

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

KEILA CRISTINE ARIMURA

**A REESTRUTURAÇÃO DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE
DO ADOLESCENTE: UMA NOVA DEMANDA?**


Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 021 121 09

FLORIANÓPOLIS

2004/2

KEILA CRISTINE ARIMURA

**A REESTRUTURAÇÃO DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO
ADOLESCENTE: UMA NOVA DEMANDA?**

Trabalho de conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Departamento de Serviço Social

Centro Sócio-Econômico

Universidade Federal de Santa Catarina


Orientadora: Prof^a. Ms. Elizabeth Callado de Oliveira Carreirão.

FLORIANÓPOLIS
2004/2

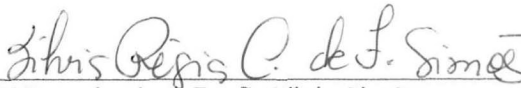
KEILA CRISTINE ARIMURA

**O A REESTRUTURAÇÃO DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO
ADOLESCENTE: UMA NOVA DEMANDA?**

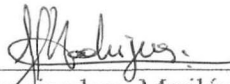
Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.



Orientadora: Prof^ª. Ms. Elizabeth Callado de Oliveira Carreirão
Departamento de Serviço social – UFSC
Presidente



1^ª Examinadora: Prof^ª. Sílvia Simões
Departamento de Serviço Social - UFSC



2^ª Examinadora: Mariléa Moretti Rodrigues
Assistente Social – Centro de Referência em Saúde do adolescente

Florianópolis, dezembro, 2004.

DEDICATÓRIA

Pela simples razão de existir, dedico este trabalho aos usuários atendidos no Centro de Referência em Saúde do Adolescente.

AGRADECIMENTOS

Hoje, nesta etapa final, torna-se imprescindível manifestar minha gratidão àquelas pessoas que tornaram meu dia-a-dia mais *colorido*, nesses quatro anos de caminhada durante o percurso da academia. Assim, agradeço com toda minha consideração:

À *Universidade Federal de Santa Catarina*, por promover minha formação profissional.

A *Deus*, que sempre esteve presente nas minhas decisões e me iluminou nos momentos mais importantes da minha vida.

À professora *Beth*, pelo saber compartilhado, profissionalismo, dedicação, e idéias edificadoras, que tomaram esse trabalho mais rico e especial.

Aos meus pais, *Roberto e Sônia*, que sempre me incentivaram com muito amor e dedicação, impulsionando-me a acreditar nos meus sonhos e a lutar fielmente por eles.

Às minhas irmãs *Cássia e Gisele*, que com carinho, amor e união, demonstraram confiança, não deixando que o desânimo influenciasse nos meus propósitos e que mesmo distantes, sempre se mostraram muito presentes. Amo vocês!

Ao *Ricardo*, por todo amor, carinho e companheirismo dispensados durante todos os momentos da minha vida. Tristezas e vitórias você soube compartilhar, por isso saiba que essa conquista também é sua!

Às minhas queridas amigas (irmãs) do peito, *Fabi e Mari* que cada uma com a sua maneira fizeram meus dias de aula mais felizes e especiais. Obrigada pelos momentos maravilhosos, que se iniciaram na faculdade, mas tenho a certeza que perdurarão por muito, mas muito tempo. Adoro vocês!

Às amigas de estágio e bagunça, *Angelita e Leticia* que souberam compartilhar as dificuldades e as alegrias dos meses inesquecíveis do estágio.

À carinhosa *Juliana*, que me ajudou com inteira disposição, na análise dos prontuários e no levantamento dos dados.

A todos os *profissionais do Centro de Referência em Saúde do Adolescente*, pelo profissionalismo e amizade que souberam transmitir a mim, durante todo o período de estágio.

Às *colegas da turma* que através da união, souberam compartilhar os momentos de preocupação, aprendizagem, desânimo, alegrias e conquistas, para cada uma de vocês meu muito obrigada!

À inesquecível *Lore*, pela amizade que nem mesmo a distância soube apagar, e as saudades só fizeram fortalece-la.

Enfim, a todos aqueles que direta ou indiretamente, se fizeram presentes nesses anos de muita luta e grandes conquistas...

