisa.

Às Prof^a Dr^a Valéria, Marilúcia e Helena por aceitarem participar da Banca Examinadora.

Às amigas de trabalho: Renata Sanches e Juvanira Dalva que não mediram esforços para me ajudar e me possibilitar a oportunidade de estudar mais.

À ex-aluna e agora colega Maria da Guia pela ajuda e palavras de apoio.

Aos companheiros de oração que juntos intercederam a Deus a meu favor.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Àquela que para mim simboliza o verdadeiro sentido da amizade e da dedicação incondicional. Pelo apoio nos momentos bons e menos bons, pelas demonstrações de interesse e envolvimento total pelo meu trabalho. Um anjo colocado por Deus em minha vida: Maria Aparecida Gussi.

RESUMO

A implementação de uma política de saúde direcionada para atender as necessidades e demandas específicas da adolescência é relativamente recente no Distrito Federal. O presente estudo teve por objetivo avaliar o atendimento prestado pelo Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente na Unidade Básica do Paranoá (PRAIA – Paranoá). Foi utilizado o método de avaliação de processo que tem por finalidade determinar até que ponto os serviços prestados estão de acordo com o planejamento original e se os objetivos previamente estabelecidos foram alcançados. A coleta de dados foi feita por meio de consulta de documentos oficiais, observação participante e entrevista semi-estruturada com gestores, adolescentes, profissionais de saúde e informante-chave, totalizando 55 sujeitos. Os resultados obtidos revelam que as características dos adolescentes são semelhantes às descritas na literatura, as ações desenvolvidas priorizam as áreas da saúde sexual e reprodutiva. Não há indícios de que os profissionais envolvidos tenham algum conhecimento do projeto original do programa, observou-se também a falta de uma definição clara de metas a serem alcançadas e o não-estabelecimento de parâmetros de avaliação, o que limita a identificação dos resultados alcançados. Foram encontradas dificuldades de ordem estrutural para o atendimento ao adolescente, provavelmente comum a outros serviços similares. Apesar dessas limitações o programa desenvolve um papel fundamental de apoio para os adolescentes que o procuram, sendo bem avaliado por eles.

Palavras-chave: Adolescência, avaliação de programa, saúde do adolescente.

Abstract

The implementation of a health police geared to address the specific needs and demands of the adolescent is relatively recent in the Federal District. The purpose of the present study was to evaluate the service delivered by the Adolescent Health Program in the Paranoá Health Care Center (PRAIA – Paranoá). The method of process evaluation was used to determine to what extent the delivery of care is in agreement with the original plan and if the objectives previously established have been reached. Data collection was carried out with the analysis of official documents, participant observation and semi-structured interviews with managers, adolescents, health professionals and key informer, totaling 55 subjects. The results obtained reveal that the profile of the adolescents is similar to those described in the literature, care is focused primarily in the areas of sexual and reproductive health, the health team has no knowledge of the original project of the program and there is a lack of clear definition of the goals to be reached and the establishment of evaluation parameters, which limits the identification of the results reached by the program. The program encounters structural difficulties in order to carry out its work, probably common to other similar services. In spite of these limitations, the program is well appraised by the adolescents that seek it out and supplies a fundamental support role for these young people.

Key Words: Adolescence, program evaluation, adolescent health.

Lista de Figuras

Figura 2.1 – Distribuição da população residente por faixa etária nas RAs do DF que apresentam percentuais mais alto de jovens	13
Figura 4.1 – Distribuição conforme a fonte em que os adolescentes tiveram conhecimento do PRAIA	48
Figura 4.2 – Agrupamento de expectativas dos adolescentes em sua primeira reunião	51
Figura 4.3 – Caracterização dos adolescentes entrevistados, segundo faixa etária e sexo	54
Figura 4.4 – Relação do nível de escolaridade e faixa etária dos adolescentes entrevistados	56
Figura 4.5 – Projeto de vida dos adolescentes entrevistados	58
Figura 4.6 – Freqüência dos adolescentes entrevistados sobre falar com os pais a respeito do PRAIA	60
Figura 4.7 – Relação do nível de escolaridade entre os pais, as mães e seus filhos.....	60
Figura 4.8 – Relação entre indicadores sociais: posse de bens duráveis e média de moradores de uma mesma casa	62
Figura 4.9 – Freqüência dos temas discutidos no grupo do PRAIA durante o ano de 2005	65
Figura 4.10 – Avaliação dos adolescentes quanto aos temas abordados que mais agradaram no PRAIA	66
Figura 4.11 – Acesso dos adolescentes aos profissionais	69
Figura 4.12 – Distribuição do tempo de participação no PRAIA	72
Figura 4.13 – Sugestões colhidas para melhorar o PRAIA	73

Lista de abreviaturas e siglas

AIDS	Síndrome de Imuno-Deficiência Adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CODEPLAN	Companhia do Desenvolvimento do Planalto Central
COMPP	Centro de Orientação Médico Psico-Pedagógico
COSE	Centro de Orientação Sócio-Educativo
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
DF	Distrito Federal
DNCr	Departamento Nacional da Criança
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DRMA	Departamento de Recursos Médicos-Assistenciais
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESCS	Escola Superior de Ciências da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FHDF	Fundação Hospitalar do Distrito Federal
IBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
FNUAP	Fundo de População das Nações Unidas
FUB	Fundação Universidade de Brasília
GDF	Governo do Distrito Federal
HIV	Vírus de imunodeficiência Humana
HRAN	Hospital Regional da Asa Norte
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDJ	Índice de Desenvolvimento Juvenil
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASAD	Núcleo de Atenção Integral à Saúde do Adolescente
NNSC	Núcleo Normativo de Saúde da Comunidade

OMS/WHO	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-governamental
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Atenção Integrada à Saúde da Mulher
PRAIA	Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
RA	Região Administrativa
SP	São Paulo
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e esclarecido
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	01
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	06
2.1. Adolescência	06
2.1.1. Definição de adolescência	06
2.1.2. Principais características da adolescência	09
2.1.3. Situação epidemiológica dos adolescentes no Distrito Federal	13
2.2. Políticas públicas na área de saúde do adolescente	17
2.2.1. Breve histórico das políticas brasileiras	17
2.2.2. Programa de Atenção à Saúde do Adolescente	21
2.3. Avaliação de programas e serviços de saúde	23
2.3.1. Dimensões da avaliação	23
2.3.2. Estratégias de avaliação	26
3. METODOLOGIA	28
3.1. Tipo de estudo	28
3.2. Local de estudo	28
3.3. Definição de amostras, fontes e instrumentos de coleta de dados	29
3.3.1. Amostra	29
3.3.2. Fontes de instrumentos e coleta de dados	30
3.4. Análise dos dados	32
3.5. Considerações Éticas	34
4. PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE	36
4.1. Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente no Distrito Federal	36
4.2. Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente no Paranoá	40
4.2.1. Histórico do programa	41
4.2.2. Estrutura do Serviço	44
4.2.3. Processo de atendimento	47
4.2.4. Perfil da clientela	54
4.2.5. Necessidades e demandas	63
4.2.6. Relação dos profissionais com a clientela	68

4.2.7. Avaliação dos adolescentes e dos profissionais sobre o PRAIA - Paranoá	69
4.2.8. Sugestões dos adolescentes e profissionais para melhorar o programa	73
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
APÊNDICE – A	87
APÊNDICE – B	88
APÊNDICE – C	90
APÊNDICE – D	92
APÊNDICE – E	93
APÊNDICE – F	95
ANEXO – A	98

INTRODUÇÃO

A saúde dos adolescentes brasileiros pode ser considerada uma das mais importantes demandas em termos de políticas públicas e ao mesmo tempo um desafio a ser vencido. As questões que permeiam a fase da adolescência são complexas e exigem uma melhora na compreensão dos papéis que os adolescentes vêm assumindo no mundo atual. Estes papéis no âmbito social estão inseridos em um processo de construção da maturidade do adolescente com interpretação muitas vezes subjetiva, que expõe a vulnerabilidade destes sujeitos. Embora estar vulnerável a alguma situação inusitada seja próprio do ser humano, os adolescentes são mais susceptíveis a elas, por conviverem com diferenças que são construídas e mantidas por mecanismos sócio-históricos dinâmicos, o que significa que estão em constante mudança.

Essa fase da vida é encarada pelas pessoas com certa dualidade. Se, por um lado, é aceito o ensaio e a descoberta do novo como sendo peculiar a essa época, por outro lado, espera-se do adolescente o desempenho, comportamento e conduta típicos de um período preparatório ao engajamento como adulto na sociedade, e qualquer afastamento desta trajetória passa a ser preocupação, em princípio por parte dos pais, depois das autoridades e gestores da sociedade de uma forma geral.

Hoje, na maioria das cidades brasileiras, a população é bastante jovem, pois um terço de seus habitantes está situado na faixa de adolescentes (10 a 14 anos), adolescentes jovens (15 a 19 anos) e jovens adultos (20 a 24 anos). Os modos como esta juventude vive, sofre e morre falam por si e testemunham os percalços e vulnerabilidades específicas, que só podem ser compreendidos em sua complexidade, conhecendo a dinâmica dos contextos macro e micro societários (WAISELFISZ, 2004).

O relatório produzido pela Organização das Nações Unidas para a Educação e a Ciência e a Cultura – UNESCO, em 2004, mostrou fatos importantes sobre as condições de vida dos jovens brasileiros de 15 a 24 anos. A renda familiar *per capita* deles é de 1,46 salário mínimo e 80% desenvolvem alguma atividade-estudo, trabalho ou ambos. O grupo de jovens que só estudam tem melhor renda (1,79 salário mínimo) e a pior renda fica com os 20% daqueles sem trabalho ou estudo, segmento que totaliza sete milhões de jovens. Na faixa dos 15 aos 24 anos, a taxa

de mortalidade por causas violentas é de 74,42 óbitos por 100 mil jovens. O Rio de Janeiro e o Maranhão têm os piores indicadores, com 128,57 e 127,97 óbitos por 100 mil jovens, respectivamente (WAISELFISZ, 2004).

Passados 15 anos desde que a sociedade brasileira consagrou, em sua constituição, em especial, no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, ser dever do Estado e da sociedade civil a prioridade de atendimento às necessidades básicas da criança e do adolescente, cabe reconhecer grandes fragilidades do setor de saúde no atendimento integral às necessidades deste segmento da população.

Estudo realizado em cinco pequenos municípios (com população abaixo de 10.000 habitantes) da região de São João da Boa Vista – SP mostrou como estão sendo implementadas as políticas públicas voltadas para a saúde do adolescente. Foram entrevistados, em nível municipal, gestores de Saúde, promotores de Justiça e o presidente do Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, além de gestores em nível estadual e federal, buscando identificar como os vários atores envolvidos no processo estão, ou não, implementando suas ações na garantia ao direito à saúde do adolescente. A autora identificou uma brecha entre os níveis responsáveis, ou seja, havia uma distância muito grande entre os níveis federal e estadual em relação ao municipal, no que diz respeito ao conhecimento dos instrumentos normativos existentes e das ações planejadas e implementadas em nível municipal, concluindo que o adolescente permanece excluído das políticas públicas de saúde nos municípios pesquisados (NAVARRO, 2001).

Um estudo realizado com jovens em situação de risco identificou que eles apresentam necessidades diferenciadas, seja do ponto de vista quantitativo ou qualitativo, necessidades estas relacionadas ao mundo social que habitam: a família, a escola e o bairro. Os autores sugerem ações intersetoriais, não só de incremento das políticas sociais públicas, mas de capacitação dos adolescentes para que exerçam seus direitos e deveres sociais e possam ser partícipes na construção do ambiente que os cerca (SOARES; ÀVILA & SALVETTI, 2000).

Para a educadora Marília Spósito, da Universidade de São Paulo, um dos problemas atuais relacionados ao adolescente é que as ações políticas são nitidamente planejadas como forma de correção de desvios, e não como meio de promoção do indivíduo. A questão da violência, então, aparece como porta de entrada para essas políticas “compensatórias”, que tanto servem para aumentar as atividades repressoras quanto para estimular ações de controle (SPÓSITO, 2000).

No Brasil não se tem uma tradição de políticas sistemáticas direcionadas aos adolescentes. Só há pouco tempo se presenciou uma preocupação por parte dos responsáveis pela formulação de políticas governamentais direcionadas para este segmento da população.

Em 1989, foi criado pelo Ministério da Saúde um programa destinado exclusivamente à assistência ao público adolescente, o Programa Saúde do Adolescente – PROSAD, que surgiu diante da importância do crescimento demográfico desse segmento, que na época correspondia a 21,84 % da população do país e exigia atenção mais abrangente e específica. Em princípio, esse programa foi fundamentado em uma política de identificação de riscos e detecção precoce dos agravos com tratamento e reabilitação do adolescente (nas áreas biológica, psicológica e social) e de promoção de saúde, seguindo as orientações propostas pela Organização Mundial de Saúde – OMS.

Segundo as diretrizes deste programa, as ações de atendimento ao adolescente deveriam ocorrer sob a ótica de um atendimento integral, não se restringindo a ações isoladas ou setorializadas, mas priorizando a participação da família e da comunidade, de modo a criar ambientes favoráveis para o desenvolvimento pleno do adolescente (BRASIL, 1996).

No Distrito Federal a regulamentação dessas políticas aconteceu no ano de 1991 com a implantação do Programa de Atenção Integral ao Adolescente – PRAIA, embora trabalhos isolados de profissionais preocupados com o grupo dessa faixa etária tenham criado, por iniciativa própria, trabalhos multidisciplinares direcionados para o acompanhamento integral dos adolescentes. A criação do PRAIA, com base nos princípios do PROSAD, pode ser interpretada como um sinal da importância que os adolescentes passam a ter no âmbito da política de saúde, e possam, a partir daquele momento, receber uma atenção redobrada dos dirigentes.

Os serviços de atendimento à saúde do adolescente no Distrito Federal – DF encontram-se implantados em 15 Regiões Administrativas – RAs e funcionam da melhor maneira possível dentro das condições existentes. Os profissionais têm liberdade para desenvolver o programa de acordo com sua capacitação e criatividade. Entre as RAs, destaca-se a do Paranoá, que foi identificada como um dos trabalhos pioneiros na implantação do PRAIA.

Nesses 10 anos de implantação e implementação desse programa no Paranoá, ficaram claras a urgência e a necessidade de estudar e compreender o trabalho desenvolvido pelo programa, com a perspectiva de análise dos vários elementos que compõem o processo. Inicialmente, são necessários: o levantamento das instalações e equipamentos, a análise do gerenciamento, o efeito da incorporação de tecnologias instrumentais e o levantamento dos recursos necessários para atender as necessidades do adolescente em geral, desde o seu acolhimento na entrada do programa até o tratamento participativo e educativo recebido.

É escasso o número de estudos de avaliação desses programas no Distrito Federal. A linha básica de estudo deste trabalho é investigar a realidade concreta do trabalho desenvolvido em uma unidade básica de atendimento ao adolescente e servir de estudo e exemplo para outras unidades, além de aprender e sugerir outras formas de como agir com a clientela adolescente, tornando-a co-participante e responsável na promoção social de sua saúde, bem como contribuir para o desenvolvimento e aperfeiçoamento dessa área estratégica no Distrito Federal.

O objetivo é a avaliação do atendimento prestado no Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente na Unidade Básica do Paranoá – DF ao grupo de adolescentes participantes. Do ponto de vista do mérito, o estudo é importante por tratar-se de um serviço cuja demanda está estabelecida e é crescente, faz-se necessário conhecer como o atendimento é prestado e tirar conclusões que possam aprimorar o tratamento do grupo adolescente.

Os objetivos específicos são:

- Descrever os antecedentes históricos do programa no contexto do Distrito Federal;
- Identificar a estrutura do serviço e o processo de atendimento prestado aos adolescentes do Paranoá;
- Traçar o perfil dos adolescentes atendidos pelo PRAIA;
- Verificar a percepção dos adolescentes e profissionais de saúde quanto às ações desenvolvidas pela equipe do PRAIA.

No estudo será utilizada a avaliação de processo, um tipo de desenho de pesquisa comumente usado na avaliação de programas. A avaliação de processo estuda a maneira pela qual o serviço ou intervenção é planejado e realizado. Visa a

descrever o que está acontecendo e não tem como objetivo estabelecer eficácia ou efetividade (BELLONI; MAGALHÃES & SOUZA, 2001).

Neste estudo, entendemos trabalho em saúde como um processo dinâmico e contraditório, que se articula com outras atividades do setor de saúde e da sociedade e se transforma também no atendimento às necessidades sociais.

O trabalho será dividido em quatro partes, a fim de apresentar uma seqüência lógica e prática. Na primeira parte vamos desenvolver o tema adolescência, de modo a demarcar as principais características desse período de mudanças no ser humano, caracterizar a situação epidemiológica dos adolescentes no Distrito Federal e fazer um breve histórico das políticas brasileiras voltadas para esse segmento populacional. Em seguida, vamos refletir sobre o processo de construção da avaliação de programas e serviços de saúde, com enfoque na avaliação de processo, apontando o escopo metodológico adotado e assinalando possíveis caminhos da avaliação.

Na segunda parte, vamos apresentar a metodologia empregada no presente estudo e, em conseqüência, a terceira parte apresenta os resultados encontrados na pesquisa, dando ênfase às falas dos atores que participaram do estudo.

Por último, apresentaremos algumas considerações e recomendações, tanto no que diz respeito às ações dos serviços, quanto possíveis sugestões de pesquisas para ampliar a discussão.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A estruturação do trabalho foi realizada em três eixos teóricos que vemos como importantes para o entendimento e a discussão do material da pesquisa. O primeiro é o eixo da adolescência, que direciona este estudo. O segundo eixo abarca o histórico das políticas públicas no Brasil voltadas para o atendimento ao adolescente, apresentando aspectos teóricos esclarecedores para a compreensão do funcionamento do programa. A avaliação de programas e serviços apresenta-se como o terceiro eixo, sendo este a fundamentação da abordagem escolhida.

2.1 ADOLESCÊNCIA

2.1.1 Definição de adolescência

Adolescência tem sido vista como um período de dimensão importante, por influenciar a organização da forma e das decisões com que meninos e meninas irão proceder em seus anos de maturidade, com relação a aspectos que vão desde a saúde sexual e a saúde reprodutiva, até alcançar uma dimensão social e econômica.

Essa idéia de transição de uma fase da vida para outra também está presente nesta definição:

Adolescência é uma etapa do desenvolvimento humano que se inicia na infância e que ritualiza a entrada da vida adulta, caracteriza-se por profundas transformações físicas, emocionais e cognitivas. É um período complexo da existência humana na qual se apresenta uma série de questões, que devem ser satisfatoriamente conduzidas, para se alcançar uma vida adulta saudável (MINAYO-GOMES; MEIRELES 1997, p.138).

Muller & Barros Filho (1996) destacam que a adolescência é um fenômeno universal, que sofre variações no tempo e na sociedade onde se processa. É por esta razão que os limites etários que definem a infância e a adolescência apresentam um caráter histórico-social, ou seja, mudam temporalmente e de sociedade para sociedade.

Os estudos de Ariés (1973) contribuem para a contextualização da maneira de encarar a questão da criança e sua importância. Até o século XVI, na França, as fases caracterizadas hoje como infância e adolescência não se discerniam com nitidez em seus vocabulários. O autor, utilizando a pintura da época como documento, informa que a sociedade não via com clareza a criança nem o adolescente. A criança vivia no anonimato e o seu reconhecimento, como etapa peculiar da vida humana, não ocorreu antes do final do século XIX. A passagem da criança pela família e pela sociedade era muito breve e insignificante. Diante de acontecimentos necessários, a criança, ainda pequena, se transformava em adulto jovem, sem passar pelas etapas da juventude. Surgiu na Alemanha, na música *Siegfried*, de Wagner, a descrição do primeiro adolescente moderno, descrito como "pureza (provisória), de força física, de naturismo, de espontaneidade e de alegria de viver", que faria do adolescente o herói do século XX, o século da adolescência (ARIÉS, 1973, p. 46).

Para compreendermos a atual definição de adolescência, o melhor é resgatar um pouco da história legislativa brasileira voltada para a criança e o adolescente. Este resgate tem como objetivo conhecer o processo de construção das aquisições em torno da questão da criança e do adolescente, para melhor compreensão do processo histórico-estrutural. E desta forma, também evidenciar os desafios e perspectivas que se abrem à construção da cidadania e do respeito às crianças e adolescentes.

No Brasil, as citações em torno da criança e do adolescente iniciaram-se com o Código Penal de 1881, que apresentava regras de inimizabilidade ou redução da pena para algumas faixas etárias, revelando uma preocupação com o domínio da ação jurídica sobre o desenvolvimento e conduta de crianças desamparadas e/ou delinquentes. Surgia nesse período a categoria "menor" para identificar a criança e o adolescente, termo esse ligado aos que são abandonados por estarem nos espaços públicos da rua.

O Primeiro Código de Menores, aprovado em 1927, foi encomendado pelo presidente Washington Luiz ao então jurista Mello Mattos com o objetivo de consolidar as leis de assistência e proteção social à criança e ao adolescente, ou seja, ao "menor, de um ou de outro sexo, abandonado ou delinquentes, que tiver menos de 18 anos de idade" (VERONESE, 1997, p. 27). Esse termo aparece como uma categoria classificatória da infância pobre de forma excludente e estigmatizante,

todavia, o Código conseguiu agrupar leis e decretos que, desde 1902, buscavam aprovar questões beneficiárias ao menor de idade e marcou o início do domínio da ação jurídica sobre a infância.

O novo Código de Menores surgiu em 1979 introduzindo o conceito de “menor em situação irregular”, mas havia poucas mudanças em relação ao código anterior e a categoria menor continuou a existir. A criança e o adolescente, na maioria das vezes, eram vistos como objetos de medidas judiciais, ressaltando apenas o aspecto penal em detrimento dos direitos sociais desse segmento populacional.

A década de 80 foi caracterizada por diversos movimentos na tentativa de democratização. No campo das políticas públicas relacionadas à criança e ao adolescente não foi diferente e ocorreram também grandes transformações. Anos de debate, denúncias e demonstrações públicas de desagrado ao Código de menores conduziram a ganhos sociais em defesa dos direitos da criança e do adolescente, culminando com a assinatura, em 1990, do ECA.

Alguns dos pressupostos do ECA foram baseados na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1989), que trouxe para o universo jurídico a doutrina de proteção integral a qualquer criança ou adolescente, sem distinções, tendo como base o dever de se garantir a satisfação de todas as necessidades das pessoas até dezoito anos de idade (VERONESE, 1997). Em termos de limites etários, o ECA, em seu artigo 2º, estabelece que: “considera-se criança, para os efeitos desta lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade” (BRASIL, 1990, p.1).

Certamente a aprovação do ECA constitui um marco na história dos direitos das crianças e adolescentes brasileiros, pois houve um reconhecimento da condição de “ser humano em desenvolvimento” dos indivíduos nesta fase da vida e a concepção de “sujeito de direitos”, de forma a assegurar-lhes seus direitos e fortalecer a preocupação de proteger o patrimônio emocional da criança e do adolescente em uma ação não apenas punitiva, mas também educativa (BRASIL, 1990).

Já a OMS, adota outros limites etários para definir a adolescência baseando-se nos resultados de inúmeros estudos realizados nos últimos 30 anos sobre as mudanças físicas, sexuais, emocionais e relacionais enfrentadas pelos adolescentes, bem como os conflitos gerados por estas mudanças.

Aberastury & Knobel (1981), por exemplo, demonstraram a passagem do adolescente por desequilíbrios e instabilidades que acabam sendo perturbadores para os adultos. Isto indica que este período da vida é mais do que uma etapa estabilizada, é também um processo em desenvolvimento, como uma etapa do ciclo vital, não sendo apenas identificada pelas modificações físicas, em especial aquelas modeladoras dos caracteres secundários, mas, principalmente, por modificações psicológicas.

Em 1965, a OMS adotou a seguinte definição para a adolescência: “um período de vida onde ocorre uma série de transformações amplas, rápidas e variadas, que se registram entre os 10 e os 19 anos, período que geralmente corresponde ao início da puberdade até a idade adulta” (OMS, 1965, p.2).

Em 1986, ela ampliou os limites dessa faixa etária dos 10 aos 24 anos de idade e recomendou uma divisão em três subgrupos: 10 aos 14 anos, 15 aos 19 anos e 20 aos 24 anos, chamando a atenção para o pouco rigor dos termos “adolescente” e “jovem” (OMS, 1989). O Ministério da Saúde - MS também adota essa faixa etária para a clientela atendida no Programa de Saúde do Adolescente (BRASIL, 2004).

A atual definição de adolescência abrange um período bastante vasto, mas resulta da preocupação dos especialistas com vários aspectos correlacionados com esse período de vida, sobretudo quando estes são analisados à luz das mudanças e demandas que ocorrem na sociedade contemporânea, e não somente com a faixa etária, como era feito no passado.

2.1.2 Principais características da adolescência

A adolescência é uma etapa decisiva no processo de amadurecimento do ser humano que começa com o próprio nascimento. As mudanças físicas e psicológicas próprias do processo levam o adolescente a se relacionar diferentemente consigo mesmo, com os pais e com o mundo. Estes fenômenos não ocorrem como um evento isolado, mas articulados entre si, daí a importância de se compreender o conjunto das mudanças que ocorrem nesse período específico da vida humana.

As transformações físicas privativas da adolescência, tais como: a definição de um novo corpo e suas modificações corporais incontroláveis, o aparecimento dos caracteres sexuais secundários e as modificações de peso e altura se expressam de forma nítida em cada sexo.

A maturação dos órgãos e de suas funções necessita de tempo e de estimulação hormonal adequada. A adolescência não está limitada a fatores cronológicos, mas existe uma caracterização de modificações perceptíveis e marcantes que vão além do aumento da estatura e do peso e que se manifestam por meio das seguintes características: crescimento de pêlos pubianos e axilares, desenvolvimento das mamas, crescimento do pênis, menstruação, aumento de massa muscular etc. Estas mudanças físicas, consideradas por vários autores como puberdade, referem-se ao processo de maturação hormonal e de crescimento, que são universais e ocorre de forma semelhante em todos os seres humanos fazendo desta etapa um marco. As meninas iniciam o período um pouco mais cedo que os meninos. Na maioria delas é indicativo de início desta fase o aparecimento dos brotos mamários, na idade entre 9 e 13,5 anos e nos meninos o crescimento dos testículos e mudanças no escroto no período entre 9,5 e 14 anos de idade (WONG, 1999).

Esta etapa da vida pode ser vista como um dos períodos mais saudáveis, pois o adolescente encontra-se cheio de vida, energia, alegria, otimismo e com desejo de fazer mudanças, de experimentar (ÁVILA, 1999).

A dinâmica da adolescência ocorre não só fisicamente, mas também acontece com as mudanças psíquicas que se estabelecem de forma lenta e insidiosa. Algumas das características da adolescência são: viver em grupo, valorizar a turma e sentir atração pelos amigos. Isto leva a um convívio profundo e cotidiano que se torna vital para o adolescente. A identificação com os pares ajuda na confiança do adolescente em si mesmo (UNICEF, 2003).

A necessidade de se identificar com um grupo (tribo) leva o adolescente a viver a contradição do igual e do diferente, sendo igual a seus pares e diferente dos demais. Muza (1991) enfatiza que a tendência grupal faz parte do processo de separação-indivuação do adolescente, pois é no grupo que ele busca a identificação, a proteção, o reconhecimento e a oportunidade de desempenhar um papel social em um espaço apropriado para a atitude de agressividade e sexualidade.

Erik Erikson – psiquiatra que desenvolveu a Teoria da Personalidade e seus “oito estágios de desenvolvimento”, nos quais cada um é responsável por um “conflito sócio-emocional” que o indivíduo necessita resolver – afirma que o adolescente experimenta desafios em sua vida envolvendo atitudes para consigo mesmo, com seus pares, com pessoas do sexo oposto, na busca de uma profissão, e que mediante essas questões descobrirá e definirá sua identidade. O adolescente busca encontrar a segurança de que precisa em um determinado grupo que apóie suas idéias e identidade (ERIKSON, 1976,1987).

Aberastury & Knobel (1981) destacam que durante as mudanças psicológicas de estruturação da nova identidade ocorre conjuntamente um sentimento de luto pela perda do corpo de criança, da identidade infantil e da relação que mantinha com os pais na infância.

Esse período traz consigo uma alteração no padrão da relação entre pais e filhos que é percebida como de maior turbulência em razão da transformação no papel de ambos. O adolescente sai de uma postura cordata, resignada e de completa obediência para contradizer as normas com as quais tinha intimidade e consentia. A adolescência está interligada à saída do “círculo restrito familiar” e ao acolhimento pela sociedade como cidadão com seus direitos e seus deveres (UNICEF, 2003).

Para alguns autores, a adolescência pode ser caracterizada como um segundo parto. Tiba (1994) relata que o segundo útero é a família, que prepara a pessoa para o segundo parto: a adolescência. Se no útero materno a mensagem era passada pelo *chromossomo*, no útero familiar é o *como somos*, as características próprias passadas para a criança no seio familiar, seus sentimentos e valores, os papéis de masculinidade e de feminilidade.

Nesse processo, a presença do pai se torna mais ativa, pois ele passa de mero coadjuvante do primeiro parto a protagonista junto à mãe no segundo. Portanto, é essencial que os pais se interessem e se aproximem do mundo do adolescente para guiá-lo nesse processo de crescimento e de encontro consigo mesmo na busca pela maturidade emocional. Contudo este é um processo difícil para os pais, pois na verdade eles estão vivenciando essa experiência nova de serem pais de adolescentes.

Outro aspecto que caracteriza essa fase da vida é a elaboração de uma escala de valores próprios do adolescente. Ele tem necessidade de usufruir de liberdade e de protestar, já que tem uma sensibilidade especial para o idealismo e a utopia, o que o leva comumente a enfrentar causas que para outros segmentos parecem pura loucura. Os pais, por sua vez, apresentam dificuldade em aceitar os valores dos filhos, levando-os, muitas vezes, ao autoritarismo. Muza (1991) destaca que a liberdade sem limites é igual ao abandono, enquanto que a liberdade com limites se relaciona com os cuidados, cautela, observação, contato físico permanente e diálogo. O adolescente precisa de tempo, espaço e diálogo. Daí a importância da relação parental na segurança dele e na firmeza de seu desenvolvimento psicossocial.

Encontram-se na literatura muitos conceitos sobre adolescência saudável, muito semelhantes entre si, que têm como principal denominador comum a plena inserção social do jovem no ambiente em que vive, o que decorre de sua intenção em participar ativamente da comunidade e do acolhimento desta às potencialidades deles.

Na maioria das sociedades ocidentais a transição para a idade adulta acontece com base nos caracteres biológicos sem uma transição ou rito específico que marque essa passagem, como o do *Bar Mitzvah*, que faz parte de uma tradição da sociedade judaica passada de geração em geração. É uma cerimônia de celebração, reconhecida como um marco de passagem para a fase adulta, a partir da qual ocorre o reconhecimento do iniciante como homem ou mulher por toda a comunidade (BRODSKY, 1997).

Segundo dados do Relatório da Situação da Adolescência Brasileira, muitos jovens brasileiros carecem de condições favoráveis para execução dessa passagem em direção à vida adulta, já que essa fase da vida freqüentemente coincide com a inserção do adolescente no mercado de trabalho, assumindo o papel de ajudar na economia familiar. Enquanto os adolescentes em situação de pobreza encontram impedimentos para viver as etapas preparatórias, se inserindo de forma precoce no mercado de trabalho, os jovens das classes média e alta usufruem uma “adolescência prolongada” relacionada com a formação profissional e suas especializações (UNICEF, 2003).

A sociedade hoje exige mais dos jovens do que em qualquer época anterior [...] espera-se que tenham uma maior autonomia, especialmente na criação dos filhos; a maior urbanização e industrialização significam que a independência econômica só é alcançada através de um nível maior de educação e treinamento. "(OMS, 1989, p.7)".

Em muitos momentos encontramos nos adolescentes dos dias atuais o temor em relação à própria subsistência. Diante disso, podemos ver o quanto é importante o conhecimento desse universo, considerando a relevância de seu amadurecimento e dos conflitos constantes, da interação e definição do ser adulto.

2.1.3 Situação epidemiológica dos adolescentes no Distrito Federal

Para se ter uma compreensão do problema da adolescência no Distrito Federal, examinamos a seguir alguns dados estatísticos sobre essa realidade social. Segundo o censo de 2000, o Distrito Federal possui 2.051.146 habitantes, dos quais 60,7% não haviam ainda atingido os 30 anos de idade. Estas taxas podem ser consideradas altas, levando em conta que no Brasil este grupo etário representa aproximadamente 56% da população total (FIBGE, 2000).

Entre essa população jovem, mais de um terço dela (31,7%) está na faixa da adolescência (10 a 24 anos), um leve decréscimo em termos percentuais aos dados de 1991 (33,5%), mas que ainda representa uma parcela significativa (FIBGE, 2001).

Examinando os dados desse contingente populacional no DF, encontramos uma prevalência maior de jovens nos seguintes locais, conforme pode ser visto na figura 2.1 a seguir:

Figura 2.1 Distribuição da população residente por faixa etária nas Regiões Administrativas do Distrito Federal que apresentam os percentuais mais altos de jovens.

Região Administrativa	10-14anos %	15-17 anos %	18-24 anos %	Total %
Santa Maria	12,5	7,7	15,2	35,4
Paranoá	10,6	6,8	17,6	35,0
Samambaia	11,6	7,2	15,7	34,5
Brazlândia	10,5	6,5	26,0	33,0
Riacho Fundo	10,8	6,5	14,5	31,8
Distrito Federal	9,3	6,2	16,2	31,7

Fonte: IBGE, 2000.

Santa Maria destaca-se como a RA que possui a população mais jovem com 35,4% de pessoas situando-se na faixa etária de 10 a 24 anos de idade, seguindo-se as RAs do Paranoá (35,0%), Samambaia (34,5%), Brazlândia (33,0%) e Riacho Fundo (31,8%), para citar apenas as que se situam acima do parâmetro correspondente ao DF, que é de 31,7%.

Um traço comum dessas RAs é que abrigam grande contingente de população de baixa renda, pois mais de 50% dos domicílios particulares permanentes são chefiados por pessoas que vivem com rendimento de até três salários mínimos: Paranoá (61,2% dos domicílios), Samambaia (56,4%), Brazlândia (54,4%) e Santa Maria (53,2%). Somente Riacho Fundo apresenta um quadro ligeiramente melhor, 44,5% (DISTRITO FEDERAL, 2004).

Esse grande percentual de adolescentes pode ser considerado como um dos principais grupos de risco, pois residem na periferia do Distrito Federal onde as condições de vida são, de certo modo, semelhantes no que se refere à falta de moradia adequada, de lazer, de transporte, de acesso aos serviços de saúde e de educação e, principalmente, de ingresso no mercado de trabalho. Geralmente, nesse segmento se inicia a busca pelo primeiro emprego, seja pela conclusão do processo de educação formal ou pela necessidade de ingressar no mercado de trabalho prematuramente.

O Distrito Federal apresenta-se como uma das Unidades da Federação que tem uma das melhores condições de vida do Brasil. A renda familiar *per capita* dos jovens é a maior do País, obtendo a média de 2,46 salários mínimos e aparece em primeiro lugar na categoria escolarização adequada para a faixa etária de 15 a 24 anos de idade. Enquanto o adolescente brasileiro tem a média de 7,4 anos de estudo, o Distrito Federal apresenta a média de 8,3 anos (WAISELFISZ, 2004).

O problema com esses dados é que não revelam claramente que as oportunidades de vida são desiguais para diferentes grupos sociais. Isso fica mais claro se compararmos os Índices de Desenvolvimento Humano – IDH no Distrito Federal, cuja média é considerada elevada (0,853), mas que tem uma distribuição desigual nas diferentes RAs. O Lago Sul apresenta o valor mais alto (0,945), seguindo da cidade de Brasília (0,936), enquanto que Brazlândia fica em último lugar (0,761), porém acima do valor correspondente ao país como um todo (0,757). Com exceção do Riacho Fundo que tem um índice de 0,826, os outros quatro núcleos populacionais citados acima têm valores considerados de desenvolvimento humano

médio: Santa Maria (0,794), Paranoá (0,785) e Samambaia (0,781) (CODEPLAN, 2003).

Existe muita desigualdade social no Distrito Federal, assim como no restante do país, e isso tem afetado o adolescente de maneira intensa, pois percebe-se uma juventude muito desestimulada, que abandona os estudos, não consegue emprego e envolve-se com atividades ilícitas, enfim, cresce sem perspectiva ou expectativa de melhor qualidade de vida.

No que diz respeito aos problemas de saúde do adolescente, os mais cruciais são os relativos ao desenvolvimento da sexualidade, à violência, ao uso de drogas, além do atendimento especializado para doenças específicas, tais como: doenças sexualmente transmissíveis – DST, Síndrome de imunodeficiência Adquirida – AIDS, depressão, entre outros.

O fenômeno da gravidez na adolescência, em meninas cada vez mais jovens, tem chamado a atenção pelo aumento da taxa de fecundidade nesse grupo, em confronto com a diminuição da mesma na população em geral. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, realizada em 1996, demonstrou que 14% das mulheres pertencentes a faixa etária de 15 a 19 anos tinham pelo menos um filho e que as adolescentes mais pobres tinham mais filhos do que as de melhor nível socioeconômico (FIBGE, 1996).

A gravidez na adolescência tem aumentado significativamente nos últimos anos entre as adolescentes no Distrito Federal, conforme dados disponíveis sobre os motivos de internação em hospitais ligados ao Sistema Único de Saúde – SUS. Em 1995, foram listadas 4.838 internações hospitalares por gravidez, parto e puerpério em meninas com idade entre 10 e 19 anos. Já em 2003, o número de internações nesse grupo quase dobrou, indo para 8.900, o que equivale a 55,64% do total de internações hospitalares para essa faixa etária (DATASUS, 2006).

No ano de 2003, o Paranoá registrou um número de 15 nascidos vivos para o grupo de mães com idade entre 10 a 14 anos e 359 nascimentos para o de mães com idade entre 15 a 19 anos, o que totaliza 374 nascimentos (DISTRITO FEDERAL, 2005).

Outro problema que desperta a atenção dos especialistas diz respeito à suscetibilidade dos adolescentes em relação às DST e a AIDS. Segundo Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, cerca de 70% dos casos de AIDS ocorrem na faixa de 20 a 39 anos, no ano de 2001. Considerando que o portador pode ficar

assintomático por um período em torno de 10 a 15 anos, infere-se que a maioria dos casos de infecção por AIDS tenha ocorrido durante o período da adolescência ou mesmo durante o início da vida adulta (JEOLÁS et al, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde, existem 190.949 casos notificados de AIDS e, destes, 6.750 são de crianças com menos de 13 anos de idade e 4.382 de adolescentes de 13 a 19 anos de idade. As taxas de mortalidade específica por AIDS no DF, no ano de 2002, foram de um caso, para a faixa etária de 15 a 19 anos e de 23 óbitos para a de 20 a 29 anos (DATASUS, 2006).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde demonstra que 11% da população infanto-juvenil feminina e 8% da masculina desconhecem totalmente algum modo de evitar o Vírus – HIV (FIBGE, 1996). O adolescente é mais propenso a dispensar o preservativo porque não tem acesso a ele ou não é capaz de convencer o parceiro/parceira da necessidade do seu uso.

Uma forma usual de medir o nível de bem-estar da população é por meio do uso de indicadores de morbi-mortalidade, que traduzem em dados quantitativos os riscos de adoecer ou morrer aos quais determinados grupos estão expostos em determinada área geográfica e período de tempo. Segundo os dados levantados pelo World Health Statistics Annual (WHO, 1996), em 1996, o Brasil possuía uma taxa de 48,6 óbitos por 100.000 jovens, mortes essas causadas por homicídio e outras violências.

Os óbitos por causas externas (homicídios, acidentes de trânsito) em adolescentes no Brasil são de 51,58%, na faixa de 10 a 14 anos, e de 67,57%, na de 15 a 19 anos, em relação às demais causas de óbitos e envolvem, principalmente, os jovens do sexo masculino da faixa etária de 15 a 29 anos (FIBGE, 2001).

Nesse preocupante contexto nacional de violência juvenil, o Distrito Federal apresenta o segundo lugar do *ranking* nacional, apresentando 77,6 em cada 100 mil adolescentes mortos com idade entre 15 e 19 anos. Com esse índice, o Distrito Federal ficou à frente de Estados historicamente mais violentos, como Rio de Janeiro (77,2) e São Paulo (75,9), perdendo apenas para Roraima (82,5) (FIBGE, 2000).

As políticas públicas devem abranger questões, tais como: a gravidez precoce, a prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, o uso indevido de drogas, o aumento da violência, o abuso sexual, a saúde mental, o acesso ao mercado de trabalho, e tantas outras, de forma a reconhecer a

pluralidade da adolescência e levando em consideração para a sua formulação, a vulnerabilidade e os fatores de risco a que estão expostos os adolescentes.

2.2 Políticas públicas na área de saúde do adolescente

2.1.1 Breve histórico das políticas brasileiras

Pertence ao Estado, mediante políticas sociais e econômicas, o dever de assegurar as condições apropriadas para a qualidade de vida, o controle do risco de doenças e a garantia do acesso igualitário e universal as ações e serviços de promoção e recuperação da saúde.

De acordo com Miranda & Ferriane “a proteção à maternidade, a infância e a adolescência têm registro como programa de governo desde 1920, representada na Seção de Higiene Infantil e Assistência a Infância” (MIRANDA; FERRIANE, 2001, p.25). Em 1940 foi criado o Departamento Nacional da Criança – DNCr que acompanhava as ações de caráter higienista do Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP com ações importantes no processo de desenvolvimento da puericultura.

Em 1970 o DNCr foi extinto e criou-se a Coordenação de Proteção Materno-Infantil que passou a se chamar, em 1976, Divisão Nacional de Saúde Materno-infantil – DINSAMI. O foco da atenção era a criança de zero a um ano de idade, depois ampliou-se a faixa etária até cinco anos de idade, e só bem mais tarde incluiu-se o adolescente na programação de saúde. Nesse período, o sistema de saúde vigente tinha por base o modelo médico-assistencial privatista e a área de saúde pública era colocada em segundo plano (MIRANDA; FERRIANE, 2001).

A realização da Conferência de Alma-Ata, em 1978, promovida pela OMS introduziu no cenário mundial um novo modelo assistencial – a atenção primária de saúde – que preconiza uma nova organização dos serviços públicos de saúde baseada nas seguintes diretrizes: regionalização e hierarquização¹; resolubilidade²;

¹ Regionalização e hierarquização – os serviços devem estar traçados em uma área geográfica delimitada, iniciando o atendimento mediante serviços de nível primário de atenção e, se necessário, encaminhar para os de maior complexidade.

² Resolubilidade estima que o serviço ao ser procurado pelo usuário esteja preparado para resolver seu problema até o nível da sua competência.

descentralização³; participação comunitária⁴ (ESCODA; LIMA, 1992; SILVA; PADILHA; BORENSTEIN, 2002).

A Atenção Primária de Saúde é uma atenção não direcionada para a enfermidade, orienta para os valores essenciais de atingir o mais alto nível de saúde possível. Busca a resolução das necessidades de saúde da comunidade, mediante a participação e a orientação para a qualidade. As ações preventivas que auxiliam nessa atenção são vistas por Czeresnia como “intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo a incidência e prevalência nas populações” (CZERESNIA, 2003, p.1) Existe uma distribuição desigual de efeitos indesejáveis de doenças entre os diferentes grupos populacionais, em que alguns apresentam determinados fatores que os tornam mais propensos a apresentarem enfermidades, de sofrerem alguns acidentes ou de irem a óbito. Desta forma, o foco da atenção tem sido direcionado não apenas ao indivíduo, mas ao grupo de risco, com uma ação prioritária dos serviços de saúde na concentração de esforços voltados àqueles que pertencem a esse grupo.

Com isso, o país presenciou, ao longo dos anos 70 e 80, uma intensa movimentação político-social, denominada Reforma Sanitária Brasileira, que resultou, entre outras coisas, na implantação de redes de atenção básica à saúde em grande parte dos muitos municípios brasileiros, principalmente no Nordeste (JORGE, 1989; MIRANDA; FERRIANI, 2001).

No campo das políticas públicas da criança e do adolescente houve uma ampla mobilização da sociedade, com destaque para as seguintes entidades: Frente Nacional de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes, Pastoral do Menor da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua e Comissão Nacional Criança e Constituinte, todas engajadas na luta pela introdução de transformações no sistema de saúde brasileiro e no papel da família e da sociedade em relação à criança e ao adolescente (PEREZ, 2003), como se vê de forma explícita o resultado no artigo 227 da Constituição Federal de 1988:

³ Descentralização com direção única em cada esfera de governo (Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde), sendo que a maior responsabilidade na promoção cabe ao município.

⁴ Participação comunitária – deve ocorrer por meio de entidades representativas em todos os níveis de governo no âmbito dos conselhos de saúde e nas conferências de saúde.

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988, p.126).

A atual política de saúde brasileira está centrada na consolidação e aperfeiçoamento no Sistema Único de Saúde – SUS, criado em 1990, dentro de uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, tendo como eixos norteadores as seguintes doutrinas: universalização do direito à saúde (garantia de atenção à saúde de todo e qualquer cidadão); equidade (todo cidadão é igual perante o SUS) e integralidade (ações integradas na perspectiva de uma visão biopsicossocial) (BRASIL, 1988).

A questão da integralidade é vista por Pinheiro:

[...] como uma construção em dois planos, o sistêmico e o individual. Um está relacionado com a atenção como política e a rede de serviços de saúde; o outro tem a ver com a questão do cuidado com a incorporação de novas tecnologias assistenciais que prestam atendimento de qualidade ao usuário (PINHEIRO, 2006, p.1).

No que se refere às políticas públicas nacionais voltadas para o segmento materno-infanto-juvenil, as primeiras ações coordenadas ocorreram com a implantação das Ações Integradas de Saúde – AIS em meados dos anos 80, em especial o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança – PAISC e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM, o que levou os municípios brasileiros a assumir maior responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde às crianças e mulheres, por meio da rede de atenção primária, fundamentada em uma proposta de identificação dos grupos de risco, detecção precoce de agravos e tratamento adequado, reabilitação dos indivíduos e promoção da saúde, de forma integral, multisetorial e interdisciplinar (GERSCHMAN, 2004).