Minha eterna gratidão!

ARIMURA, Keila Cristine. **A Reestruturação do Centro de Referência em Saúde do Adolescente: uma nova demanda?** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

RESUMO

O presente trabalho analisa as novas demandas que surgiram no campo de atuação do Serviço Social no Centro de Referência em Saúde do Adolescente, a partir de sua reestruturação partindo do nível de atenção básica no município, para o nível de média complexidade instaurada pelas normatizações do Sistema Único de Saúde. Reflete-se sobre as conseqüências que essa modificação trouxe ao usuário da instituição, e em que nível elas articulam alterações no campo das demandas. Para tanto, utiliza-se um estudo comparativo entre o período anterior ao processo de reestruturação, que teve sua demanda traçada em 1998, e posterior problematizada no ano de 2004. O público alvo analisado na pesquisa se concentrou em adolescentes de 10 a 19 anos atendidos pela instituição durante o período de março a julho de 2004, delineado pelo percurso de estágio da acadêmica. Para uma melhor compreensão contextual e construtiva, destaca-se o resgate histórico dos movimentos sociais que originaram em três grandes conquistas: A Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde e o Estatuto da Criança e do Adolescente, que traz consigo a doutrina da proteção integral. Nesta perspectiva apresenta-se a implementação de Programas para Adolescentes a nível nacional, no Estado de Santa Catarina, e mais especificamente no município de Florianópolis, destacando as peculiaridades vivenciadas em cada momento histórico.

Palavras-chave: Saúde, Estatuto da Criança e do Adolescente, reestruturação, novas demandas e Serviço Social.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número e porcentagem dos adolescentes de acordo com a sua procedência.....	55
Tabela 2: Número e porcentagem de adolescentes de acordo com a procura.....	57
Tabela 3: Número e porcentagem de adolescentes, referentes aos motivos da sua procura.....	58
Tabela 4: Número e porcentagem de adolescentes, conforme a instituição responsável pelo seu encaminhamento.....	61
Tabela 5: Número e porcentagem de adolescentes, referentes aos motivos que levaram ao seu encaminhamento.....	62
Tabela 6: Número e porcentagem de adolescentes de acordo com as situações problemas encontradas.....	64

O momento em que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia a dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários. (IAMAMOTO, 1997).

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E O DIREITO DO ADOLESCENTE – DIREITO À SAÚDE	14
1.1 O Movimento da Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde	14
1.2 O Estatuto da Criança e do Adolescente e o direito à Saúde.....	24
2 A IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS PARA ADOLESCENTES NO BRASIL...32	
2.1 O programa de atenção à saúde do adolescente em âmbito nacional	32
2.2 A Implantação do Programa Saúde do Adolescente no Estado de Santa Catarina (PROSAD/SC).....	37
2.3 O Centro de Referência em Saúde do Adolescente.....	42
3 AS DEMANDAS DOS ADOLESCENTES NO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO ADOLESCENTE	50
3.1 Pesquisa e método.....	50
3.2 Estudo Comparativo	54
3.2.1 A Demanda de acordo com a procedência	55
3.2.2 A demanda de acordo com a procura	57
3.2.3 A demanda relacionada ao motivo da procura ao Centro de Referência em Saúde do Adolescente	58
3.2.4 A demanda de acordo com o encaminhamento	61
3.2.5 O motivo do encaminhamento ao Centro de Referência em Saúde do Adolescente	62
3.2.6 As situações problemas encontradas na análise.....	64
3.3 O assistente social no campo das novas demandas	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS.....	81

INTRODUÇÃO

A reforma sanitária brasileira trouxe novas formas de trabalho no campo da saúde, com o objetivo de superação do modelo médico assistencial privatista que até então predominava nas políticas de atenção a saúde, existentes na época. Sua nova ideologia possibilitou uma ampla contribuição no que se refere à construção do texto constitucional de 1988, pois se instituiu, um novo modelo sanitarista em nosso país, baseado no direito universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

É partindo dessa nova lógica, que em 1990 são editadas as Leis Orgânicas da Saúde – LOS (Leis 8.080/90 e 8.142/90) que firmam a disposição do texto constitucional, de que o Estado se torna responsável pela garantia de acesso às ações e serviços de saúde a todos os cidadãos brasileiros.