O Programa Saúde do Adolescente, inicialmente conhecido pela sigla PROSAD, foi lançado pelo Ministério da Saúde em dezembro de 1989, direcionado para a faixa etária que vai dos 10 aos 19 anos, depois ampliado até os 24 anos, e obedecendo as mesmas diretrizes propostas para os outros programas. Constitui a formulação de uma política nacional para a adolescência e juventude, a ser desenvolvida nos níveis federal, estadual e municipal, por entidades governamentais e não-governamentais, com o propósito de promover a saúde integral do

adolescente, incentivar e apoiar estudos e pesquisas multicêntricas relativas à adolescência, bem como montar um sistema de informação e documentação dentro de um sistema nacional de saúde, na perspectiva da organização de um centro produtor, coletor e distribuidor de informações sobre a população adolescente (BRASIL, 2004).

Este programa incorporou várias diretrizes contidas na Carta de *Ottawa* (1986) que trata a saúde como qualidade de vida e para tal é necessário criar condições favoráveis para o fortalecimento da participação da comunidade, levando o indivíduo a ampliar sua participação e também a reorientar os serviços de saúde, pois a capacitação e o controle dos sujeitos e da sociedade sobre seus processos e padrões sanitários podem melhorar a qualidade de vida (BRASIL, 2001).

Uma das premissas deste ideário é a idéia de que para se cuidar de uma forma global dos indivíduos é preciso interferir em suas condições de vida. A prática social em saúde significa se articular com lutas pela transformação das relações sociais injustas e pelas desigualdades. Igualmente, as determinações de saúde do adolescente não podem ser vistas de forma isolada, pois estão ligadas ao contexto vivenciado por eles, nas suas condições de vida.

Outra idéia é o papel da família no processo saúde-doença. A Organização Pan-americana de Saúde – OPAS, em seu 44º Conselho Diretor, reforçou que a família vem recebendo maior importância em relação ao desempenho de seu papel na saúde e na doença desde 1976, quando a OMS declarou que a “família é a unidade básica da organização social”. No contexto da família os comportamentos de saúde podem receber uma intervenção e podem ser modificados. É importante tirar o foco do indivíduo como alvo dos serviços de saúde e transferi-lo para a família no que concerne a atenção primária de saúde (OPAS, 2003).

Em 1946, a OMS definiu que “saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença” (WHO, 1946, p.2). Partindo deste conceito, aceitava-se que uma pessoa saudável não era simplesmente aquela que não estava doente, sofrendo com alguma doença, mas sim, aquela que vivia em estado de bem-estar físico, psicológico e social. Atualmente, essa definição é considerada irreal, ultrapassada e unilateral, pois o social tem um papel preponderante sobre a vida e saúde de uma pessoa. A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio

ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, posse da terra e acesso aos serviços de saúde.

Embora a discussão sobre a criança e o adolescente venha ocorrendo em várias esferas da sociedade, observa-se que ainda não existe uma cultura política e democrática que formule ações para consolidar a cidadania nessa faixa etária. A consolidação demanda vontade política do Governo Federal em priorizar as ações relacionadas à criança e ao adolescente e realizar um trabalho de conscientização dos governos estaduais e municipais para que ajam em consonância com a Constituição e as regulamentações do ECA.

2.2.2. O Programa de Atenção à Saúde do Adolescente

O Programa de Atenção a Saúde do Adolescente – PROSAD foi criado em 1989, por meio da Portaria n. 980/GM de 21/12/1989 do Ministério da Saúde, apresentada em nível nacional. A política é fundamentada na promoção da saúde, respeitando as diretrizes do SUS garantidas também pela Constituição Federal (BRASIL, 1996).

O PROSAD/MS comporta um conjunto de ações que tem como objetivos:

- Promover a saúde integral do adolescente, favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbimortalidade e os desajustes individuais e sociais;
- Normatizar as ações consideradas nas áreas prioritárias;
- Estimular e apoiar a implantação e/ou implementação dos Programas Estaduais e Municipais, na perspectiva de assegurar ao adolescente um atendimento adequado às suas características, respeitando as particularidades regionais e realidade local;
- Promover e apoiar estudos e pesquisas multicêntricas relativas a adolescência.
- Contribuir com as atividades intra e interinstitucional, nos âmbitos governamentais e não governamentais, visando à formulação de uma política nacional para a adolescência e juventude, a ser desenvolvida nos níveis Federal, Estadual e Municipal (BRASIL, 1996).

A premissa básica que norteia as ações do programa é a de que nesse período ocorrem importantes transformações no corpo do indivíduo, tanto físicas (puberdade) como emocionais e sociais, provocando mudanças importantes nas relações do adolescente com ele mesmo, com a família e com os amigos e companheiros. Em face destas transformações, os adolescentes podem adotar alguns comportamentos de risco associados à expressão da sexualidade, ao envolvimento com atos violentos ou uso/abuso de drogas, o que o torna vulnerável e precisando de proteção, de apoio e de orientação de forma próxima. Estes eventos podem trazer conseqüências danosas para sua saúde, sofrimento para seus familiares e prejuízo para toda a sociedade. O cuidado à saúde se torna algo relevante, sendo necessária a implementação de ações específicas direcionadas a essa população alvo (BRASIL, 1996).

As áreas do programa consideradas prioritárias para se alcançar os objetivos compreendem:

- a) Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento – consiste na avaliação física do adolescente e o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento por meio de atendimento clínico individual;
- b) Sexualidade e saúde reprodutiva – atendimento em ginecologia e obstetrícia (pré-natal, planejamento familiar etc);
- c) Abuso de álcool e drogas – consiste em atendimento psicológico individual à família e adolescentes que estão vivendo uma situação especial de uso de drogas pelo filho adolescente;
- d) Saúde mental – realização de oficinas ou grupos de adolescentes que visam a trabalhar aspectos educativos, terapêuticos e vivenciais por meio do uso de técnicas de dinâmica de grupo e/ou de biodança; atendimento psicológico individual para adolescentes com transtornos de alimentação ou outros comportamento de risco; atendimento individual ou coletivo dos pais com o propósito de instrumentalizá-los e reforçá-los em sua competência e autoridade para que haja um resgate da comunicação e da afetividade com o filho;
- e) Violência e maus tratos – atendimento à família e adolescente vítima de violência sexual em que são trabalhadas as relações entre a família, os sentimentos e as medidas protetivas dessa família e do adolescente para que os comportamentos de risco possam ser minimizados;

- f) Prevenção de acidentes – a curiosidade, a impetuosidade, o idealismo e a contestação despertam nos adolescentes sentimentos de desafio que associado à falta de experiência e vivências anteriores levam freqüentemente a uma conduta de alto risco;
- g) Saúde bucal – enfatizar os aspectos preventivos da saúde bucal e participar de forma integrada com os serviços especializados, na promoção da saúde integral dessa faixa etária;
- h) Saúde do escolar adolescente – trabalhar com o binômio saúde/educação redimensionando os aspectos inerentes aos problemas nesta área para a correta compreensão da relação saúde do adolescente/processo de aprendizagem (BRASIL, 1996).

Apesar do discurso contido no PROSAD, observa-se influência do modelo biomédico no gerenciamento dos problemas da adolescência, fundamentado em uma política de intervenção em grupos de risco, detecção precoce dos agravos com tratamento adequado e reabilitação. Para que haja, de fato, uma estratégia de promoção da saúde, imbuída de uma visão multisetorial, é necessário levar em consideração as características psicossociais e a inserção social do adolescente, além de uma abertura efetiva para ouvir as representações que o próprio adolescente faz sobre seu estado de saúde.

A formulação do programa foi um fato que deu visibilidade e fortalecimento para uma visão do adolescente como promotor de saúde, que até então era visto ligado às questões da infância. As políticas públicas do PROSAD vêm sendo implantadas, de forma gradativa, em vários Estados por meio da rede básica de saúde, pela Secretaria Estadual de Saúde – SES como, por exemplo, nos Estados da Bahia, Rio de Janeiro, Amazonas, Mato Grosso do Sul, Paraíba, entre outros (SES, 2006).

2.3. Avaliação de programas e serviços de saúde

2.3.1 Dimensões da avaliação

No intrigado desejo de fazer um estudo do tipo avaliativo faz-se necessário uma revisão da literatura por ser uma área ainda em construção conceitual e

metodológica. A aplicabilidade dessa metodologia nos campos da intervenção social e dos programas sociais é imprescindível para implementação de políticas públicas.

O conceito de avaliação de serviços públicos ou programas públicos apareceu no cenário mundial após a Segunda Guerra Mundial, sobretudo nos Estados Unidos da América – EUA, em consequência da implementação de programas nas áreas de educação, do social, do emprego, da saúde etc. Logo, ficou evidente a necessidade de desenvolver métodos para analisar esses programas. No decorrer da década de 70 foram construídos vários métodos de avaliação para identificar as vantagens e os custos de programas sociais (CONTANDRIOPOULOS, 1997; UCHIMURA; BOSI, 2002).

Embora seja um termo elástico, pois tem usos diferentes e pode ser aplicado a um número bastante variado de atividades humanas, adotamos a definição de avaliação proposta por Aguilar & Ander - Egg (1994, p.31):

Avaliação é uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida; destinada a identificar, obter e proporcionar de maneira válida e confiável dados e informação suficiente e relevante para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa (tanto na fase de diagnóstico, programação ou execução), ou de um conjunto de atividades específicas que se realizam, foram realizadas ou se realizarão, com o propósito de produzir efeitos e resultados concretos; comprovando a extensão e o grau em que se deram essas conquistas, de forma tal que sirva de base ou guia para uma tomada de decisões racional e inteligente entre cursos de ação, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento e a compreensão dos fatores associados ao êxito ou ao fracasso de seus resultados.

O objetivo da avaliação é “conhecer como vai e qual o andamento do que se está fazendo [...], trata-se de saber até que ponto estão sendo alcançados os objetivos e metas propostos dentro de um programa ou projeto em andamento” (AGUILAR & ANDER-EGG, 1994, p.61).

De acordo com Deslandes (1997) um programa ou serviço é entendido como processo que possui movimento, dinâmica própria. Ele produz saber e prática e os resultados da avaliação devem servir nessa dinâmica para o aprimoramento. Na visão de Sessions (2000), a avaliação é favorável tanto à população-alvo do programa quanto para sua equipe. Embora seja possível encontrar resistência por parte da comunidade e da equipe de trabalho.

É um processo que consiste em emitir um juízo de valor. Contandriopoulos e colaboradores (1997, p.31) enfatizam que “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”. Para esses autores, a avaliação só tem sentido à medida que serve para tomar decisões concretas.

De acordo com Aguilar & Ander-Egg, quatro princípios devem nortear a pesquisa avaliativa: a) validade – consiste na possibilidade de estimar com rigor o que se quer comprovar, excluindo todo tipo de distorções sistemáticas; b) confiabilidade – expressa quando aplicada repetidamente e em situação igual a um mesmo indivíduo ou grupo, ou ao mesmo tempo por pesquisadores diferentes, oferece resultados iguais ou parecidos; c) utilidade – porque a avaliação deve servir para melhorar o programa ou projeto. Os resultados da avaliação devem ser aplicáveis e utilizáveis por parte dos responsáveis pela administração e gestão; d) oportunidade – porque a avaliação deve ocorrer “em um momento em que é possível introduzir correções ou modificações no processo de gestão e/ou realização de um programa e que se faça com plena aceitação dos responsáveis políticos, técnicos e administrativos que tem faculdade para tomar decisões e introduzir correções” (1994, p. 66-69).

Há três tipos de avaliação: de estrutura, de processo e de impacto. É necessário demarcar os limites com clareza o que deseja avaliar ou o objeto de avaliação, no caso, o programa e seus elementos constituintes, facilitando a definição da estratégia a ser utilizada (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Champagne (1985) e James (1969) apud Aguilar & Ander-Egg (1994, p.24) ao mencionarem os três tipos de avaliação afirmam que a avaliação de estrutura corresponde à avaliação de recursos existentes para a execução dos serviços; enquanto a avaliação de processo corresponde à avaliação das execuções das atividades e da dinâmica apresentada; e a avaliação de resultados está ligada aos efeitos ou aos produtos das ações realizadas pelos serviços de saúde, que modificaram a situação de saúde dos usuários ou mesmo da comunidade.

A avaliação de processo se preocupa com as relações entre o contexto, as variações na implantação e os efeitos produzidos pela intervenção (CONTANDRIOPOULOS, 1997). Por ser um processo que tem por objetivo determinar até que ponto os serviços estão sendo apropriados para atingir os

resultados do plano original –, ou seja, se os objetivos previamente estabelecidos foram alcançados – implica em assumir um julgamento realizado com base em critérios previamente definidos (TANAKA, 2001, p.12). Segundo Pedrosa (2004, p.618), “avaliar implica o ato de valorar em relação a um padrão/referência tomado como possível”.

Para Sessions (2000) a avaliação de processo além de utilizar estatísticas rotineiras de grupo, entrevistas e levantamento entre a equipe e os participantes do programa, também usa a observação direta, relatórios e estudos de caso. Tanaka (2001) enfatiza que a avaliação de processo visa observar as atividades desenvolvidas no dia-a-dia dos profissionais.

Coyle, Boruch e Turner afirmam que a avaliação de processo implica em achar respostas para a questão “como os serviços são realizados ou como se dá a prestação de determinado serviço?” (1991, p.17). Oferecendo facilidades em programas comunitários, observa-se que quando um programa é desenvolvido ao longo de um período de tempo é natural que ocorra mudanças em relação aos objetivos, atividades ou intervenções desenvolvidas.

2.3.2 Estratégias de avaliação

Ao avaliarmos serviços recorreremos a uma forma sistemática de avaliação, embora na avaliação informal e na avaliação sistemática não ocorra diferença de propósitos, mas de métodos. Potvin (2002) enfatiza a necessidade de repensar o modelo tradicional de avaliação e nomeá-la como parte integrante e articuladora de todas as etapas de planejamento, para que a avaliação seja observada como um processo fundamental e não como uma etapa a ser cumprida no final do programa. A avaliação é um instrumento para reflexão, comunicação, conhecimento e produção de mudanças.

A pesquisa avaliativa não possui métodos e técnicas próprios; ela utiliza os mesmos métodos e técnicas da pesquisa social, ou seja, suas raízes surgem de outras áreas do conhecimento (AGUILAR & ANDER-EGG, 1994).

A metodologia dominante encontrada nas pesquisas ainda é a de natureza quantitativa, mas a partir dos anos 80 tem ocorrido uma revisão sobre a unicidade dos dados quantitativos nas pesquisas sociais e uma crescente inclusão da visão qualitativa como opção para a avaliação de serviços. Embora a pesquisa quantitativa

dê respostas satisfatórias, numericamente falando, o método não explora a nossa compreensão a respeito de eventuais problemas que aparecem em nosso cotidiano, como a percepção sobre um programa, ou o significado para o indivíduo a respeito de algo específico.

Deslandes sustenta que avaliar é “decodificar conflitos visando ao entendimento da cultura institucional e da prática dos agentes que o serviço ou programa envolve” (1997, p.2). A participação da coletividade não pode ser ignorada e sua análise aparece no momento da pesquisa.

Segundo Mercado-Martinez, “a pesquisa qualitativa constitui um campo no qual é possível visualizar, a cada dia mais intensamente, o interesse pela exploração dos fenômenos sanitários e dos serviços de saúde” (2004, p.137). Embora tenha resistência no seu uso, vem aumentando a adesão à natureza da pesquisa qualitativa.

As duas abordagens não são excludentes e podem em alguns momentos se complementar. Enquanto a abordagem quantitativa mostra dados ligados a indicadores e tendências observáveis, a abordagem qualitativa realça valores e crenças, opiniões e atitudes para que o pesquisador entenda as características do que está sendo pesquisado, na tentativa de compreender de forma mais detalhada.

Alguns autores dispõem sobre a impossibilidade de se trabalhar com os métodos qualitativo e quantitativo concomitantemente na mesma pesquisa e outros até consideram possível a combinação de métodos. Os autores que se interessam pela pesquisa qualitativa usam os processos, os significados e a subjetividade. E alguns enfrentam “confusão e angústia” ao se deparar com os dados para converter em um trabalho convincente, com integração da informação encontrada. Os dados qualitativos consistem em palavras e textos, aparecem as entrevistas e suas transcrições, relato das observações, fotografias, mapas e achados de outros autores (MERCADO-MARTINEZ, 2004). São usados para entender e não para quantificar o que foi percebido mediante pesquisa, permitindo uma profundidade maior do assunto, na tentativa de uma compreensão detalhada dos significados, crenças, opiniões e atitudes expostas pelos entrevistados. Buscando reduzir a distância entre a parte teórica e a parte prática ou de fechamento dos dados.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo exploratório do atendimento ao adolescente no âmbito da atenção básica de saúde, de abordagem preferencialmente qualitativa cuja escolha se justifica, em primeira instância, pela própria natureza do objeto e pelo interesse da pesquisadora em buscar uma compreensão do contexto da situação do programa e expor significados que são socialmente construídos.

Foi usada análise de conteúdo de Bardin, que é muito utilizado em pesquisa qualitativa em saúde, para extrair o significado das falas dos entrevistados.

3.2 Local de estudo

Nossa pesquisa foi desenvolvida na Região Administrativa do Paranoá que se localiza na região norte do Distrito Federal. E possui uma área de 853,33 quilômetros quadrados (DISTRITO FEDERAL, 2005) Dados do Censo Demográfico de 2000 do Distrito Federal mostram que esta região possui uma população de 54.902 habitantes, o que equivale a aproximadamente 2,6% do total da população do Distrito Federal (FIBGE, 2001).

A história do Paranoá tem uma ligação direta com o Lago Paranoá que possui cerca de 80 km de perímetro e foi formado artificialmente pelo represamento do Rio Paranoá que recebe os afluentes do Rio Bananal e Rio Torto. A construção da barragem teve início em 1957 quando se formou um acampamento para abrigar os trabalhadores. A obra foi intensificada e mais trabalhadores chegaram trazendo consigo suas famílias, que foram aumentando o tamanho do acampamento, ocorrendo, assim, a formação de vilas, como: a do Sapo, a Parafuso, a Piauí, e a dos Mineiros. Com a finalização da obra algumas famílias continuaram no local em situação irregular, embora muitos tenham sido levados para outras cidades satélites no entorno de Brasília (DISTRITO FEDERAL, 2005).

Em 1979, os moradores organizaram-se e formaram a Associação de Moradores da Vila Paranoá e com apoio de algumas entidades lutaram pela sua legalização. Este processo foi marcado pela resistência às inúmeras tentativas de

remoção dos moradores da área. Em 1988, foi assinado o Decreto n.11.205/88 que estabeleceu a fixação da população naquele local (DISTRITO FEDERAL, 2005).

Em 1990, o Governo do Distrito Federal legalizou a Vila Paranoá como a VII Região Administrativa em uma área localizada acima do acampamento inicial dos trabalhadores. A antiga área do acampamento tornou-se um parque ecológico com o objetivo de preservar a vegetação do cerrado presente na antiga vila. O Paranoá está localizado a 35 quilômetros da rodoviária do Plano Piloto e limita-se com as Regiões Administrativas do Lago Norte, Brasília, Lago Sul, São Sebastião e Sobradinho (DISTRITO FEDERAL, 1998).

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Saúde nº 01 do Paranoá, que se encontra vinculado à Secretaria de Saúde do Distrito Federal, no Programa de atenção integral ao adolescente. Esta unidade foi inaugurada em 08/07/1994, antes funcionava em um barracão de madeira na antiga vila, e sua área de abrangência é composta pelas Regiões Administrativas do Paranoá e Itapuã e pelos condomínios rurais que as circundam.

O Centro de Saúde do Paranoá atendeu no ano de 2005 um total de 61.654 pessoas nas seguintes modalidades: clínica médica (14.891), pediatria (15.361), ginecologia (7.717), obstetrícia (3.361) e atendimento de clínicas especializadas como fisiologia (183), dermatologia (450) e alergia pediátrica (197) e outros profissionais de nível superior (16.246), com atendimento do enfermeiro (10.183), serviço social (3.842) e odontologia (4.064). Entre todos os atendimentos, 4.193 são indivíduos de 10 aos 19 anos de idade distribuídos nas várias especialidades, em um percentual de 6,8% da população atendida (DISTRITO FEDERAL, 2006).

3.3 Definição de amostras, fontes e instrumentos de coleta de dados.

3.3.1 Amostra

A amostra foi composta por 42 adolescentes que frequentam o grupo, quatro gestores (dois ligados a programas desenvolvidos nos Centros de Saúde e dois à coordenação do Núcleo de Atenção a Adolescentes da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal –SES – DF), oito profissionais que desenvolvem o

programa no Paranoá e um profissional que acompanhou a implantação do programa no Distrito Federal como informante-chave.

Em relação ao grupo de adolescentes a amostra foi do tipo aleatória, e a dos gestores e profissionais do tipo intencional.

Os critérios de inclusão para os adolescentes foram: ter idade entre 14 e 18 anos, participar do programa no Centro de Saúde do Paranoá e aceitar voluntariamente integrar a pesquisa, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE assinado pelo próprio adolescente ou seu responsável se a idade fosse menor que 18 anos.

Embora o projeto do PRAIA preconize atender “de forma normatizada, com o enfoque de atenção integral com equipe multidisciplinar a população de 10 a 18 anos (inclusive), sem afastar aqueles que fora desta faixa etária apresentem características determinantes deste período da vida” (DISTRITO FEDERAL, 1991, p.6), esta pesquisa delimitou a idade mínima de 14 anos para compor a amostra. Este procedimento se deu em razão de informações obtidas no levantamento de campo feito com a equipe que executa o programa, onde foi colocado que esta é a faixa etária que mais frequenta os grupos no PRAIA -Paranoá.

Foram entrevistados todos os adolescentes que concordaram em participar da pesquisa, com TCLE assinado, durante o período de coleta de dados de agosto a dezembro de 2005.

Para os gestores foi estabelecido, como critério de inclusão, estar exercendo a função de coordenação do programa no âmbito da SES e do Centro de Saúde. Sendo que dois dos entrevistados participaram do planejamento e da implantação da proposta no Distrito Federal, um coordena o programa em estudo e o outro passou a integrar recentemente a equipe de gestores. Todos os profissionais que estão lotados no Paranoá e que trabalham no PRAIA fizeram parte da amostra.

3.3.2 Fontes e instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi feita por meio de consultas em documentos oficiais, observação participante e entrevistas semi-estruturadas.

Foram consultados os documentos do PRAIA arquivados na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, as atas de reuniões semanais das atividades

grupais do PRAIA-Paranoá e as estatísticas de atendimento do Centro de Saúde nº 01 do Paranoá, ambos referentes ao ano de 2005.

Este procedimento foi usado na perspectiva colocada por André (1983): coletar dados suplementares e contextualizados, complementando os dados obtidos por outras fontes.

Nessa direção parte dos documentos oficiais foi levantada em um tempo anterior a formulação da entrevista para subsidiar o conteúdo que seria investigado, sendo complementado de acordo com as necessidades e indicações que aconteceram no decorrer do trabalho.

Na observação participante foi feito registro descritivo dos comportamentos dos atores sociais, do ambiente físico onde se desenvolviam as discussões de grupo.

Esta técnica realiza-se por intermédio do “contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos” (CRUZ NETO, 1994, p. 59). É um momento em que o pesquisador se envolve, passando a fazer parte do grupo. Pode-se observar a relação entre a equipe e os participantes do grupo e entre os próprios participantes, como também a forma de se comunicarem, expressando seus sentimentos mais íntimos, a liberdade do ambiente. A observação participante foi realizada durante as atividades em grupo com os adolescentes e nas reuniões científicas da equipe.

Também utilizou-se de entrevistas semi-estruturadas com os adolescentes, os gestores e os profissionais.

A entrevista enquanto técnica é um procedimento útil em trabalho de campo, pois possibilita colher informações dos sujeitos pesquisados, mediante conversa a dois com propósitos bem definidos e, assim obter dados objetivos e subjetivos (valores, atitudes e opinião dos sujeitos) (CRUZ NETO, 1994).

Foi feito um roteiro para cada segmento entrevistado (apêndice A, B, C e D). Para as entrevistas com os adolescentes foram elaboradas perguntas fechadas e abertas, e para os gestores e profissionais perguntas abertas. Para os três segmentos a investigação versou sobre informações e percepções quanto à participação e execução do Programa.

O TCLE foi assinado pelos entrevistados após explicação em linguagem compreensível, em que constavam informações claras sobre a adolescência e o

PRAIA, além da justificativa, dos procedimentos, dos objetivos da pesquisa e os direitos do entrevistado.

No intuito de garantir a privacidade e o anonimato dos entrevistados foram utilizados sistemas de identificação diferenciada para cada segmento. Para os adolescentes foi usada apenas a primeira letra do nome e, em seguida, a idade do adolescente e a inicial do sexo do entrevistado, por exemplo: F14F. No caso de coincidência da letra e idade, foi utilizada, também, a segunda letra de nome, por exemplo: Fe14F. Para os profissionais utilizou-se apenas a letra P e uma seqüência numérica (P1, P2,...), para os gestores a letra G e uma seqüência numérica (G1, G2,...) e para o informante-chave (IC).

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a dezembro de 2005, em que a pesquisadora esteve presente a 23 reuniões de acolhimento ao adolescente e três reuniões científicas.

As entrevistas com adolescentes tiveram, em média, duração de vinte minutos, e com os gestores e profissionais tiveram duração que variou de quarenta minutos a duas horas.

3.4 Análise dos dados

Para analisar as entrevistas com os gestores e os profissionais seguiu-se a sistematização e operacionalização metodológica para análise de conteúdo como proposto por Bardin:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens (BARDIN, 1977, p.42).

A análise de conteúdo tem uma marca que a define, que é uma busca pelo entendimento da comunicação entre os homens, firmando-se no entendimento e (re)conhecimento do conteúdo das mensagens. Nesta análise não se quer saber apenas “o que se diz”, mas sim “o que se quis dizer” com a declaração. Encontramos também um outro aspecto para a definição de análise de conteúdo, é que ela não se resume a uma única técnica. Bardin ressalta a dificuldade de se compreender a análise de conteúdo como método uniforme, que deve ser vista

como um conjunto de técnicas para perceber e captar a mensagem que está sendo transmitida. Complementando que a análise de conteúdo deve ser entendida não como um instrumento, mas como “um leque de apetrechos; ou, com maior vigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações” (BARDIN, 1977, p.31).

São várias as técnicas de análise e, entre elas adotamos um dos procedimentos específicos desse “conjunto de apetrechos”: a análise temática. A autora citada apresenta explicação sobre o que é o tema e que este pode ser representado por uma palavra, uma frase, um resumo: “é a unidade de significação que se liberta, naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos a teoria que serve de guia a leitura” (BARDIN, 1977, p.105).

Mostrando como característica da análise qualitativa a inferência fundamentada na presença do índice (tema, palavra, personagem etc) e, a partir disso, descobrir os “núcleos de sentido” que fazem parte da comunicação. Seguindo-se a este momento a categorização dos temas encontrados, estruturados e reunidos em grupo por analogia. As categorias devem seguir critérios como: a “exclusão mútua” em que cada tema deverá estar presente em apenas uma categoria; a “homogeneidade” seguida pelo mesmo princípio de classificação em todas as categorias; a “pertinência” própria do material em estudo; a “objetividade e a fidelidade” do grupo de juizes na elaboração dos temas e categoria e a “produtividade” em fornecer um produto com inferências e hipóteses novas (BARDIN, 1977).

Foi realizada a transcrição de forma autêntica de todo o material das fitas gravadas durante as entrevistas, e construído um texto organizado a partir do qual foi iniciado o processo de análise, que foi realizada por uma equipe de três juízas de nível universitário composta pela pesquisadora e duas colaboradoras. Com o objetivo de minimizar a subjetividade da avaliação, foi determinado que cada uma das juízas faria a sua análise distintamente e com posterior confronto dos pareceres buscando o consenso.

A construção da análise passou pela “leitura flutuante” que se baseia na leitura exaustiva do material, com posterior separação dos temas, anotação da frequência dos temas e organização e disposição das categorias temáticas em quadro específico e no final a síntese com elaboração e definição das categorias.

Uma matriz foi formada com lugar para colocar os aspectos, que foram: as verbalizações, os temas, a frequência, a categoria e a explicação das categorias. Concluída a construção, as categorias sínteses foram distribuídas e associadas ao processo de formação do texto.

A síntese geral das entrevistas com os gestores centrou-se nas seguintes categorias: histórico do programa, estrutura do serviço, dificuldades e atendimento.

A síntese geral das entrevistas com os profissionais centrou-se nas seguintes categorias: perfil dos profissionais, estrutura do serviço e atendimento.

Para as entrevistas feitas com os adolescentes, os dados foram classificados e ordenados como apresentados no item Programa de Atenção Integral ao Adolescente PRAIA-Paranoá nas categorias mencionadas, numa visão qualitativa.

3.5 Considerações éticas

Conforme determinado pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996) que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da SES – DF, sob Processo nº 072/05, sendo aprovado em 09 de agosto de 2005, com o Parecer nº 100/2005 (anexo – A)

Todos os participantes tiveram garantido o anonimato e sua participação foi espontânea depois de assinado TCLE, conforme estabelecido na referida resolução. Foi feito um texto para o segmento dos adolescentes e outro para os gestores e profissionais (apêndice E e F). Todos os entrevistados assinaram o TCLE, sendo que os menores de 18 anos tinham a obrigatoriedade de apresentar o consentimento de um responsável.

Houve dificuldades na assinatura do TCLE para a coleta de dados, quando das entrevistas com os adolescentes, principalmente do sexo feminino, menor de 18 anos. Ao serem informadas da necessidade de assinatura deste termo pelo responsável, desistiram de participar da pesquisa. Quando questionadas sobre o motivo da recusa elas desviavam o assunto e respondiam que não queriam mais. Propusemos uma visita à residência, no intuito de colher a assinatura do responsável com a possibilidade de entrevistá-las no local, contudo, permanecia a

recusa. Após o estabelecimento de maior vínculo entre a pesquisadora e os adolescentes, estes verbalizaram que os pais desconheciam a sua participação e não tinham interesse que eles soubessem, uma vez que a razão de irem ao programa estava diretamente ligada à necessidade de buscar pílula anticoncepcional e preservativo.

Outra dificuldade enfrentada foi o fato de alguns adolescentes levarem o TCLE para o responsável assinar e trazê-lo na semana seguinte, mas se esqueciam de colher a assinatura, ou quando assinado não o traziam.

Além dos compromissos firmados no TCLE a pesquisadora reforçava verbalmente os seguintes pontos: garantia do sigilo e anonimato dos participantes da presente pesquisa, bem como das entrevistas que seriam analisadas com confidencialidade e privacidade; a proteção da imagem e não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou da comunidade em questão, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou prejuízo econômico/financeiro; utilização dos dados obtidos, mediante análise das entrevistas, exclusivamente para a finalidade deste protocolo.

À equipe do programa comprometeu-se em garantir retorno dos resultados obtidos pela pesquisa e a elaboração e apresentação de relatório do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da SES, sempre que solicitado.

4. O PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO ADOLESCENTE

Para que se possa ter uma visão geral do Programa de Atenção Integral ao Adolescente no Paranoá é imprescindível conhecer as nuances que levaram a criação, implantação e consolidação desta proposta em Brasília.

Neste sentido reconstruímos esta trajetória histórica por meio de levantamento em documentos oficiais, publicações e entrevistas com gestores e informante-chave, dando ao programa do Paranoá um tratamento diferenciado por ser o objeto desta pesquisa.

4.1. Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente no Distrito Federal

No Distrito Federal, assim como no restante do País, os programas de saúde voltados aos adolescentes só começaram a receber atenção especial por parte dos canais públicos a partir da década de 90. Antes disso, já ocorriam alguns trabalhos isolados de profissionais interessados em prestar assistência aos adolescentes.

Os serviços de atenção à saúde [no DF] do adolescente tem origem lá nos anos 80. Por interesse de algumas pessoas aqui do DF que perceberam a necessidade de estarem acolhendo esta população, esse grupo etário que ainda não tinha nenhum serviço específico para acolhê-los. (G3)

Nesta época o serviço público de saúde no DF era gerenciado pela Fundação Hospitalar do Distrito Federal, órgão que convergia todas as ações de saúde, tanto no âmbito hospitalar quanto no extra-hospitalar. Esta fundação foi extinta com a reforma administrativa e foi implantada uma nova estrutura orgânica por meio do Decreto nº 21.744 de 31 de agosto de 2000 (DISTRITO FEDERAL, 2000), permanecendo como Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES – DF) e está diretamente subordinada ao Governador do Distrito Federal para execução de suas atividades.

Na antiga Fundação Hospitalar do Distrito Federal – FHDF, o trabalho com adolescentes foi iniciado “sem ter respaldo oficial, portanto sem apoio para ser ampliado em seus trabalhos” (DISTRITO FEDERAL, 1991, p.3), funcionando de forma independente no Hospital de Base do Distrito Federal e no Hospital Regional da Asa Norte – HRAN.

Não houve cronograma de implantação. O que houve foi que primeiro surgiram os serviços nas regionais, em algumas unidades nas regionais, por exemplo, o HRAN tinha o serviço de Atenção ao Adolescente, o Hospital de Base tinha um grupo que estava atendendo adolescente já há mais tempo que o próprio HRAN. Então em função da existência desses serviços a nível local é que houve a necessidade de nós nos organizarmos a nível central para que pudéssemos apoiar aqueles que já existiam e expandir o serviço para as outras regionais onde haviam profissionais interessados em implantar em suas unidades um serviço de atenção ao adolescente. (G3)

[...] até aquela época [refere-se à implantação] não havia adolescentes na Secretaria, nós funcionávamos no Hospital de Base, [...] mais por uma vontade nossa e do chefe da unidade que permitia, mas não era previsto na Secretária, não existia essa figura adolescente. (G4)

Em setembro de 1990, no 1º Encontro Macro Regional do Centro-Oeste, promovido pelo “Programa Saúde do Adolescente” do Ministério da Saúde (PROSAD/MS), ficou acordado uma proposta de se tentar oficializar o Programa de Adolescentes na rede básica de saúde do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 1991).

Em março de 1991, ocorreu o 1º Seminário de Sensibilização da Saúde do Adolescente do DF, com a participação de 37 profissionais. O documento final apontava para a necessidade de “institucionalizar e oficializar” a coordenação da saúde do adolescente (DISTRITO FEDERAL, 1991). Este foi um momento ímpar em Brasília, uma vez que a aglutinação e mobilização dos profissionais que trabalhavam nesta área favoreceram a normalização das atividades até então não oficiais.

Então postulamos um grande seminário junto a OMS, a OPAS, [...] e foi assumido de público, então as políticas de implantação do programa de atenção à saúde do adolescente no DF, que tinha uma característica especial chamada PRAIA. (I C)

[...] à medida que vão surgindo os interesses dos profissionais de ficarem atendendo adolescentes é que eles vão criando serviços de atendimento nos centros de Saúde. (G2)

[...] o programa, o atendimento ao adolescente entre os programas da pediatria e da mulher [...] ele foi o único que começou de baixo para cima, esses programas foram criados por decreto, e o atendimento de adolescentes já existia. (G4)

Assim, em 1991, por intermédio do Departamento de Recursos Médicos Assistenciais – DRMA, apenso ao Núcleo Normativo Saúde da Comunidade – NNSC, formou-se a Coordenação Saúde do Adolescente que implantou oficialmente o Programa de Atenção Integral ao Adolescente, conhecido pela sigla PRAIA (DISTRITO FEDERAL, 1991).

O projeto que deu origem ao PRAIA-DF visava a “propiciar ao adolescente uma atenção integral favorecendo o seu processo de crescimento e desenvolvimento nos níveis de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, reduzindo a morbi-mortalidade e os desajustes sociais” (DISTRITO FEDERAL, 1991, p.4).

Para atender a este objetivo geral, o documento estabelecia alguns objetivos específicos que visavam organizar os níveis de atenção da rede pública de serviços e adequar os serviços de saúde disponíveis para o atendimento específico ao adolescente, integrando todos os setores que desenvolviam ações junto a essa população alvo. Havia ainda a preocupação em capacitar equipes multiprofissionais e criar mecanismos de supervisão e avaliação. Outro objetivo era mobilizar tanto o adolescente como sua família e a comunidade para uma participação efetiva nas ações dirigidas aos adolescentes.

Para tal foram previstas as seguintes áreas prioritárias na atenção ao adolescente: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; sexualidade e

saúde reprodutiva; saúde bucal; saúde mental; prevenção de acidentes e saúde do escolar adolescente.

Além daqueles originais, outras demandas foram surgindo, não em função de nós, não reconhecemos que naquela época já existia, mas em função de não termos os profissionais que pudessem estar dando conta desta demanda (G3).

O projeto estabelecia metas ousadas, tais como: reduzir em 40% a gravidez precoce e indesejada em menores de 18 anos no DF; reduzir em 30% a incidência de cárie dentária; reduzir em 20% a taxa de morbi-mortalidade por suicídio e acidentes; reduzir a incidência de DST/AIDS em 40%, entre outras.

Uma meta prioritária era a criação de um centro de referência no HRAN com a finalidade de funcionar como centro de treinamento para profissionais de saúde da rede básica, além de oferecer atendimento multiprofissional para os adolescentes referidos (problemas de crescimento e desenvolvimento, drogadição, atenção pré-natal, tratamento para portadores de DST/AIDS, entre outros).

Este centro de referência, conhecido pela sigla Adolescento, acabou sendo implantado na Regional Sul e funciona até hoje como um importante ponto de referência para a área da adolescência no DF. Segundo relatório de 14 de dezembro de 1992, a proposta de trabalho foi, inicialmente, a sensibilização de profissionais de saúde quanto às questões de saúde dos adolescentes e, depois, a capacitação dos profissionais sensibilizados (DISTRITO FEDERAL, 1992).

Uma outra curiosidade é que o Paranoá foi escolhido como local para o estabelecimento de um centro de atendimento e orientação do adolescente, a justificativa sendo de que a Regional Norte, especificamente o HRAN, já possuía um serviço de adolescentes entre suas atividades e que esta funcionava “por esforço e iniciativa de um grupo de profissionais frente à saúde desta clientela” (DISTRITO FEDERAL, 1991, p.6).

Na proposta inicial do Projeto PRAIA estava previsto a composição de equipes, tanto para a coordenação, também chamada de nível central, composta por um médico ou enfermeira de saúde pública, um psicólogo e um assistente social, como para o nível local: “médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e auxiliares para estruturação do serviço, não como equipe exclusiva para atendimento” (DISTRITO FEDERAL, 1991, p.11).

Esta composição proposta não se concretizou, nem em nível de coordenação, nem em nível local, mas este fator não é colocado como impeditivo para o funcionamento do programa, mas como dificultador no desenvolvimento de suas ações.

Então a leitura que nós temos hoje é que o PRAIA expandiu, mas não expandiu de forma homogênea, porque têm unidades que se desenvolveram bem e que hoje tem equipe formada e tem unidades que tinham atendimento aos adolescentes, as vezes ,interromperam este atendimento por falta de profissionais de saúde e tem outras que estão funcionando ainda de forma precária muito em função da falta de recursos humanos que nós temos hoje que ainda é o nosso grande problema. (G3)

Atualmente é uma pessoa só [no nível central], está uma dificuldade muito grande para trabalhar. (G2)

Atualmente existem 16 locais com o programa implantado, sendo 15 em Centros de Saúde, e um na Policlínica de Taguatinga, abrangendo um total de 15 das 28 Regiões Administrativas que compõem o Distrito Federal.

[...] praticamente todas as regionais tem serviço de atendimento aos adolescentes, só que são características diferentes em cada uma, [...] (G2)

Esses programas são de responsabilidade da coordenação do Núcleo de Atenção Integral à Saúde do Adolescente – NASAD da SES – DF.

4.2. Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente no Paranoá

A análise que subsidiou a avaliação do programa no Paranoá, aqui denominado PRAIA-Paranoá, será feita mediante categorias extraídas a partir das entrevistas realizadas com os gestores e profissionais, acrescida de informações colhidas nas entrevistas com os adolescentes.

4.2.1. Histórico do programa

O PRAIA-Paranoá foi gerado no cerne das propostas para a Saúde do Adolescente para o Distrito Federal, com a peculiaridade que a invasão, à época, era uma área almejada por muitos olhares, o que de certa forma propiciou que fosse um dos locais escolhidos entre tantos outros para a implantação deste programa.

Na década de 80

A Legião Brasileira de Assistência – LBA [...] vinha desenvolvendo atividades de assistência e promoção à saúde na invasão do Paranoá através do seu Centro Social [...] firmado convênio entre a Fundação Universidade de Brasília – FUB com LBA na tentativa de estabelecer uma Cooperação Educacional (RODRIGUES; WRIGHT, MAHAJAN, 1983, p.184).

O relatório feito pelo coordenador do PRAIA, em 1992, faz referência “a participação da equipe do PRAIA na elaboração de um projeto em colaboração com a Secretaria de Educação e a Companhia do Desenvolvimento do Planalto Central – CODEPLAN, com o propósito de investigar a realidade da comunidade do Paranoá e Samambaia e propor ações junto aos adolescentes destas comunidades” (DISTRITO FEDERAL, 1992, p.1).

Na mesma época houve uma possibilidade [...] a OMS precisava testar um modelo de educação sexual. Surgiu uma possibilidade de convênio de governo ou um projeto patrocinado pela *Kellogg* [...] que foi o [...] tem uma sigla (FNUAP) [...] criou quase um setor no PRAIA para implantação desse projeto com profissionais, inclusive contratado exclusivamente para esse projeto e foi escolhido o Paranoá, que na época era um local que apresentava um dos maiores problemas de gravidez na adolescência (G4).

No período de outubro de 1994 a janeiro de 1995, foi realizada, no Paranoá, uma pesquisa “no âmbito das atividades previstas” no Projeto Multisetorial Integrado de Educação em População, Sexualidade e Saúde Reprodutiva na Adolescência acordado entre o Governo Brasileiro e o Fundo de População das Nações Unidas – FNUAP, executado pelo Governo do Distrito Federal por intermédio das Secretarias de Governo Saúde e Educação e a CODEPLAN com o objetivo de, em longo prazo, institucionalizar a integração de ações multisetoriais (planejamento, saúde e educação) com a comunidade (DISTRITO FEDERAL, 1996, p.5).

Esta pesquisa compôs as estratégias traçadas para o projeto e tinha como meta “identificar conhecimentos, práticas e atitudes da população-alvo em relação à sexualidade, a saúde reprodutiva e ao comportamento de risco, bem como para construir uma base de dados a ser utilizada, posteriormente, para avaliar o impacto das ações executadas” (DISTRITO FEDERAL, 1996. p. 5).

A publicação que apresenta a trajetória deste projeto abrangendo o período de 1994 a 1997 aponta para “[...] o desafio de integrar atividades interdisciplinares, interinstitucionais no Paranoá e em Samambaia tendo como agente e objeto o próprio adolescente. Coloca esta como uma experiência piloto nas duas cidades que[...]” visava reforçar a promoção e a assistência à saúde do adolescente, dentro de uma concepção nova de saúde enquanto qualidade de vida, numa visão integrada e interdisciplinar das ações (DISTRITO FEDERAL, 1998, p. 01).

A metodologia desta pesquisa abarcou 550 domicílios, com amostra de 825 adolescentes de ambos os sexos e envolveu lideranças comunitárias, agentes do serviço público tais como policiais e pessoal administrativo da administração local na fase anterior à realização das entrevistas. As pessoas recebiam correspondência antes de serem entrevistadas com informações pertinentes à pesquisa e contou com uma equipe composta por 20 pesquisadores jovens (DISTRITO FEDERAL, 1996. p.11-12).

Este caminho metodológico envolveu a comunidade no processo da pesquisa. O produto deste envolvimento somado a outros trabalhos já desenvolvidos favoreceu a aceitabilidade do programa, o que permanece até hoje.

A gente trabalhou sempre com a comunidade, a gente não começou implantando o serviço, a gente fez um trabalho, [...] fizemos vários trabalhos com as lideranças, várias reuniões. (IC)

No capítulo que se refere aos “produtos alcançados” relata que:

Desde 1995, uma médica ginecologista e uma clínica geral, da FHDF, durante 08 horas semanais, oferecem atendimento ambulatorial aos adolescentes usuários do Centro de Saúde, do Paranoá [...] as atividades do serviço ambulatorial estenderam-se ao longo do período para ações educativas realizadas no Galpão do PRAIA, no Centro de Saúde (DISTRITO FEDERAL, 1998, p. 54-56).

Parece que um dos programas piloto foi aqui no Paranoá, em 1995 conseguiu-se que uma ONG construísse esse Galpão, e então foi implantado [o PRAIA] há 10 anos [...] criado o espaço físico foi fácil atrair as adolescentes para serem orientadas. (G1)

Nós ganhamos inclusive um galpão que foi intermediado pelo ponto focal {representante da OPAS na Região Centro-Oeste}[...] era como se fosse a Fundação Brasileira da Infância e Adolescência, mas tinha outro nome na época, era no governo Collor.(IC)

Na verdade, o PRAIA está implantado lá no Paranoá e na ocasião nós tínhamos um projeto de sexualidade e saúde reprodutiva, que foi o primeiro fomento para o PRAIA de lá. Só que hoje o projeto saiu e mais as pessoas continuaram oferecendo e outras pessoas que no espaço não estavam envolvidas na atenção ao adolescente, hoje estão. (G3)

Não foi localizado nenhum documento que oficializasse a implantação do programa no Paranoá. Mas as evidências anteriormente mencionadas nos fazem inferir que estas foram forças que impulsionaram a implantação deste projeto, hoje consolidado e reconhecido pela comunidade, como podemos nos certificar mediante os dados da pesquisa que aqui serão discutidos.

A documentação sobre a criação, planejamento e metas do programa é escassa, conforme um dos profissionais entrevistados reconhece:

Pra dizer a verdade se perguntar pra algum de nós exatamente qual é o objetivo do programa, a gente vai dizer o que a gente acha, mas não que a gente tenha um documento que diga qual é o objetivo do programa. (P 2)

Segundo os profissionais os objetivos do programa são: possibilitar aos adolescentes acompanhamento médico e psicológico, dar orientações ligadas a sexualidade e relacionamentos, levar o adolescente a se conhecer, se relacionar e conscientizar-se enquanto cidadão.

4.2.2. A estrutura do serviço

No que se refere à estrutura do serviço serão analisados o espaço físico, a equipe, os recursos materiais, a referência e contra-referência dos adolescentes para os grupos.

As atividades em grupo são realizadas em um galpão de alvenaria situado ao lado do Centro de Saúde nº 01, espaço é hoje compartilhado, em dias e horários diferenciados, com a Terapia Comunitária e com o grupo de Alcoólicos Anônimos.

O local de aproximadamente 70 m² é simples com paredes de alvenaria, dois sanitários e uma copa. Existem algumas cadeiras de plástico e bancos de madeira, mas não em número suficiente e alguns se encontram em péssimo estado de conservação, com assentos rasgados ou sem o encosto. Nas tardes de temperatura elevada, o calor é intenso devido ao tipo de telha usada (zinco) e o fato de não haver forro no teto, deixando profissionais e usuários inquietos.

Neste mesmo galpão há um armário para cada segmento, no do programa ficam guardados material de consumo, material didático, registros dos grupos, preservativos e pílulas anticoncepcionais.

Para equipe profissional esse espaço é insuficiente frente ao volume de trabalho desenvolvido na unidade e às crescentes demandas da comunidade.

Quanto à questão é físico, espaço físico que não tem. O PRAIA tem um dia na semana e alguns ambulatorios, que não é suficiente para a demanda da comunidade. (P 2)

O serviço de limpeza e conservação do local é feito pela empresa contratada para executar essa tarefa no Centro de Saúde e o material de higiene é fornecido pela SES-DF.

Os recursos materiais são oriundos da SES-DF, provenientes da transferência via Coordenação do Núcleo de Adolescente, porém são oferecidos em quantidade inferior à necessária ao desenvolvimento das atividades com os adolescentes que procuram o programa.

Eventualmente, a SES-DF faz convênio com MS visando financiar projetos específicos, como por exemplo, a capacitação de recursos humanos, compra de material de consumo, elaboração de material de informação educacional e comunicação, entre outros. (G 3)

Na observação participante verificou-se que para festejar ocasiões especiais e datas comemorativas os funcionários fazem as compras de materiais de consumo e rateiam os gastos.

A equipe do PRAIA – Paranoá é constituída por oito servidores da SES–DF, lotados no Centro de Saúde nº 01 e/ou no Hospital Regional do Paranoá, e dedicam parte da carga horária ao programa. Três médicos ginecologistas (um do sexo masculino e dois do sexo feminino), uma médica para atendimento em clínica médica, duas agentes de saúde, uma enfermeira e uma assistente social. A idade da equipe varia entre 33 e 61 anos e o tempo de atuação no programa varia entre dois e oito anos. Alguns destes profissionais participam do atendimento individual, outros do atendimento em grupo e um dos médicos faz os dois tipos de atendimento.

O atendimento médico para os adolescentes acima de 12 anos é realizado pelo profissional da clínica médica, por não ter na equipe pediatra e nem hebeatra.

Então, não é reconhecida na Secretaria de Saúde a especialidade de hebeatra para os adolescentes. Então, todos, muitos que atendem adolescentes entram como pediatras na SES...então eles são direcionados a atenderem pediatria, algumas horas são cedidas aos adolescentes. (G 2)

Dos médicos da equipe, dois são professores na Faculdade de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS, da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS e esporadicamente levam alunos para participarem das atividades em grupo.

Em comparação a uma pesquisa anterior sobre o PRAIA no DF por Pereira (2005), foi observado que houve acréscimo de uma médica para atendimento clínico no ano de 2004. A equipe se caracteriza como predominantemente feminina, com apenas um ginecologista do sexo masculino, o que confirma a situação descrita por Pereira “dois terços das equipes dos PRAIA é composta por mulheres” (PEREIRA, 2005, p.15)

Na manhã da última quarta-feira de cada mês há uma reunião científica, ocasião em que são discutidos temas específicos, artigos, questões administrativas e programações de dinâmicas de grupo que são consideradas como atividades

alternativas, no caso dos adolescentes não levar um tema para o grupo de discussão.

No final do mês tem feito reuniões científicas trazendo temas mais modernos, tendências da educação sexual, pode ser que não seja o ideal, mas a gente esta sempre procurando se qualificar cada vez mais, [...] estamos sempre lendo e procurando artigos, freqüentando congressos de adolescentes. (G 1)

Na observação participante percebeu-se que o trabalho acontece de forma integrada, o que permite mais possibilidades de intervenção, uma vez que abre um leque maior para compreensão dos problemas apresentados e busca de possíveis encaminhamentos.

Esta observação foi verbalizada por um dos integrantes da equipe:

Eu sou colaboradora do programa, aqui a gente não muito [...] tem um papel semelhante de educador embora cada um tenha sua peculiaridade, cada um tem sua área de domínio. (P 2)

Também buscamos investigar em nossa pesquisa a formação desses profissionais e se houve treinamento específico para o trabalho com adolescentes antes de iniciar a participação no Programa.

Além da formação acadêmica pertinente a categoria profissional constatou-se que a enfermeira tem formação em psicodrama e a assistente social em terapia comunitária e fez residência em saúde mental.

A maioria informou que recebeu treinamento específico antes de iniciar a participação no programa, mas a *posteriori* é feito por meio de reuniões científicas mensais, palestras, congressos e encontros educativos, sendo que só a reunião científica tem caráter obrigatório e está dentro da carga horária estipulada, as outras participações ficam a cargo do profissional.

Um outro fator importante para se fazer avaliação de um serviço é conhecer o grau de satisfação das pessoas que o executam, pois este fator está diretamente ligado ao grau de envolvimento de cada um com o trabalho desenvolvido. Esta premissa está amparada nos propósitos da avaliação de processo: ter como produto elementos que possibilitem a reflexão acerca do desenvolvimento da proposta, a

visualização da comunicação entre os executores do trabalho, vislumbre necessidades ou não de produzir mudanças.

Entre os entrevistados cinco profissionais mostram-se insatisfeitos com sua participação profissional no PRAIA.

Eu tenho a insatisfação porque acho que eu tenho um potencial maior que poderia ser dedicado ao PRAIA, em função do curto espaço de tempo e da única programação que a gente faz, ele fica limitado. (P 1)

A gente deu uma estagnada, tem feito as mesmas coisas, [...] tem avaliado no próprio grupo que tem que fazer coisas novas, prestar atenção na demanda.(P 2)

Quanto ao sistema de referência, o PRAIA-Paranoá dispõe dos seguintes locais para encaminhamento de adolescentes com necessidades especiais: o Adolescentro, o Hospital Regional do Paranoá, o Centro de Orientação Médico Psicopedagógica – COMPP, a ONG – Instituto Aprender e o Conselho Tutelar.

Para o Adolescentro são referenciadas situações que envolvem abuso sexual, uso de drogas, transtorno do *déficit* de atenção e hiperatividade; as adolescentes grávidas são encaminhadas para o hospital; as situações que demandem psicoterapia, para o COMPP e Instituto Aprender e quando há riscos maiores para o adolescente é acionado o Conselho Tutelar. O caminho inverso também é uma constante entre estes serviços.

Observou-se que embora exista orientação de encaminhamentos para serviços que atendem as situações específicas acima mencionadas, na prática, os profissionais do PRAIA-Paranoá informam que não há prioridade nos atendimentos, ao chegar no local indicado é necessário entrar em fila de espera, o que tem dificultado a resolução dos problemas identificados. Há ausência de local de referência para atendimento psiquiátrico.

4.2.3. O processo de atendimento

Para que se pudesse entender o processo de atendimento do programa, primeiro foi perguntado aos adolescentes como tiveram conhecimento do PRAIA, com objetivo de dimensionar a abrangência do programa nessa comunidade e

também para identificar quais as redes de apoio que esses adolescentes estão ligados. As respostas estão dispostas na tabela a seguir:

Figura 4.1 Distribuição conforme a fonte em que os adolescentes tiveram conhecimento do PRAIA-Paranoá/DF – 2005.

Fonte	Nº	%
Amigo	18	42,7
Profissional de saúde	10	23,8
Família	4	9,5
Escola	3	7,2
COSE	3	7,2
Conselho Tutelar	1	2,4
Não identificado	3	7,2
Total	42	100,0

Dos 42 adolescentes entrevistados, encontramos 18 (42,7%) adolescentes referindo os amigos como fonte de conhecimento do programa e, em segundo lugar, os profissionais de saúde 10 (23,8%). Família, escola, Centro de Orientação Sócio-Educativo – COSE, Conselho Tutelar e outras fontes deram referência para 14 (33,5%) dos entrevistados.

No Relatório da Situação da Adolescência Brasileira (UNICEF, 2003) é mencionado que, para os adolescentes, a confiança depositada nos amigos faz com que estes sejam canal de forte influência em sua vida, o que propicia a divulgação das atividades pelos próprios adolescentes que participam do Programa. Nas reuniões encontramos muitos deles vindo em grupo de três ou quatro e, até mesmo, situações em que em uma semana vieram sozinhos e depois voltaram na semana subsequente com dois ou mais amigos.

Observa-se também que 40,6% das informações aos adolescentes sobre o PRAIA foram feitas por profissionais e/ou serviços e o restante por familiares e amigos o que nos faz inferir que o programa tem uma credibilidade semelhante entre estes segmentos.

Também interessou a pesquisadora conhecer a razão que levava os adolescentes a buscar o PRAIA, uma vez que ela percebeu haver uma cultura de obrigatoriedade ao programa em instituições que atendem adolescentes em

situações de risco, fato que poderia diminuir o interesse do jovem em freqüentar as atividades.

Essa percepção foi confirmada pelos profissionais, quando indagados sobre o assunto estes também informaram que têm feito um trabalho exaustivo, com as instituições que insistem na cultura da obrigatoriedade, esclarecendo que o programa não tem esta estratégia de ação, e qual o referencial teórico utilizado e que já começam a colher os primeiros frutos.

Essa questão despertou para a formulação da pergunta: *como é sua freqüência no PRAIA: livre ou obrigada?* No roteiro aplicado na entrevista com os adolescentes todos os entrevistados (100%) responderam que a sua presença ocorre de forma espontânea.

Embora todos (adolescentes e profissionais) afirmem que a freqüência nos grupos é espontânea, no cotidiano há regras que determinam sua obrigatoriedade. Os agendamentos para consulta na clínica médica e ginecológica, fornecimento de preservativo masculino e pílula anticoncepcional são atendidos mediante presença no grupo.

A maioria das demandas são por consulta ginecológica, métodos contraceptivos, parece que se resume a isso[...] a demanda principal é essa (P1).

Essa cultura, também percebida na observação participante, traz em seu bojo uma contradição, ao mesmo tempo em que é uma regra imposta explicitamente, também é uma crença aceita sem se aperceber que ela está diretamente ligada à regra.

Esta medida, no entanto, não significa que leva a se manter a freqüência do adolescente que está sob esta condição, uma vez que não é feito um controle do número de participações, ela se prende a participação no dia do agendamento da consulta.

Quanto à cultura de que o adolescente busca o programa para obter consulta, nas entrevistas, a pesquisadora perguntou aos adolescentes quais os problemas de saúde apresentados nos últimos seis meses, a resposta possibilitaria visualizar se este fato tinha uma relação com a busca pelo programa.

Na verificação das respostas 30 (71,4%) adolescentes não apresentaram nenhum problema de saúde, sete (16,7%) apresentaram problemas ligados à ginecologia (menstruação desregulada, caroço no seio, cisto de ovário, não especificou, afirmou ter problema ginecológico, DST, corrimento vaginal, septo vaginal) e cinco (11,9%) problemas relacionados a clínica médica (problema de coluna, micose, depressão e pressão alta, acompanhamento pós-acidente automobilístico, problema no estômago).

Esta pergunta também foi formulada com amplitude diferente: *qual o problema que tem enfrentado no cotidiano hoje?* E a resposta saúde aparece citada por apenas três (7,1%) adolescentes.

Para complementar a questão anterior, perguntou-se aos adolescentes qual dos serviços oferecidos pelo Centro de Saúde eles haviam utilizado nos últimos seis meses.

Na compilação destes dados considerou-se que a participação em grupo era condição *sine qua non*, uma vez que as entrevistas foram feitas no tempo de espera para o grupo ou logo após realização dele. Dos entrevistados 27 adolescentes informaram ter feito consulta ginecológica e 10, consulta na clínica médica.

Estes fatos possibilitam inferir que dois terço dos adolescentes que buscam o programa não o fazem por problema de saúde e que a ida para obtenção de pílula anticoncepcional e preservativo não é concebida por eles como problema de saúde, mas como cumprimento de um protocolo de consulta para ser atendido.

Neste grupo etário que tem uma demanda específica, ele não adoce muito do ponto de vista físico e biológico, tem uma demanda que está ligada mais ao comportamento, atitudes e ao início dos interesses sexuais. (G3)

Além dessa informação, conhecer os motivos da procura pelo programa foi imprescindível a obtenção de subsídios para avaliar o processo do desenvolvimento deste. Fez-se, então, uma pergunta aberta assim formulada: *o que você esperava encontrar no PRAIA?* Os resultados estão apresentados na figura a seguir:

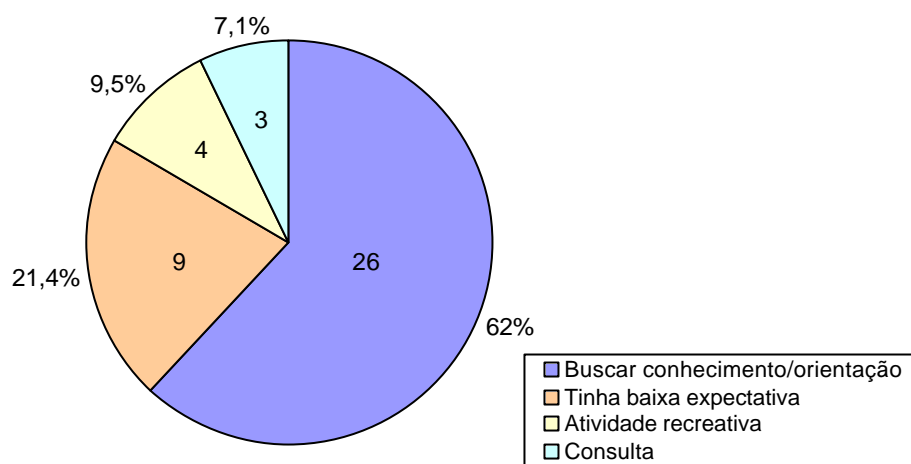


Figura 4.2. Agrupamento de expectativas dos adolescentes em sua primeira reunião, segundo sentimento expresso em resposta a questão “o que o você esperava encontrar no PRAIA”, PRAIA Paranoá/DF– 2005.

Esta figura deixa claro que há uma busca pelo conhecimento, entendendo por busca de conhecimento orientações. Alguns depoimentos fazem referência explícita:

Amigos e informações e um pouquinho de cuidado, melhor acolhimento. (S17F)

Buscar ajuda por ser portadora de DST. (L18F)

Deixar de ter tarde monótona. Aqui aprende a ter conhecimento. Aprende a não errar. (Ed18F)

Ajudar a passar a fase da adolescência. (W14M)

Apoio, que pudesse me explicar coisas, principalmente que eu não sabia. (B14F).

O PRAIA, na expectativa dos adolescentes, tem uma dimensão informativa superestimada em vários momentos. Sendo assim, permitir aos adolescentes sentirem-se à vontade para participar é um ganho desse processo educativo, já que a equipe de profissionais do PRAIA tem a proposta de romper com o papel de receptor passivo.

A porta de entrada do PRAIA-Paranoá é o grupo, denominado grupo de acolhimento. Esta denominação data de 1997, quando o “Projeto GDF/FNUAP implantou no Galpão do PRAIA uma sala de acolhimento ao adolescente” (DISTRITO FEDERAL, 1998, p.56)

Esses grupos acontecem nas quartas-feiras, nos períodos da manhã e tarde. Nesse momento é que ocorrem as discussões dos temas trazidos pelos adolescentes e na falta de sugestões, os propostos pela equipe. Somente após o término do grupo é que são marcadas as consultas com ginecologista ou clínico e entrega de preservativos masculinos e pílulas anticoncepcionais.

Esse encontro acontece seguindo uma seqüência previamente planejada. Os adolescentes vão chegando e sentando-se, enquanto um dos membros da equipe anota seus dados numa agenda de atendimento, padrão da SES-DF, onde consta: nome, idade, data de nascimento, sexo. Este formulário é enviado ao serviço de estatística, onde é computado como produtividade do Centro de Saúde. Em seguida é solicitado ao adolescente que faça um crachá com o nome e o coloque em lugar visível.

Sentados em círculo um dos membros da equipe dá início à reunião. Primeiramente pergunta-se quem está participando pela primeira vez, como souberam da existência do PRAIA e o que sabem a respeito do programa. Em seguida pede-se para um dos presentes que já participa há mais tempo explicar o que é o PRAIA, quando necessário, os profissionais complementam as informações,

Em seguida, são feitas as apresentações individuais, utilizando-se de diferentes dinâmicas de grupo, mantendo-se sempre a citação do nome, a idade, a condição escolar e pede-se que fale sobre um sentimento, ou algo que o magoe, ou uma situação em que se sente inibido. Esta etapa objetiva criar um ambiente descontraído e acolhedor para que o participante se sinta ambientado para conversar, perguntar e expor suas opiniões.

É solicitado aos participantes que se manifestem quanto ao tema proposto para discussão, podendo ter manifestação de vários. Quando isso acontece a escolha ocorre pelo esquema de votação. Quando os participantes do grupo não apresentam tema, a equipe possui uma atividade planejada ou tema alternativo para dar continuidade à reunião. Os temas abordados variam, contudo a sexualidade permeia transversalmente os assuntos, mesmo que não seja o centro da proposta.

Para finalizar, cada adolescente relata o que está levando para casa como informação e conhecimento novo. Após o encerramento são distribuídos preservativos masculinos, pílulas anticoncepcionais e ocorre a marcação de consultas para aqueles que têm essa demanda.

Nos grupos em que a pesquisadora participou observou que no geral, o início da discussão é um pouco tímida, podendo, às vezes, até se tornar calorosa, mas a intensidade com que cada um se envolve nas discussões é diferente. Observou também que a equipe proporciona ambiente para que todos tenham seu momento de voz, demonstrando respeito pela fala do outro e explicando ou esclarecendo as dúvidas, dando informações solicitadas referentes a conceitos novos ou preconcebidos.

O PRAIA-Paranoá dispõe de horários de atendimento no Centro de Saúde nº 01 e Hospital Regional do Paranoá nas especialidades de ginecologia e obstetrícia e de clínica médica, com profissionais que fazem parte da equipe.

De acordo com registro, em livro destinado para tal função, o número de participantes das atividades grupais, ao longo do ano de 2005, oscilou com um mínimo de oito e máximo de 47 adolescentes por período, sendo que pela manhã sempre foi encontrado menor número, em torno de 20 adolescentes, enquanto à tarde havia uma média de 36 participantes.

Nas observações participativas a pesquisadora percebeu que no período da tarde, às vezes, há adolescentes que ficam em pé por não haver bancos em número suficiente para todos; o número de meninas é sempre maior que o de meninos. Observou também que em cada reunião aparecem novos adolescentes, embora apenas um pequeno grupo seja considerado freqüentadores assíduos, há os que demoram a voltar, quando o número de participantes é menor facilita a coesão, a participação em grupo e a discussão fluem mais naturalmente.

As adolescentes que já são mães trazem seus filhos, cujas idades variam de um mês a cinco anos. As crianças ficam dormindo no braço, no carrinho ou colchão colocado no piso, ou correm pelo salão, o que, às vezes, interfere no andamento das atividades propostas para o dia.

4.2.4 Perfil da clientela

Conhecer a clientela é relevante aos propósitos da avaliação de processo, porque graças à este traçado é possível fazer recortes e junções entre todas as nuances que permeiam o trabalho, identificar possíveis desvios e possibilidades de redesenhar o projeto.

Um dos aspectos utilizados para traçar o perfil da clientela entrevistada foi a idade dos adolescentes. Utilizou-se a faixa etária entre 14 e 18 anos, uma vez que, na ocasião dos contatos iniciais para definir a trajetória metodológica, os profissionais informaram que esta compunha a maioria dos participantes que freqüentavam este grupo.

Na figura 4.3 foi feita uma distribuição usando o intervalo de um ano de idade, de acordo com a pergunta assim formulada: *Qual é a sua idade?*

Figura 4.3 Caracterização dos adolescentes entrevistados, segundo a faixa etária e sexo. Usuários do PRAIA-Paranoá/DF– 2005.

Anos	Faixa etária		Sexo			
	N ^o	%	Feminino		Masculino	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
14	5	11,9	4	9,5	1	2,4
15	1	2,3	1	2,4	-	-
16	3	7,2	2	4,8	1	2,4
17	7	16,6	5	11,9	2	4,8
18	26	62,0	19	45,2	7	16,6
Total	42	100,0	31	73,8	11	26,2

Com relação a variável idade, apesar da maioria dos adolescentes entrevistados (62%) estarem com 18 anos, este resultado não espelha a faixa etária que freqüenta este grupo. Para o procedimento da pesquisa era necessário assinatura do TCLE pelos adolescentes com 18 anos e pelos pais se a idade fosse inferior, como já descritas no item “considerações éticas”. Esta condição foi um dos possíveis dificultadores da coleta de assinatura dos responsáveis, somado com a não-percepção da importância do estudo em relação a demanda pessoal.

Em estudo anterior feito em vários locais onde há o programa, Pereira (2005), aponta que a maioria dos usuários do PRAIA entrevistados tem idade entre 15 e 17 anos, o que corrobora a observação da pesquisadora, porém o percurso

metodológico preconizado para a pesquisa em voga definiu a participação desta faixa etária entre 14 e 18 anos.

Para a variável sexo, observa-se que a grande maioria dos adolescentes entrevistados é do sexo feminino (73,8%). Esta amostra retrata a realidade observada, pois em todas as atividades em grupo do PRAIA em que tivemos participação a diferença numérica entre meninos e meninas sempre foi significativa, com maior participação do sexo feminino. Talvez os fatores que levem a esta busca seletiva estejam relacionados com a gênese do programa, criado mediante expressivo número de adolescentes grávidas no Paranoá, ou com o fato de o grupo ser um espaço aberto que as meninas podem usar para dirimir dúvidas, receber orientações no que se refere à sexualidade, uma vez que nesta comunidade há uma iniciação sexual e opção por viver maritalmente ainda em tenra idade, mesmo sem ter independência econômica. Espelho desta busca é apresentado na figura 4.9 (p. 65) onde estão quantificados os temas mais discutidos em 2005, aparecendo com mais frequência planejamento familiar, relações familiares e namoro e DST/AIDS.

Outras variáveis a serem consideradas para a caracterização dos adolescentes entrevistados foram: o nível de escolaridade, situação de trabalho e condição socioeconômica da família. Estas variáveis foram definidas a partir da consideração que a educação básica é um direito do adolescente como cidadão. O processo educativo contribui para uma melhor qualificação, melhores salários e conseqüentemente melhoria da condição socioeconômica tanto dele quanto da família.

O Relatório da Situação da Adolescência Brasileira, elaborado junto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, cita que os adolescentes brasileiros apresentam dificuldades em prosseguir nos estudos a partir da 5ª série do Ensino Fundamental. E, além disso, afirma que nas famílias brasileiras com renda *per capita* menor que meio salário mínimo, os filhos entre 12 e 17 anos têm pelo menos três anos de defasagem em relação ao nível de escolaridade correspondente a sua faixa etária (UNICEF, 2003).

A figura 4.4 demonstra a relação entre o nível de escolaridade e a faixa etária dos entrevistados. No instrumento utilizado esta foi uma questão fechada cuja pergunta estipulava a verificação do nível de escolaridade, o que não possibilitou identificar se estavam freqüentando a escola ou se haviam paralisado os estudos na escolaridade informada.

Figura 4.4 Relação do nível de escolaridade e faixa etária dos adolescentes entrevistados. Usuários do PRAIA-Paranoá/DF– 2005.

Escolaridade\Faixa etária (anos)	14	15	16	17	18	Total	%
< 8ª série do ensino fundamental	4	1	3	2	5	15	35,8
8ª série do ensino fundamental	-	-	-	-	1	1	2,3
< 3º ano do ensino médio	1	-	-	2	16	19	45,3
3º ano do ensino médio	-	-	-	3	4	7	16,6
Total	5	1	3	7	26	42	100,0

Dos 42 adolescentes entrevistados 15 (35,8%) não concluíram o Ensino Fundamental e um (2,3%) conclui esta etapa, mas não continuou os estudos. Dos 26 (61,9%) que continuaram os estudos 19 (45,3%) não concluíram ainda o Ensino Médio e sete (16,6%) já completaram essa etapa.

Considerando que o estudo em questão abrangeu uma população regida pela Lei 9394/96 que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional – LDB preconizando em seus artigos 6º e 32º que a idade de entrada no ensino fundamental é a partir dos sete anos e os estudos tem duração mínima de oito anos. (BRASIL, 2006). A escolaridade esperada para esses adolescentes seria: terminar o ensino fundamental com até 15 anos, e o ensino médio com até 18 anos.

Entre os entrevistados 10 (23,81%) não concluíram o ensino fundamental dentro do prazo preconizado em lei, um de 18 anos informa que concluiu esta fase, porém não temos a informação com que idade. Em relação ao ensino médio não é possível fazermos esta relação, uma vez que o estudo abrangeu adolescentes com idade de até 18 anos, e o instrumento para realização da entrevista não demandava, à época, a informação se estava cursando, ou em que série estava.

Waiselfisz (2004), em Relatório do Desenvolvimento Juvenil no Brasil, feito em 2001, mapeou a situação dos jovens nas áreas de educação, renda e saúde, e um índice sintético a partir dessas dimensões o Índice de Desenvolvimento Juvenil – IDJ.

Em relação à situação do Distrito Federal este relatório aponta que 1,5% dos adolescentes com idade entre 15 e 24 anos não eram alfabetizados. Observa-se que entre os adolescentes pesquisados nenhum era analfabeto, todos haviam

freqüentado ou estavam freqüentando a escola, portanto não compartilham desta situação.

Uma situação posta e que chamou a atenção da pesquisadora durante a observação participativa, foi a apresentação dos integrantes do grupo, que em cada encontro é feito de forma padrão assim formulada: pede-se ao adolescente para dizer o nome, a idade, a escolaridade (se está cursando ou se parou) e quando algum verbaliza que parou de estudar o grupo cantava espontaneamente um refrão da música (porque parou? parou porque?), o que nos permite inferir o grau de importância do estudo na organização da comunidade.

A LDB em seu artigo 22 preconiza que a “educação básica tem por finalidade desenvolver o educando, assegurando-lhe a formação comum indispensável para o exercício da cidadania e fornecer-lhe meios para progredir no trabalho e em estudos posteriores”. Sendo o progresso pelo trabalho uma meta das políticas públicas para os adolescentes, somados à prerrogativa que em comunidades onde prevalece a baixa renda, este se torna necessário para complementar ou, às vezes, até prover as necessidades financeiras das famílias, foi então investigada a situação de trabalho (BRASIL, 2006, p.3).

Para definir e analisar esta variável considerou-se a definição de trabalho usada pela Pesquisa nacional de amostra por domicílio: “atividade econômica, o exercício de ocupação remunerada em dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios (moradia, alimentação, roupas etc.) na produção de bens e serviços” (FIBGE, 2002).

O Relatório de Desenvolvimento Juvenil de 2003 (WASELFISZ, 2004) aponta que há uma maior pressão sobre os homens para começar a trabalhar cedo, e traz a faixa etária entre 15 e 17 anos, para demonstrar esta tendência.

Em consonância com a Constituição brasileira no capítulo que se refere aos direitos sociais, no artigo 7º, inciso XXXIII, que normaliza a “proibição do trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de 18 anos e de qualquer trabalho a menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos” (BRASIL, 1988, p.20), todos adolescentes entrevistados estão aptos a entrar no mercado de trabalho. Destes, seis (14,3%) na condição de aprendizes e 36 (85,7%) na condição de empregado, mas observa-se que apenas seis (14,3%) estão incluídos. Encontramos seis adolescentes exercendo atividades consideradas como trabalho,

sendo: com 16 anos um menino, com 17 anos um menino e uma menina e com 18 anos dois meninos e uma menina.

Estes dados estão de acordo com os apresentados pelo Anuário Estatístico do Distrito Federal (2005), que classifica o Paranoá, no grupo III, que é o grupo de regiões administrativas de menor renda. Este grupo concentra a maior parcela da população do Distrito Federal com maiores taxas de crescimento e maiores índices de desemprego, o anuário descreve que na população economicamente ativa, em 2004, no Paranoá, havia 371,4 mil ocupados, 133,9 mil desempregados.

Este é um dos obstáculos que dificulta o alcance da meta preconizada pela LDB no que diz respeito a ser o estudo um requisito para progredir no trabalho, uma vez que a exclusão maior se dá na entrada nesse mercado.

Considerando também que esta premissa é verdadeira, analisamos à luz das respostas dadas à pergunta aberta: *qual sua expectativa em relação ao futuro?* Os projetos de vida construídos por estes adolescentes são apresentados no figura a seguir:

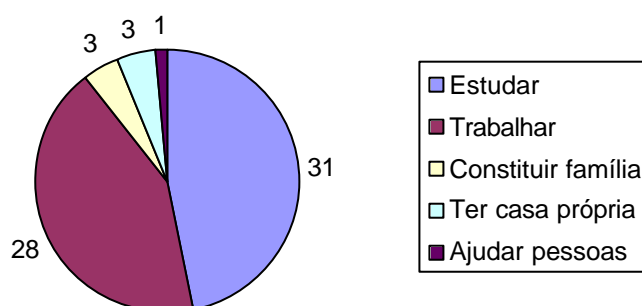


Figura 4.5 Expectativa de vida dos adolescentes entrevistados em relação ao futuro. PRAIA-Paranoá/DF– 2005

Como mostram os resultados, todos os adolescentes foram unânimes em apresentar uma prospecção, o que corrobora com Donas (1991) *apud* Santos Junior (1999, p.228) quando refere que ...

“Na adolescência o ser humano elabora seu projeto de vida desenvolve as estratégias e ações para que seu sonho torne realidade [...] isto é influenciado pelas possibilidades que o meio externo oferece e pelo próprio esforço do adolescente para que se realize ou não”.

Por meio das verbalizações seguintes também nos é possível ver estes projetos espelhados em frases cujos conteúdos miram um futuro sempre promissor.

Quero trabalhar, construir uma família e ter uma vida boa. (J15F)

Pretendo estudar, trabalhar, ter minha casa, vida financeira e depois casar. (A16F)

Sempre crescer, estudar, fazer faculdade, ter um local pra mim, uma casa minha. (S17F)

Ajudar pessoas, tirar pessoas da rua através da dança. (D18M)

Terminar estudos, bom emprego, construir uma casa, dar bom exemplo pra família. (An18F)

Uma outra consequência decorrente da não-inclusão no mercado de trabalho e no acesso escolar se reflete na dificuldade desses adolescentes tornarem reais as perspectivas traçadas para o futuro. Na transição para a fase adulta do desenvolvimento, a ocupação, o pertencer a um grupo, fazer parte do processo produtivo autoriza os jovens a assumir novos papéis na sociedade. Esta leitura também é feita pelos próprios adolescentes, pois ao investigar qual o maior problema do cotidiano, 10 (23,8%) deles apontam ser o desemprego.

Partindo do princípio que os pais influenciam a busca que os filhos fazem na vida e também são apoios no processo de aprendizagem e amadurecimento investigamos junto aos adolescentes se eles dialogavam com os pais sobre o que ouviam no PRAIA e o nível de escolaridade dos pais, para que uma relação fosse traçada entre, pelo menos, duas gerações.

Na figura a seguir estão apresentados os resultados relacionados à primeira questão levantada. Embora essa fosse uma questão fechada, cuja resposta cabia sim ou não, a pesquisadora deixou espaço para que outras possibilidades pudessem ser relatadas e apenas uma pessoa referiu que conversava com o marido. Para fins de tabulação dos dados foi incluída na resposta não.

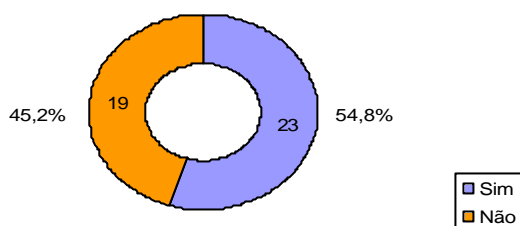


Figura 4.6: Frequência dos adolescentes pesquisados sobre falar com os pais sobre o PRAIA-Paranoá/DF – 2005.

Apesar de haver relatos de dificuldade do adolescente com a família, a maioria afirma falar com os pais sobre os assuntos discutidos no PRAIA. Em pesquisa “A voz dos adolescentes” (UNICEF, fator OM/2002), que ouviu 5.280 adolescentes em todo país, revela que a família é a principal referência para 95% dos adolescentes, “o espaço que se sentem mais felizes e também onde sofrem mais quando algo errado acontece” (UNICEF, 2003, p. 13).

Em relação à segunda questão colocada: a relação entre a escolaridade dos pais e a dos filhos destaca-se que entre os adolescentes entrevistados um informou não saber a escolaridade dos pais; sete informaram a escolaridade de apenas um dos progenitores, seja porque não sabia a do outro ou porque desconhecia o paradeiro dele. A figura a seguir apresenta a relação entre essas duas gerações, e ao construí-la o pai e a mãe foram considerados separadamente para que se tivesse um retrato mais fiel da situação e por considerar que cada um tem papel distinto na educação e acompanhamento dos filhos.

Figura 4.7: Relação do nível de escolaridade entre pais, mães e filhos do grupo de adolescentes que freqüentam o PRAIA-Paranoá/DF– 2005.

Escolaridade do adolescente \ Escolaridade dos pais	Analfabeto Nº		< 8ª série Nº		8ª série Nº		< 3º ano Nº		3º ano Nº	
	Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe
< 8ª série ensino fundamental	2	4	5	6	2	-	2	3	4	2
8ª série ensino fundamental	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
< 3º ano ensino médio	-	1	11	13	4	2	1	-	1	1
3º ano ensino médio	1	-	3	2	1	2	-	1	-	-
Total	3	5	19	21	7	5	3	4	5	3

Nesta figura evidencia-se que na relação do nível de escolaridade entre pais e mães com seus filhos a maioria dos pais analfabetos tem filhos com escolaridade < 8ª série; há mais mães analfabetas (cinco mães em um total de oito analfabetos); um número significativo de pais (19) e de mães (21) concluíram o ensino fundamental; três pais e quatro mães possuem o ensino médio incompleto e cinco pais e três mães concluíram o ensino médio. Também se observa que há uma equivalência numérica de pais e mães no mesmo nível de escolaridade, completo ou não, ou seja, há 26 pais e 26 mães com nível fundamental de escolarização e o mesmo acontece com o nível médio. Um outro dado a ser ressaltado é que nenhum pai e/ou mãe ascendeu ao nível superior.

No que diz respeito ao fato de oito dos adolescentes não informarem escolaridade do pai e/ou mãe foi entendido como uma dificuldade em encontrar o padrão de família idealizada (pai, mãe e filhos) citada por UNICEF (2003), uma vez que esse padrão confronta-se, no cotidiano dos adolescentes, com o perfil de família real e normalmente observada. Foram encontrados freqüentes relatos que apontam para o aparecimento de uma reorganização familiar, com pais separados, o que obriga os adolescentes muitas vezes a ficarem sob os cuidados de um dos progenitores, de familiares, ou mesmo, em alguns casos, de irmãos mais velhos.

Para obter maior clareza das condições sociais das famílias dos adolescentes entrevistados, a pesquisadora lançou mão de alguns indicadores sociais utilizados pelo IBGE. Entre os indicadores optou-se por investigar a posse de bens duráveis levantados por este instituto (máquina de lavar, televisão – TV, geladeira, microcomputador) (FIBGE, 2002). Acrescido de aparelhos de som (independentemente se radio, toca fitas, *disc compact*, acoplados ou não), por ser esse um equipamento demandado por esta faixa etária, e da quantidade de moradores da casa. Partindo da premissa que a relação entre bens duráveis e possibilidades de famílias numerosas terem orçamento comum regeu o cruzamento destes dados.

Na figura a seguir apresentamos a relação entre os indicadores sociais levantados, considerando a média dos moradores de uma mesma casa.

Figura 4.8 Relação entre indicadores sociais: posse de bens duráveis e média de moradores de uma mesma casa. PRAIA -Paranoá/DF– 2005.

Especificação dos bens duráveis	Posse de bens duráveis	Média de moradores
TV	3	2,0
Geladeira + TV	3	3,7
Geladeira + TV + som	14	3,7
Geladeira + TV + som + microcomputador	1	6,0
Máquina de lavar + geladeira + TV	4	5,2
Máquina de lavar + geladeira + TV + som	15	4,7
Máquina de lavar + geladeira + som + microcomputador	1	4,0
Máquina de lavar+geladeira+TV+som+microcomputador	1	3,0
Total	42	4,1

Nesta figura observa-se que a máquina de lavar é um bem cuja posse está entre a média das famílias de maior número de moradores em uma mesma casa. Em contraponto a este dado há três famílias cujo único bem é a televisão e a média é de dois moradores por casa. Esses dados nos permitem inferir que a máquina de lavar tem uma função de facilitadora dos serviços domésticos e a televisão uma demanda dos adolescentes, que mesmo sendo casados ou vivendo maritalmente, portanto constituindo uma família, não perdem os interesses próprios da idade. Este dado está em consonância com o Relatório da Situação da Adolescência Brasileira, sobre a pesquisa “A Voz dos Adolescentes” realizada no ano de 2002, mostra que “A TV é a segunda principal fonte de diversão e lazer. Entre 20 opções possíveis (e não excludentes) apresentadas no questionário, 51% dos adolescentes entrevistados citaram a televisão” (UNICEF, 2003, p. 43).

Um outro dado destacado é que 97,62% das famílias possuem televisão, exceto uma, mas que tem todos os bens duráveis levantados e o adolescente desta família está entre os que estão incluídos no mercado de trabalho.

A posse de geladeira por 39 (92,86%) famílias é compatível com a média nacional que é de 91,7% e de Brasília que é de 95,8%. Estes dados qualificam a posse deste bem como essencial, uma vez que está presente na grande maioria das casas, independente da renda.

Apenas três (7,14%) das famílias possuem microcomputador, índice abaixo da média nacional apontada pela FIBGE (2002) que é de 17,5% e muito abaixo da média apontada para Brasília que é de 31,4%. A precariedade na posse deste bem retrata a exclusão digital para as populações de baixa renda, na qual o Paranoá é classificado como integrante pelo Anuário Estatístico do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2005).

A inclusão do bem durável aparelho de som se deu pelo fato deste estar relacionado com interesse peculiar a esta faixa etária. Esta premissa encontra respaldo em estudos como o de Pelaez (2005, p.80, p.106) que ao fazer uma analogia entre a música e o adolescente define a música como “uma linguagem plena, um canal de expressão e comunicação de uma multiplicidade de significados por onde se inscrevem as marcas do tempo existencial, individual e coletivamente vivenciado, no tempo presente” e ao se referir ao significado que tem para esta faixa etária, assim se expressa “ela {a música} perpassa o cotidiano naquilo que ele tem de mais concreto e comum”. É significativo o fato de 2/3 das famílias dos adolescentes entrevistados possuírem este bem.

4.2.5. Necessidades e demandas da clientela

Uma questão levantada foi quanto às necessidades e demandas apresentadas pelos adolescentes e se estas demandas estavam sendo contempladas nos assuntos discutidos em grupo. Para que fosse possível visualizar estas questões foi perguntado aos entrevistados “qual o assunto que gostariam que fosse discutido”. Foi feito também um levantamento, dos temas abordados, em um livro onde os profissionais fazem um pequeno relato do grupo (tema discutido, número de presentes, profissionais presentes e intercorrências) e um levantamento quanto ao tema que mais e o que menos agradou o entrevistado.

Há uma intimidade entre estas três questões, no entanto, elas serão apresentadas separadamente por considerar que a verbalização dos adolescentes ao responder uma questão da entrevista e a anotação feita pelos profissionais para sintetizar o conjunto das idéias que foram discutidas são diferentes, pois os profissionais tendem a usar uma terminologia mais técnica.

Uma outra questão, percebida durante a observação participante que reforça a escolha desta forma de apresentar os dados, diz respeito à anotação feita em relatório quanto aos temas discutidos em cada grupo. O profissional que faz o registro tende a reduzir várias nuances da discussão a um nome, entretanto nem sempre este procedimento expressa o conjunto dos temas transversais que permearam o desenvolvimento do grupo.

Mediante informações fornecidas pelos adolescentes para responder a questão “qual o assunto que gostariam que fosse discutido”, verificou-se que 18 (43%) dos entrevistados não mencionaram, ao passo que 10 (24%) escolheram assuntos relacionados com a sexualidade (DST/AIDS, métodos contraceptivos, aborto) e o restante ficou diluído entre as outras opiniões expressas, sendo que drogas, família, pessimismo e vergonha tiveram duas citações cada e relacionamento de casais, violência contra a mulher, câncer, vida pessoal, rebeldia na adolescência, cigarro e orientação profissional uma.

Dentre os 11 adolescentes do sexo masculino que participaram da pesquisa, cinco (45%) não manifestaram sua opinião e das 31 adolescentes do sexo feminino, 13 (42%) também não o fizeram.

Dos assuntos citados pelos adolescentes do sexo masculino estão: uso de drogas por menores de 12 anos, cigarro, câncer, aborto, violência contra a mulher e DST. Destaca-se que assuntos como violência contra a mulher e aborto são citados apenas por eles, enquanto em relação a DST a maioria das citações é feita pelas adolescentes. Diante destes dados surgem-nos vários questionamentos. Será que nesta comunidade homens e mulheres estão inseridos de forma diferenciada daquelas até então concebidas aos valores pertinentes à sociedade brasileira? Esta é uma situação vivenciada no cotidiano deles?

Nas entrevistas, as adolescentes com vida sexual ativa relatavam que tinham interesse principalmente em informações sobre planejamento familiar e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Ressalta-se que houve uma demanda em se discutir planejamento familiar por quatro adolescentes e todas elas são advindas das demandas expressas pelas adolescentes do sexo feminino.

O estudo de Dias & Gomes sobre ambigüidade na tomada de decisão em comportamento sexual de meninas adolescentes que vieram a engravidar, as autoras fazem revisão da literatura: “estas jovens vivem a ambigüidade conhecida como revolução sexual, na qual o sexo desvincula-se de sua função reprodutiva e

transforma-se em realização de prazer. Reprodução e prazer ganham espaços próprios, e, embora imbricados um no outro, pode-se agora escolher livremente, com auxílio de contraceptivos, quando gozar e reproduzir ou quando simplesmente gozar.” (DIAS, GOMES, 2000, p.112).

Para que se pudesse analisar se houve um encontro entre os assuntos que os adolescentes gostariam de discutir e os que foram discutidos, foi feito levantamento, em livro próprio para este fim, dos temas abordados nos grupos, durante o ano de 2005, apresentados na figura a seguir.

Figura 4.9 Frequência dos temas discutidos no grupo do PRAIA durante o ano de 2005. PRAIA-Paranoá/DF– 2005.

Temas discutidos	Nº de ocorrências	%
Planejamento familiar	22	30,2
Relações familiares e namoro	20	27,4
Auto-estima e afetividade	12	16,4
DST/AIDS	7	9,5
Drogas e <i>piercing</i>	4	5,4
Gênero e preconceito	3	4,1
Política	3	4,1
Data festiva	2	2,7
Total	73	100,0

Em relação à frequência de temas discutidos durante o ano de 2005, manteve-se a tendência encontrada no trabalho de Pereira (2005) afirmando que, de acordo com os dados coletados com os profissionais do PRAIA – Paranoá, os temas estavam ligados a quatro questões principais: planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis – DST/AIDS, relações familiares e orientação em relação à auto-estima.

Uma outra consonância encontrada foi que em relação às respostas dadas quando perguntado “qual o problema que tem enfrentado no cotidiano hoje”, relacionamento familiar é apontado por 21 (50%) dos entrevistados.

Considerando que as respostas dadas pelos adolescentes espelham uma tendência dessa faixa etária no Paranoá, e comparando esta tendência com os temas discutidos em 2005, evidencia-se que quatro dos temas que eles gostariam que fossem discutidos (planejamento familiar, relacionamento familiar, DST/AIDS e drogas) foram contemplados.

Já na sua gênese, o programa teve como meta atingir principalmente a questão da gravidez na adolescência, ele inclusive foi criado a partir da detecção de número significativo desta situação no Paranoá. Após 10 anos de atividade o tema planejamento familiar ainda permanece em 1º lugar no *ranking* dos temas discutidos.

Exemplos de temas, preparados durante a reunião científica, descrita no item que trata da equipe estão: comemoração do Natal e política.

Outro aspecto levantado para subsidiar a análise das demandas em relação a assuntos que gostariam que fossem tratados, foi a formulação das questões: “qual tema que mais o agradou” e “qual o tema que menos o agradou” para compor a entrevista. Com estas duas questões pretendeu-se verificar se os temas tratados nas discussões em grupo atenderam a demanda expressa quando da investigação de qual tema gostariam que fosse discutido.

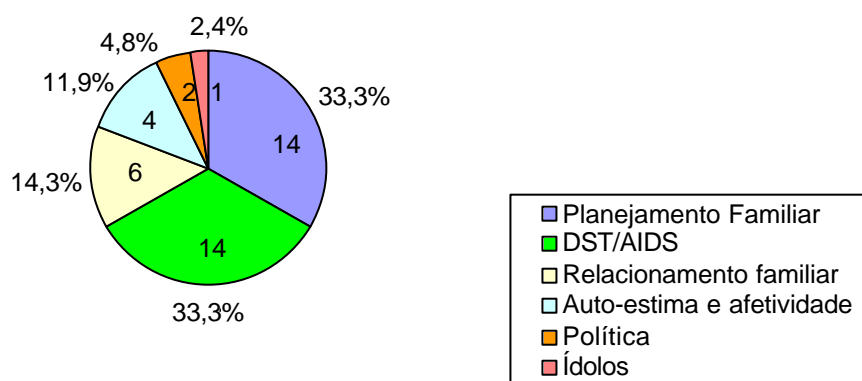


Figura 4.10. Avaliação dos adolescentes quanto aos temas abordados que mais agradaram no PRAIA-Paranoá/DF – 2005

Percebe-se que os temas que abordam sexualidade (planejamento familiar e DST/AIDS) juntos somam 28 (67%) dos temas que mais agradaram os adolescentes pesquisados e 13 (33%) foram distribuídos entre os outros temas: relacionamento familiar, auto-estima e afetividade, política e ídolos.

Sexualidade segundo Andrade (2003) é uma das maneiras pelas quais o ser humano busca prazer, sendo uma de suas formas a relação sexual. É também dimensão essencial no desenvolvimento humano, portanto, importante no desenvolvimento dos adolescentes que sofrem influência da cultura, da família, dos amigos e deles próprios.

Devido à alta porcentagem de preferência demonstrada pelo tema sexualidade, faz-se necessário melhor compreensão das particularidades como ela é entendida e vivenciada, mas os limites desta pesquisa não forneceram dados suficientes para este aprofundamento.

O planejamento familiar aparece entre os temas que os adolescentes mais gostariam que fosse discutido. O levantamento feito, em registros no livro próprio para este fim, aponta esse tema como o que mais se discutiu e também o que teve a discussão que mais agradou os adolescentes. Talvez ele seja uma das faces da sexualidade que mais polêmica pode trazer para esta faixa etária, pois há os que defendem a tese de que abrir esta discussão pode enfrentar o problema da gravidez na adolescência e das doenças sexualmente transmissíveis, e há os que defendem a tese de que pode liberar o adolescente para a prática sexual.

Na observação participante a pesquisadora observou que esta dicotomia permeia a atitude dos profissionais, pois quando tratam deste assunto enfatizam para os adolescentes que estas informações não são dadas como permissão para a vida sexual ativa, mas que ao tomarem essa decisão tenham precaução e responsabilidade, se prevenindo do contágio de doenças ou mesmo de uma gravidez indesejada.

Enquanto 26 (62%) adolescentes entrevistados afirmaram que nenhum dos temas desagradou, 13 (48%) citaram: referendo sobre armas, estupro, drogas, perda da virgindade precoce, traição/ciúme, diferenças entre homem e mulher, AIDS, timidez e dia dos namorados como temas que desagradaram e entre eles, referendo foi evidenciado como o tema que menos agradou com sete (16.6%) citações.

Ressalta-se que o assunto identificado como referendo tinha como pano de fundo a Lei 10.826/2003 (BRASIL, 2003, p.1), que “dispõe sobre o registro, posse, comercialização de arma de fogo e munição [...]”. Foi aberta uma ampla discussão nacional que desencadeou em votação coordenada pelo Supremo Tribunal Eleitoral quanto ao sim ou não ao desarmamento, e neste processo todos os brasileiros maiores de 16 anos, eleitores, teriam que mediante voto secreto manifestar sua opção. Desses sete adolescentes apenas um não tinha idade regulamentada para votar.

Outro fator ressaltado relaciona-se ao fato de oito dos temas que despertaram desagrado envolverem atores que estão em papéis definidos, porém em pólos opostos: envolvem sempre alguém que de uma forma ou de outra está na posição

de agressor e o outro na de agredido. Os dois restantes (dia dos namorados e timidez) relacionam-se a questões espelho.

4.2.6. Relação dos profissionais com a clientela

A relação dos profissionais com a clientela são ícones fundamentais na execução de qualquer atividade, quando se fala de adolescente ganha um grau diferenciado nesta escala, pois a adolescência é marcada por relações de confiança e de pertencimento.

No relato do Projeto FENIX, realizado em Brasília, com adolescentes em uso de drogas no contexto da justiça, são descritos o desenvolvimento das oficinas realizadas e as oficinas: Penso; Gusmão e Ramos (2003, p.195) atribuem que o que “tornou possível a realização dos trabalhos foi o vínculo de confiança e de autenticidade” estabelecido entre a equipe e os adolescentes. Mesmo que a população-alvo deste projeto não tenha interface com a justiça, compartilhamos com as autoras no que se refere às bases em que um trabalho com adolescentes deve ser edificado.

Considerando essas premissas a entrevista contemplou as seguintes questões: *you have access when you search for professionals at PRAIA? you have confidence in your problems related to the adolescent process to professionals at PRAIA? And you have space/opportunity to put your ideas in the PRAIA groups?*

A primeira questão abrangia uma escala que compreendia: sempre, algumas vezes, raramente e nunca, a segunda e a terceira questões eram respondidas com sim ou não.

No gráfico a seguir são apresentadas as respostas dadas as duas primeiras questões, ressaltando que os entrevistados não optaram pelos itens “nunca ou raramente” na escala correspondente a primeira questão aqui apresentada. Ressalta-se também que todos (100%) responderam que há espaço e oportunidade para colocar suas questões no Praia.

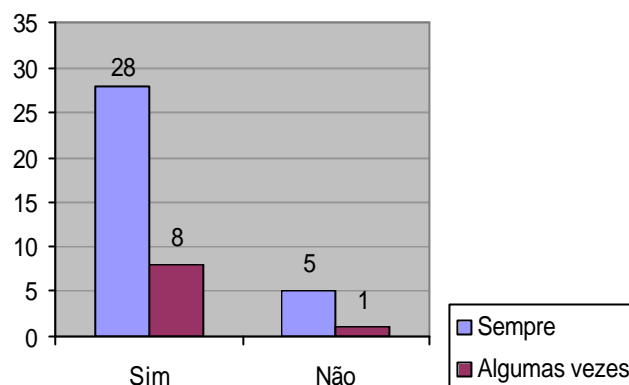


Figura 4.11 Acesso e acolhimento dos profissionais segundo a percepção dos adolescentes pelos profissionais. PRAIA-Paranoá/DF – 2005.

Percebe-se que dos 42 adolescentes entrevistados, 33 (78,6%) informam que há sempre acesso aos profissionais quando os procuram e nove (21,4%) informam que algumas vezes o tem.

Um fato que chama a atenção é que dos seis adolescentes entrevistados que disseram não confiar os problemas referentes ao processo da adolescência aos profissionais, cinco sempre buscam o programa e um algumas vezes.

Os profissionais, por outro lado, referem que a participação dos adolescentes é boa e produtiva e que são “extremamente interessados”, embora a freqüência ao grupo seja inconstante. Os profissionais são unânimes em relatar que os adolescentes pedem ajuda a eles e que eles podem ajudar na maioria das vezes. Todos relatam que permeia um clima de preocupação, respeito e confiança entre a equipe e os adolescentes.

Estes dados, aparentemente, leva-nos a pensar que expressa uma contradição, uma ambivalência, mas consideramos ser leviano contentar com esta justificativa, o fato merece um aprofundamento, em trabalho posterior, uma vez que aí está a essência da compreensão da relação do adolescente com o mundo, possibilitando, então, visualizar fatores de risco e proteção.

4.2.7 Avaliação dos adolescentes sobre o PRAIA – Paranoá

A avaliação feita pelos adolescentes quanto ao trabalho desenvolvido no PRAIA – Paranoá é um ponto-chave para alcançar parte dos objetivos traçados para esta investigação, principalmente no que se refere ao processo de atendimento e

verificação quanto à percepção que ele tem em relação às ações desenvolvidas pela equipe.

Para que esta meta fosse alcançada, a entrevista incluiu três questões, sob forma de pergunta aberta, a saber: “quais os pontos positivos e os negativos”, “o que acham da forma como são conduzidos os grupos”, “como se sentem participando do PRAIA” e também foi feita uma pergunta fechada: *Há quanto tempo você veio ao PRAIA pela primeira vez?*

No que concerne aos pontos positivos e negativos encontrados no PRAIA constatou-se que há boa aceitação nas verbalizações que se referem a ambos os pontos levantados.

A liberdade de expressão, a acolhida para esclarecimentos e o bem-estar por compartilhar experiências e opiniões mereceu destaque especial:

Aqui o espaço é aberto, tem um tempo pra falar, aprende coisas que não sabe, perde a vergonha. (Rb17M)

Aqui tem acessibilidade à informação, quando precisa tem a quem recorrer. Um porto seguro pra o adolescente. Fica um pouco fora da rua. (F17M)

Além de se sentir bem, colocar pra fora o que tem guardado ter idéias, consegue esclarecer pra mim o que é certo e o que é errado. Influenciou o meu relacionamento com o namorado. (S17F)

A gente é bem recebido, a recepção é boa, mesmo ficando com vergonha você acaba falando. Conhecimento importante que não recebe em outro lugar. (Ed18F)

Não há relatos de pontos negativos em 29 (69%) das entrevistas. Os aspectos negativos apontados em 11 (31%) delas fazem referência a pouca quantidade de dias ou tempo insuficiente, falta de recursos materiais e espaço físico precário, como expresso nas verbalizações a seguir:

Os dias na semana é pouco, os adolescentes vêm e não consegue entrar. (F14M)

Deveria ter espaço maior e mais tempo, outros dias da semana. Só quarta, nem todo mundo pode vir na quarta. (S17F)

Muitas vezes não dá tempo de tirar dúvidas. (J118F)

Pouco tempo, poderia ter mais dias na semana. (A18M)

Falta banco pra sentar e o povo não pode entrar. (M14F)

Uma outra questão levantada, para complementar esta avaliação, foi pedir que falassem livremente sobre “o que acham da forma como são conduzidos os grupos”.

As expressões usadas foram: bom, legal, ótimo, maravilhoso, dinâmico, prestativo, dá oportunidade de falar, informativo, responsabilidade e liberal.

Acho legal! É participativo. Ninguém vem obrigado, fala quando quer e sem obrigação. (Ed18F)

Ótimo, cada um fala um pouco, ajuda tirando dúvidas. (D18M)

Nossa! Muita responsabilidade. Não sei, lidam com o grupo como se fosse amigo íntimo e te conhecesse há muito tempo. (S17F)

Muito bom, assim, todo mundo reunido fala, discute sobre o assunto. (R017F)

Bem legal, com espaço para você falar e dizer sua opinião. (We18M)

Neste mesmo sentido os adolescentes foram ouvidos quanto aos sentimentos que são despertados quando da participação no programa. Para tanto, a entrevista incluía a pergunta: *Como você se sente participando do PRAIA?*

Em resposta a esta provocação os sentimentos foram verbalizados em expressões como: ‘bem-estar, informada, liberdade p/ expressar, satisfeita, mais livre, mais disposta a conversar”, entre outras expressões, ou em frases como:

Me sinto bem, muitas coisas são esclarecidas. Coisas que a gente fica com vergonha de perguntar em casa. (A17F)

Me sinto mais aberta para falar as coisas. Converso em casa, mas aqui tem mais liberdade. (Rb17M)

Vem reforçar, vem contribuir para a saúde do adolescente. Me sinto apoiada. (S18F)

Ah! Eu me sinto mais informada, acho bom, à vontade. Minha mãe não esclarece as coisas, eu pergunto pros profissionais e eles me esclarecem. (M14F)

A vinda dos adolescentes ao grupo foi outra variável investigada, porque mesmo sem ter a obrigatoriedade explícita do comparecimento, este é um indicador da resposta que o programa dá às necessidades e demandas apresentadas pelos adolescentes.

Na figura a seguir é apresentado o tempo transcorrido desde que o adolescente veio ao grupo tendo como referência a primeira vez. Esta condição foi posta para investigação tendo em vista que o programa foi implantado há 10 anos, a idade estipulada para a pesquisa foi de 14 a 18 anos, portanto o PRAIA estaria disponível para parte dos entrevistados há pelo menos quatro anos.

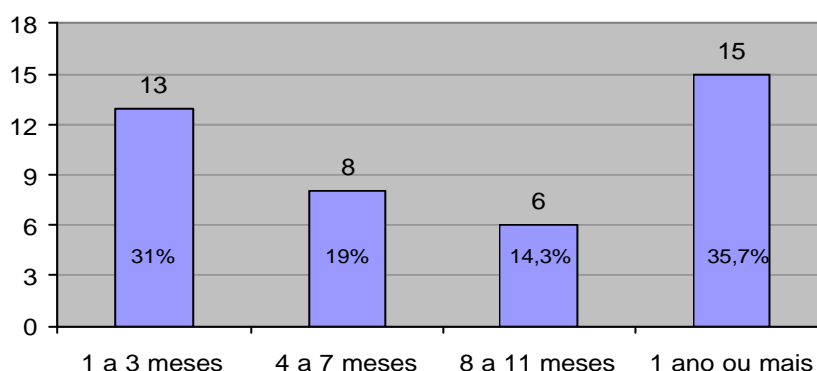


Figura 4.12 Distribuição do tempo de participação no PRAIA-Paranoá/DF – 2005.

Nos dois extremos estão concentrados os maiores percentuais: 13 (31%) dos adolescentes entrevistados estão iniciando agora a sua participação, e 15 (35,7%) participam há mais de um ano.

4.2.8. Sugestões dos adolescentes e profissionais para melhorar o programa

Foi pedido aos adolescentes: *Que sugestões você tem para melhorar o programa?* Uma vez que eles são os atores para os quais todas as ações são direcionadas, ao mesmo tempo em que também dá a direção em razão da participação tanto na escolha quanto nos conteúdos que permeiam as discussões dos grupos.

Na figura a seguir estão descritas as sugestões apresentadas pelos entrevistados.

Figura 4.13 Sugestões para melhorar o PRAIA. Usuários do PRAIA -Paranoá/DF – 2005.

Sugestões	Nº de opiniões
Não deram sugestões	28
Divulgar na comunidade mediante meios de comunicação (panfletos, carro de som, rádio, cartazes)	6
Aumentar o número de reuniões na semana	6
Aumentar a quantidade de dinâmicas de grupo	2
Aumentar discussões sobre doenças	2
Aumentar o espaço físico	1
Ter profissional psicólogo na equipe	2
Ter teatro e passeios	1
Ter caixinha de pergunta para quem tem vergonha de perguntar	1

A mesma pergunta foi feita aos profissionais que executam o programa, cujas verbalizações estão descritas a seguir, observando que as sugestões que se repetiram foram mencionadas apenas uma vez.

Aumentar, o número de encontros de semanais. (P3)

Maior oportunidade de curso para formação dos profissionais e aumento da quantidade de material didático e educativo. (P4)

Melhora de toda estrutura física e mais espaço para atendimento, parcerias e comprometimento da instituição. (P5)

Aumento da carga horária e dedicação ao programa. (P6)

A nível de secretária oferecer mais condições materiais como móveis e material educativo e formação, a nível local mais pessoas na equipe, planeamento das ações voltadas à escola e à família. (P7)

5 Considerações finais

Realizar este estudo possibilitou uma maior compreensão sobre do Programa de Atenção Integral da Saúde do Adolescente – PRAIA desenvolvido na Unidade Básica do Paranoá, caminho imprescindível para a avaliação do processo do atendimento ao adolescente.

Ao optar pela avaliação do processo, buscou-se, por meio de um olhar externo aos envolvidos diretamente no trabalho, visualizar como o PRAIA -Paranoá tem desenvolvido suas ações, analisar sob essa ótica, os revelados na pesquisa, produzir um documento que possa ser objeto de reflexão, conhecimento e, se pertinente, de produção de mudanças.

Para a construção dessa trajetória partiu-se do princípio de que a adolescência é a fase da vida que influencia sobremaneira a entrada para a maturidade e tomadas de decisões futuras e que o Paranoá, por ser uma área de risco, programas de atenção a esta população, têm a função de proteção, com abrangência que vai além da geração em que a adolescência é vivida.

Outro fator considerado no estudo em questão é a manutenção por uma década de um espaço aberto, para que na medida da necessidade e do conflito vivenciado, o adolescente possa buscar ajuda. Esta premissa, a primeira vista, é conflitante com as propostas usuais de um programa executado de um serviço de saúde, cujo paradigma, na maioria das vezes, se pauta em uma organização preconcebida de um atendimento, que inicia com uma agenda preestabelecida e termina com alta/encaminhamento ou reagendamento.

O PRAIA-Paranoá foi criado em torno de quatro anos após a institucionalização do programa no Distrito Federal, dentro da estrutura organizacional da SES. Atualmente não há clareza de metas a serem cumpridas pelos profissionais que o executam em nível local e não foi identificado nenhum documento com revisão do projeto original em nível da SES. Também não foi identificado indícios que o projeto original do PRAIA, após sua institucionalização, tivesse sido de conhecimento ou discutido com as equipes que compõem o serviço.

A falta de definição clara de metas a serem alcançadas e o não-estabelecimento de parâmetros de avaliação limitaram a identificação dos resultados alcançados pelas ações do PRAIA.

Não foi encontrada referência de trabalho anterior sobre a avaliação de processo a cerca do PRAIA.

O Projeto Multisetorial Integrado de Educação em População, Sexualidade e Saúde Reprodutiva da Adolescência, desenvolvido pelo Fundo de População das Nações Unidas – FNUAP e executado pelo Governo do Distrito Federal no Paranoá. Em uma ação conjunta com a CODEPLAN, Secretaria de Educação e Secretaria de Saúde – PRAIA, não alcançou o objetivo de institucionalizar a integração de ações em longo prazo, mais ainda hoje há uma vertente assistencial que se mantém desde a sua criação: a sexualidade e a saúde reprodutiva. Embora esta questão seja praticamente central nas ações do programa, a construção do significado da sexualidade, como ela é entendida e vivenciada pelos adolescentes, ainda carece de atenção diferenciada por parte da equipe.

Foram encontradas, no decorrer dessa pesquisa, limitações e dificuldades para o atendimento ao adolescente, provavelmente comum a outros serviços públicos: estrutura física (falta de bancos e local pouco arejado), pouca disponibilidade de tempo dos profissionais (dedicam apenas parte de sua carga horária ao PRAIA), deficiência no sistema de referência e contra-referência na rede pública de saúde, manutenção da frequência regular dos integrante do grupo.

Apesar das limitações e dificuldades encontradas e dentro das possibilidades que o serviço oferece, os profissionais buscam conhecimento teórico para fundamentarem o atendimento desenvolvido. As experiências do dia a dia, o respeito às diferenças, as dificuldades impostas pelas condições de trabalho deram a este grupo de profissionais um jeito peculiar de desenvolver as atividades em equipe, de ir em busca de melhorias que reflitam no atendimento, de continuar a acolher os adolescentes que buscam o programa e, de certa forma, superar obstáculos e dificuldades que poderiam ser usados como barreiras. Este movimento fez com que o PRAIA se estabelecesse e também fosse legitimado nesta comunidade, tendo conquistado o espaço especialmente nas áreas da assistência e educação em saúde e que, mesmo priorizando as questões relativas à sexualidade permitiu o reconhecimento da adolescência como uma questão peculiar.

Este estudo permitiu identificar que as características dos adolescentes são semelhantes às descritas na literatura, mas indica que alguns temas merecem ser aprofundados: a cobertura feita, não na perspectiva do número grande de adolescentes que ficam sem atendimento, mas do produto dos que são atendidos as

razões que levaram a busca e a inserção no programa e se indicador para esta busca, para que se tenha uma visão mais clara de estratégias a serem empregadas.

Um outro elemento a ser reportado, e que deve também ser objeto de aprofundamento pela equipe de atendimento, se refere à proposição ao envolvimento mais amplo de outros atores no programa como famílias, escola e outros segmentos da comunidade. Esta proposição foi feita desde a gênese do programa tanto no nível nacional (PROSAD), quanto no PRAIA-DF, mas que por razões não clareadas neste estudo não se fizeram presentes no Paranoá.

Todas estas ações vêm acompanhadas da necessidade de subsidiar a equipe a ter um planejamento de trabalho que albergue estas ponderações feitas e também a capacite para o desenvolvimento das estratégias traçadas.

Atualmente o programa de adolescente integra o organograma da Secretaria Estadual de Saúde, mas este fato não significa que tenha uma estrutura para seu desenvolvimento, com planejamento de execução e expansão programadas, quadro de pessoal definido e rubrica no orçamento para seu desenvolvimento. Esta política pode até não ser definidora da ação, como não o é no Paranoá, mas com certeza, a eficiência das ações, é muito reduzida, se depender quase que exclusivamente do empenho dos profissionais.

Por fim, acreditamos que apesar do PRAIA-Paranoá representar uma pequena parte de uma rede de assistência, com pouca estruturação, tem desenvolvido um papel fundamental para os adolescentes do Paranoá que o procuram.

Esperamos que este trabalho possa tornar visível a complexidade que envolve o atendimento ao adolescente, e auxilie a equipe a aproximar a assistência prestada, cada vez mais, às aspirações da própria equipe.

Referências bibliográficas

ABERASTURY, A; KNOBEL, M. **Adolescência Normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

AGUILAR, M J; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

ANDRADE, S. **Educação de pares, educação em rede: uma abordagem para a prevenção das DST/HIV/SIDA nas escolas**. Brasília: Fabio Resck, 2003, 88 p.

ANDRÉ, M.E.D.A. Texto, contexto e significados: algumas questões na análise de dados qualitativos. **Cadernos de pesquisa**, São Paulo (45), 66-71, maio 1983.

ÁRIES, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1973, 279 p.

ÁVILA, G.I.G. **Políticas públicas e programas de saúde para o adolescente latino-americano: a enfermagem nos casos de Brasil e Colômbia**. 1999. Tese (doutorado em enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: ed. 70, 1977.

BELLONI, I; MAGALHÃES, H.; SOUZA, L.C. **Metodologia de avaliação em políticas públicas**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

BRASIL. **Constituição Federal**. República Federativa do Brasil: Vértice, Brasília, 1988.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal 8.069 de 13/07/90. 1990.

BRASIL. Comissão Nacional de ética em pesquisa. Conselho Nacional de Saúde (BR), Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução 196**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do adolescente. **Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas**. 2º edição. Brasília; Ministério da saúde, 1996.

BRASIL. **Promoção da saúde**: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sudsvall, Declaração de Santa-fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e Jovem. **Marco teórico e referencial saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília, 2004. MIMEO.

BRASIL, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, **Lei 10.826/2003**, disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.826.htm > Acesso em: 23 maio 2006.

BRASIL. Ministério da educação. **Lei de diretrizes e base da educação**, Lei 9.394/1996. Disponível em: < <http://www.mec.gov.br> >. Acesso em: 12 maio 2006.

BRODSKY, J. **Passagem para a fase adulta**. São Paulo: Bless gráfica, editora e comunicações, 1997.

CHAMPAGNE et al. Cadre conceptuel à l'évaluation des programmes de santé. Rev. Epidemiologie et Santé Publique, 33(1985), apud AGUILAR, M. J. e ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

CODEPLAN, Companhia do Desenvolvimento do Planalto Central. **Índices de desenvolvimento humano no Distrito Federal**. Brasília:CODEPLAN, 2003

CONTANDRIOPOULOS, AP. e col. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos, in HARTZ, Z.M.A. (org.) **Avaliação em saúde: dos métodos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

COYLE, S.L; BORUCH,R.F;TURNER,C.F. (eds) **Evaluating aids prevention programs: expanded edition**. Washington: National Academy Press, 1991. 376 p.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação , in MINAYO, M.C.S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**.3º ed. Petrópolis,RJ: Vozes, 1994.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção, in: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M.(org.). **Promoção da saúde conceitos, reflexões e tendências**. Fiocruz, 2003.

DATASUS, **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: < <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php> >. Acesso: em 13 maio 2006.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de saúde pública**. v.13, n. 1, Rio de Janeiro. jan/mar, 1997.

DIAS, A.C.G. & GOMES, W.B. Conversas, em família, sobre sexualidade e gravidez na adolescência: percepção das jovens gestantes. **Rev. Psicologia: reflexão e crítica**. Porto Alegre. v.13, n.1, 2000.

DISTRITO FEDERAL. GOVERNO DO DF. Secretaria de saúde, Fundação Hospitalar do Distrito Federal, Departamento de recursos Médicos Assistenciais, Núcleo Normativo Saúde da Comunidade, Coordenação Saúde do Adolescente. **Programa de Atenção Integral ao Adolescente (PRAIA)**. Mimeografado, Brasília, maio de 1991.

DISTRITO FEDERAL. Fundação Hospitalar do DF. **Relatório do Programa Integral ao Adolescente**. Mimeografado. 14 de dezembro de 1992.

DISTRITO FEDERAL. **Projeto multissetorial integrado de educação em população, sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência; relatório de pesquisa no Paranoá/** Governo de Distrito Federal; Fundo de população das Nações Unidas – Brasília: s.n., 1996.

DISTRITO FEDERAL. Governo do Distrito Federal, Secretaria de Governo, Secretaria de Educação, Secretaria de Saúde, Fundo de População das Nações Unidas-FNUAP. **Projeto Multissetorial Integrado de Educação em População, Sexualidade e Saúde Reprodutiva na Adolescência (BRA/94/P06)**. Brasília, 1998.

DISTRITO FEDERAL. Governo do Distrito Federal, Secretaria de Estado de Saúde, Subsecretaria de Planejamento e Políticas de Saúde, Diretoria de Planejamento. **Estrutura Orgânica Central da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Decreto n. 21.744**, de 31 de agosto de 2000.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Desenvolvimento urbano e Habitação. **Aspectos da população e situação dos domicílios no Distrito Federal**. Brasília: GDF, 2004.

DISTRITO FEDERAL. **Patrimônio nas Ruas – Paranoá**. Disponível em: < <http://www.delpha.df.gov.br> >. Acesso em: 26 dez.2005.

DISTRITO FEDERAL. **Anuário Estatístico do Distrito Federal** /Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Habitação – Brasília, SEDUH, CDU-31(817.4)(05), 2005.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do DF, **Dados estatísticos de serviços médico-hospitalares**. Disponível em: < <http://www.saude.df.gov.br> >. Acesso em: 12 abril 2006.

DONAS S.. Marco epidemiológico conceptual da la salud integral Del adolescente. Adolescência y salud, terceira antologia, Programa de atención integral Del adolescente cajá constarricense de seguro social, San José, Costa Rica, 1991. Apud SANTOS JUNIOR, J.D. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**, Ministério da saúde, Secretaria de políticas da saúde, Brasília, 1999.

ERIKSON, E.H. **Identidade, juventude e crise**, 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

ERIKSON, E.H. **Infância e sociedade**, 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

ESCODA, M.S.Q.; LIMA, M.F. **Saúde, sociedade e governo**. Texto apresentado às etapas municipais e estadual – RN, da IX Conferência Nacional de Saúde, mimeografado, 1992.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), **Pesquisa nacional de demografia e saúde** – 1996. Rio de Janeiro: Departamento de Estatística e Indicadores sociais, 1996.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), Diretoria de Pesquisa, Coordenação de Trabalho e Rendimento, **Censo Demográfico 2000**. Anuário estatístico do Brasil 2000 Departamento de estatísticas e indicadores sociais. Distrito Federal. 2001.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), Diretoria de Pesquisa, Coordenação de Trabalho e Rendimento, **Pesquisa nacional por amostra de domicílios, 2002.**

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira.** 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

JAMES, G. Evaluating in Public Health Practice. In: Shulberg et al., 1969. Apud AGUILAR, M. J. e ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais.** Petrópolis: Vozes, 1994.

JEOLÁS, L.S.; et al. Relatos do projeto juventude e sexualidade e saúde: como abordar a sexualidade em sala de aula. **Revista Estação** – ano 3, ed. n.4, Universidade Estadual de Londrina, dezembro de 2005.

JORGE, E. **Experiência constituinte e implicações no município de São Paulo.** Secretário Municipal de Saúde de São Paulo – Brasil, Encontro Ítalo-Brasileiro 18-21 junho de 1989. Mimeografado.

MERCADO-MARTINEZ, F.J. **O processo de análise qualitativa dos dados na investigação sobre serviços de saúde.** In: BOSI & MERCADO-MARTINEZ, Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes, 2004.

MINAYO-GOMES, C; MEIRELES, Z.V.. Crianças e adolescentes trabalhadores: um compromisso para a saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**, v.13, supl. 02. RJ, P.135-140, 1997.

MIRANDA, M.I. F; FERRIANI, M.G.C. **Políticas públicas sociais para crianças e adolescentes** - Goiânia: AB, 2001.

MUZA, G.M., **Alcoolismo e drogadição na adolescência: historia de vida.** Tese de doutorado. USP. Ribeirão Preto, 1991.

MULLER, R.C.L; BARROS FILHO, A.A. Considerações e reflexões sobre a atenção à saúde do adolescente. **Rev. Brás. Saúde Esc.** , 4 (1/2) p. 31-40, 1996.

NAVARRO, A. L. **O direito à saúde do adolescente: uma avaliação das políticas públicas.** Dissertação. Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2001.

ORGANIZACAO MUNDIAL DE SAÚDE. **Problemas de saúde da adolescência**. Genebra, 1965. (OMS – ser. Inf. Técn., 308).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde reprodutiva de adolescentes: uma estratégia para ação**. OMS/FNUAP/UNICEF. Genebra, 1989.

ORGANIZACAO PANAMERICANA DE SAUDE – OMS. **Estratégias de gestão para o trabalho da repartição sanitária pan-americana no período de 2003-2007**, 44º Conselho Diretor, 55º sessão do Comitê Regional. Washington, DC, EUA, 22-26 setembro de 2003.

PEDROSA, J. I.S. **Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional**. *Ciência & saúde coletiva*, 9(3): 617-626, 2004.

PELAEZ, N.C.M. **A música do nosso tempo: etnografia de um universo musical de adolescente**. 2005. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

PENSO, M.A; GUSMÃO, M.M.; RAMOS, M.E.C. Oficina de idéias :uma experiência precursora com adolescentes em conflito com a lei pelo envolvimento com drogas. In: SUDBRACK, M.F.O. et al. **Adolescentes e drogas no contexto da justiça**. Brasília: Plano Editora, 2003.

PEREIRA, L. L. **Direitos sexuais: Dialogando com adolescentes e profissionais de saúde**. 2005. Dissertação (mestrado em Política social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

PEREZ, O.C. O atendimento aos meninos (as) de rua no centro de São Paulo. **Revista da UFG**, vol.5, n. 2, Goiânia. dez. 2003.

PINHEIRO, R. **Integralidade e prática**. Disponível em: < [http:// www.lappis.org.br](http://www.lappis.org.br). >. Acesso em: 20 maio 2006.

POTVIN, L., PhD em Community Health, Departamento of social medicine of University of Montreal. **V Congresso Brasileiro de Epidemiologia**. Relatório, Oficina: “Pesquisa avaliativa em Promoção de saúde e desenvolvimento comunitário”. Curitiba-PR, 23 a 24 de março de 2002. Disponível em: < [http:// www.abrasco.org.br](http://www.abrasco.org.br). >. Acesso em: 16 jun 2005.

RODRIGUES, K.H.; WRIGHT, M.G.M. MAHAJAN; W.P. A enfermagem no projeto de cooperação educacional vila Paranoá. **Revista Brasileira de Enfermagem**, RS, 36: 183-192, 1983.

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO.

Bahia disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br>>.

Rio de Janeiro disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br>>.

Mato Grosso do Sul disponível em: <<http://www.pmcg.ms.gov.br>>.

São Paulo disponível em: <<http://www.olimpia.sp.gov.br>>.

Paraíba disponível em: <<http://www.saude.pb.gov.br>>.

Amazonas disponível em: <<http://www.saude.am.gov.br>>. Acesso em: 30 maio 2006.

SESSIONS, G. **Avaliação em HIV/AIDS: uma perspectiva internacional**. Coleção ABIA, Fundamentos de avaliação, n. 2. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Rio de Janeiro, 2000.

SILVA, A. L; PADILHA, M. I. C.S.; BORENSTEIN, M.S. Imagem e identidade profissional na construção do conhecimento em enfermagem. **Revista latino-americana de enfermagem**, v.10, n. 4, Ribeirão Preto, jul/aug, 2002.

SOARES, C.B; ÀVILA, L.K.; SALVETTI, M.G. Necessidades (de saúde) de adolescentes do D. A. Raposo Tavares, SP, referidas à família, escola e bairro. São Paulo: **Rev. Brás. Crescimento desenvolvimento humano**, v.10, n. 2, p.19-34, 2000.

SPÓSITO, M. Cidades Saudáveis. **Revista Radis**, v.19, p.25, Rio de Janeiro, 2000.

TANAKA, O.Y. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

TIBA, I., **Adolescência: o despertar do sexo** – um guia para entender o desenvolvimento sexual e afetivo nas novas gerações. São Paulo: Editora Gente, 1994.

UCHIMURA, K. Y; BOSI, M. L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. In: **Caderno de saúde Pública**, 18(6): 1561-1569, nov.-dez., Rio de Janeiro, 2002.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Relatório da Situação da Adolescência Brasileira**, Brasília, 2003.

VERONESE, J. R. P. **Temas de direito da criança e do adolescente**. São Paulo: Ltr editora Ltda,1997.

WAISELFISZ, J. J. et al. **Relatório de desenvolvimento juvenil – 2003**. Brasília: UNESCO, 2004.

WHO (World Health Organization) **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents. WHO. Genebra, 1946.

WHO.**World Health Organization. World health statistics annual – 1996**. Genebra: WHO, 1996.

WONG, D.L. **Enfermagem pediátrica -elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5 ed. Guanabara Koogan, 1999.

APÊNDICE

APÊNDICE – A

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PESQUISA: ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE: ANÁLISE DO TRABALHO DESENVOLVIDO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO PARANOÁ-DF.

Entrevista individual com gestores

1. Fale sobre a implantação do PRAIA no DF.
2. Essa implantação obedece a um cronograma?
3. Existem metas específicas estabelecidas?
4. Atualmente, o PRAIA permanece dentro da mesma estrutura organizacional?
5. Hoje em dia os objetivos do PRAIA são iguais do plano original ?
6. Se houve mudanças, em que área e porque mudou?
7. Você pode fornecer dados estatísticos sobre o programa?
8. E sobre a equipe de trabalho, ocorre qualificação para o atendimento?
9. Qual a rotatividade da equipe?
10. Como você avalia o funcionamento do PRAIA no DF(no Paranoá) ?
11. O programa está atraindo numero suficiente de adolescentes?
12. Existem diferenças entre os membros da equipe em relação ao esforço dispendido?
13. A carga de trabalho da equipe está de acordo com aquela previamente planejada?
14. Existe um processo de avaliação?
15. Que sugestões você daria para melhorar o programa?

APÊNDICE – B

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PESQUISA: ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE: ANÁLISE DO TRABALHO DESENVOLVIDO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO PARANOÁ-DF.

Entrevista individual com Profissionais da equipe do PRAIA – Paranoá

1. Qual sua profissão? _____
2. Qual sua idade _____
3. Sexo: () Masculino () Feminino
4. Qual o seu papel neste programa? _____
5. Favor caracterizar o objetivo do programa. _____
6. Como as atividades desenvolvidas se relacionam com o objetivo do programa? _____
7. Quanto tempo de trabalho com adolescente no PRAIA? _____
8. Você teve alguma orientação quanto ao assunto (adolescência) antes de começar a desempenhar atividades no PRAIA ?
() Sim () Não
9. Se a resposta for SIM na questão anterior, em que momento foi esta orientação:
() Durante a profissionalização () Palestras
() Encontros educativos () Especialização
() Outros
10. Você se sente satisfeito com sua participação profissional no PRAIA?
() Sim () Não
11. Se você respondeu NÃO, a questão anterior: O que tem influenciado negativamente sua participação:
() Salário () Condições de trabalho () Falta de estudo na área
() Equipe () Outros
12. No PRAIA, qual o sentimento que permeia entre o grupo de adolescentes e os profissionais? _____
13. Algum adolescente participante do PRAIA, já pediu sua ajuda ou conselho?
() sempre () Com frequência
() algumas vezes () raramente () Nunca

14. Se ele o procurou, você pôde ajudá-lo?

() Sim () Não

15. Quais os interesses/demandas/problemas dos adolescentes que procuram o PRAIA? _____

16. Como os adolescentes reagem às atividades desenvolvidas?

17. Fale sobre a participação e freqüência dos jovens no programa?

18. O programa está atraindo um numero suficiente de adolescentes?

19. Os adolescentes são representativos da população-alvo?

20. Quanto esforço a equipe faz para contatar os adolescentes?

21. A carga de trabalho da equipe está de acordo com aquela previamente planejada? _____

22. Que sugestões você daria para melhorar o programa?

APÊNDICE - C

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PESQUISA: ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE: ANÁLISE DO TRABALHO DESENVOLVIDO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO PARANOÁ-DF.

Entrevista individual com os adolescentes

1. Qual a sua idade? _____
2. Sexo: Masculino () Feminino ()
3. Você trabalha? () Sim () Não
4. Qual sua escolaridade?
 - () < 8º serie do Ensino fundamental () 8º serie do Ensino fundamental
 - () < 3º ano do Ensino médio () 3º ano do Ensino médio
5. Qual a escolaridade de seus pais?

6. Quantas pessoas você tem na família (morando na mesma casa)?

7. Qual(is) eletrodoméstico(s) que você tem em casa:
 - () máquina de lavar () Televisão
 - () geladeira () microcomputador
 - () Som
8. Você fala com seus pais sobre o que ouviu no PRAIA ?
 - () Sim () Não

9. Como você teve conhecimento do PRAIA ?
 - () profissionais de saúde () conselho tutelar
 - () amigo () outros
 - () escola
8. Como é sua freqüência no PRAIA?
 - () Livre () obrigado
9. Há quanto tempo você veio ao PRAIA, pela primeira vez?
 - () 1 a 3 meses () 4 a 7 meses () 8 a 11 meses () 1 ano ou mais
10. Com que freqüência você participou do PRAIA, no ultimo mês?
 - () 1 () 2 () 3 () 4
11. Como se sente participando do programa PRAIA?

12. Você tem espaço/oportunidade para colocar suas idéias no PRAIA?
() Sim () Não
13. Você tem acesso, sempre que busca, aos profissionais que participam do PRAIA?
() Sempre () Algumas vezes
() raramente () Nunca
14. Você tem confiado seus problemas referentes ao processo da adolescência aos profissionais do PRAIA?
() Sim () Não
15. Qual problema de saúde apresentado nos últimos 6 meses?

16. Dos serviços oferecidos pelo Centro de saúde, qual você utilizou nestes últimos 6 meses?
() consulta com ginecologista () Consulta na Clinica médica
17. Qual o problema mais importante que tem enfrentado no seu cotidiano hoje?
18. O que você esperava encontrar no PRAIA?
19. Qual sua expectativa em relação ao futuro?
20. Qual o tema discutido que mais agradou ?
21. Qual o tema que menos agradou?
22. Qual assunto você gostaria que fosse discutido aqui?
23. Quais os pontos positivos?
24. Quais os pontos negativos?
25. Que sugestão você tem para melhorar o programa?

APÊNDICE - D

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PESQUISA: ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE: ANÁLISE DO TRABALHO DESENVOLVIDO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO PARANOÁ- DF.

Entrevista individual com o Informante-chave

1. Fale sobre o processo de implantação do serviço de adolescentes no DF, em especial do PRAIA.
2. Como foi a implantação do PRAIA no Paranoá ?
3. Como você se envolveu nessa temática?
4. Quais foram as diretrizes que nortearam o Programa? Foi o PROSAD?
5. Como você vê, existe um trabalho integrado entre os programas?
6. Em termos de avaliação, o que existe atualmente?
Você tem sugestões para o Programa? Precisa de mudanças?

APÊNDICE - E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para os adolescentes

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em um projeto de pesquisa, intitulado “Atenção à Saúde do Adolescente: análise do trabalho desenvolvido na Unidade Básica de Saúde do Paranoá – DF”, sob coordenação da pesquisadora Ana Socorro de Moura, aluna de mestrado do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Assim, solicito sua colaboração no sentido de participar desta investigação e necessito de sua autorização para gravá-la, o que poderá ser feito mediante assinatura deste termo de consentimento. Farei uma breve exposição sobre a pesquisa e os direitos do participante.

A saúde dos adolescentes e jovens brasileiros pode ser considerada uma das mais importantes demandas em termos de políticas públicas. O Sistema Único de Saúde vem buscando implantar um modelo de atenção à saúde do adolescente onde todos os jovens brasileiros possam ser cuidados perto de suas residências de forma humanizada. Este modelo preconiza que os serviços de saúde tenham a responsabilidade social de resolver de forma oportuna, resolutiva, contínua e democrática as situações de agravos, na perspectiva da saúde, como fonte de riqueza da vida.

Considerando que no Distrito Federal, este programa se configura no programa denominado PRAIA (Programa de Atenção a Saúde do Adolescente), buscamos nesta pesquisa, compreender o trabalho desenvolvido por este programa no Centro de Saúde do Paranoá, na perspectiva de analisar vários elementos desse processo, de acordo com os seguintes **objetivos**:

- Descrever os recursos físicos e humanos disponíveis para o programa;
- Descrever o perfil socioeconômico e os riscos de saúde dos adolescentes atendidos nesse programa, bem como a percepção que os mesmos têm acerca do programa;
- Descrever as atividades desenvolvidas, analisando a dinâmica do trabalho e sua finalidade e como se dá a complementaridade entre as diversas atividades.

Recurso previsto para a realização da entrevista: Roteiro para condução do grupo focal e gravador.

Direitos do Entrevistado:

1. Você poderá desistir a qualquer momento da pesquisa e a negativa em participar não implicará em sanções na sua participação no Programa.
2. Você tem garantia de receber resposta a qualquer dúvida, esclarecimento ou pergunta sobre os procedimentos relacionados com a pesquisa, de receber informações atualizadas pelo pesquisador durante o estudo e sempre que solicitada.
3. Você tem garantia de que não contará nenhuma identificação pessoal e que as informações são sigilosas.

O Termo de Consentimento livre e Esclarecido para a realização da pesquisa deverá ser assinado pelo pai ou pela mãe ou pelo responsável, quando o adolescente for menor de 18 anos de idade.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações acima, **declaro que tenho ciência do exposto, desejo participar como sujeito da pesquisa.**

Nome do participante

Assinatura do responsável

Brasília, ____ de _____ de 2005

Ana Socorro de Moura -pesquisadora

Se a qualquer momento você tenha qualquer preocupação sobre esta pesquisa, ou se você quiser simplesmente informações adicionais, por favor, contate: Pesquisadora: Ana Socorro de Moura, Telefone nº.: 00000000

Comitê de Ética da Secretaria de Saúde, telefone nº. 325-4955.

APÊNDICE – F

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para os gestores e profissionais

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em um projeto de pesquisa, intitulado “Atenção à Saúde do Adolescente: análise do trabalho desenvolvido na Unidade Básica de Saúde do Paranoá – DF”, sob coordenação da pesquisadora Ana Socorro de Moura, aluna de mestrado do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Assim, solicito sua colaboração no sentido de participar desta investigação e necessito de sua autorização para gravá-la, o que poderá ser feito mediante assinatura deste termo de consentimento. Farei uma breve exposição sobre a pesquisa e os direitos do participante.

A saúde dos adolescentes e jovens brasileiros pode ser considerada uma das mais importantes demandas em termos de políticas públicas. O Sistema Único de Saúde vem buscando implantar um modelo de atenção à saúde do adolescente onde todos os jovens brasileiros possam ser cuidados perto de suas residências de forma humanizada. Este modelo preconiza que os serviços de saúde tenham a responsabilidade social de resolver de forma oportuna, resolutiva, contínua e democrática as situações de agravos, na perspectiva da saúde, como fonte de riqueza da vida.

Considerando que no Distrito Federal, este programa se configura no programa denominado PRAIA (Programa de Atenção a Saúde do Adolescente), buscamos nesta pesquisa, compreender o trabalho desenvolvido por este programa no Centro de Saúde do Paranoá, na perspectiva de analisar vários elementos desse processo, de acordo com os seguintes **objetivos**:

- Descrever os recursos físicos e humanos disponíveis para o programa;
- Descrever o perfil socioeconômico e os riscos de saúde dos adolescentes atendidos nesse programa, bem como a percepção que os mesmos têm acerca do programa;
- Descrever as atividades desenvolvidas, analisando a dinâmica do trabalho e sua finalidade e como se dá a complementaridade entre as diversas atividades.

Recurso previsto para a realização da entrevista: Roteiro para condução do grupo focal e gravador.

Direitos do Entrevistado:

4. Você poderá desistir a qualquer momento da pesquisa e a negativa em participar não implicará em sanções na sua participação no Programa.
5. Você tem garantia de receber resposta a qualquer dúvida, esclarecimento ou pergunta sobre os procedimentos relacionados com a pesquisa, de receber informações atualizadas pelo pesquisador durante o estudo e sempre que solicitada.
6. Você tem garantia de que não contará nenhuma identificação pessoal e que as informações são sigilosas.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações acima, **declaro que tenho ciência do exposto, desejo participar como sujeito da pesquisa.**

Nome do participante

Brasília, ____ de _____ de 2005

Ana Socorro de Moura -pesquisadora

Se a qualquer momento você tenha qualquer preocupação sobre esta pesquisa, ou se você quiser simplesmente informações adicionais, por favor, contate: Pesquisadora: Ana Socorro de Moura, Telefone nº.: 0000-0000

Comitê de Ética da Secretaria de Saúde, telefone nº. 325-4955.

ANEXOS

ANEXO – A



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER Nº 100/2005

Processo Nº: 072/05

Projeto de Pesquisa: Atenção à saúde do adolescente: análise do trabalho desenvolvido na Unidade Básica do Paranoá-DF

Data de Entrada: 27/5/2005

Pesquisador Responsável: Ana Socorro de Moura

Instituição Pesquisada: SES-DF Centro de Saúde nº 1 do Paranoá-DF

Área Temática Especial: Grupo III (não Pertencente a área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 8/8/2007.

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifestou-se pela **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa proposto.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar a este Comitê relatórios parciais e final, além de notificação de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 8 de agosto de 2005.

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

Brasília – Patrimônio Cultural da Humanidade

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa

Fone: 325-4955 - Fone/Fax: 326-0119 - e-mail: cepesodf@saude.df.gov.br
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP.: 70.710-904