No mesmo ano, através da Lei Federal 8.069/90, entra em vigor o Estatuto da Criança e do Adolescente, que entre outros aspectos objetiva consolidar o artigo 227 do texto constitucional;

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. 214).

É sob a regulamentação da Constituição Federal de 1988, que em 1989, o Ministério da Saúde oficializa o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) e apresenta suas normatizações e bases programáticas, através da Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil.

No estado de Santa Catarina, o Programa de Saúde do Adolescente foi instituído em 27 de março do 1990, através da Portaria SES/nº 011/90 seguindo os mesmos princípios determinados a nível nacional.

Depois de 14 anos de sua oficialização, o Programa de Saúde do Adolescente, passou por intensas modificações e hoje seu funcionamento acontece na Diretoria do Posto de Assistência Médica – DAME (antiga Policlínica de Referência Regional), da capital.

Quando criado, o Programa tinha como meta principal, o atendimento sob uma perspectiva de prevenção, e conseqüentemente abrangia um público-alvo “sadio”. Além disso, era designado como Programa de Atenção Integral a Saúde do Adolescente, porém, em função de várias modificações e alternâncias decorrentes das próprias normatizações do SUS, o Programa sofreu uma reestruturação no ano de 2002 passando do atendimento básico de saúde, para o de média complexidade, adquirindo a recente terminologia de Centro de Referência em Saúde do Adolescente.

Para se adequarem a essa nova estruturação, algumas instituições relacionadas ao Programa foram treinadas para se habituarem ao novo processo de funcionamento, que trazia consigo, novas exigências.

Essa reestruturação acarretou ainda, intensas modificações na dinâmica da instituição, a destacar pela demanda que se mostrou, a luz da percepção dos profissionais, significativamente alterada. Dessa forma, com o objetivo de materializar essas percepções, optou-se por uma problematização empírica, com a seguinte indagação:

A demanda do Programa de Saúde do Adolescente mudou após a sua transformação em Centro de Referência em Saúde do Adolescente?

Para sistematizar essa problemática, estabeleceu-se como procedimento de intervenção uma pesquisa exploratória que segundo Gil (1999, p.43), “[...] são desenvolvidas

com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato”.

A metodologia aplicada foi levantamento documental, tendo como base 103 prontuários dos adolescentes atendidos durante o período de março a julho de 2004 (período de estágio vivenciado pela acadêmica na Instituição).

A pesquisa apresentada tem por **objetivo geral** traçar o atual perfil da demanda atendida no Centro de Referência em Saúde do Adolescente, fazendo um estudo comparativo com o perfil delineado pela assistente social do Programa antes de sua reestruturação.

Por **objetivos específicos**, compreende:

Identificar se houve modificação referente à demanda a partir da transição estrutural e terminológica do Centro de Referência em Saúde do Adolescente;

Elencar as mudanças ocorridas com relação à dinâmica de funcionamento do Centro de Referência em Saúde do Adolescente.

A presente monografia está estruturada em três capítulos:

No primeiro, faz-se uma retrospectiva dos fatos históricos mais precisos que vieram a influenciar na regulamentação do Sistema Único de Saúde e na promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, incitando suas contribuições para a conquista dos direitos e exercício da cidadania.

No segundo, será apresentado o processo de implementação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), demonstrando suas contribuições a nível nacional, e especificamente em Florianópolis no Estado de Santa Catarina.

No terceiro será apresentada a pesquisa, partindo da análise dos dados obtidos em 2004, com o objetivo de responder a problemática que incitou a composição desse trabalho.

Neste mesmo capítulo será apresentado o exercício profissional do assistente social no campo das novas demandas, como desafio trazido pelos aspectos conjunturais da contemporaneidade.

Para concluir, serão considerados os pontos fundamentais elencados, partindo das reflexões desenvolvidas no decorrer do processo construtivo desse trabalho.

1 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E O DIREITO DO ADOLESCENTE – DIREITO À SAÚDE

O presente capítulo tem por objetivo expor como foi o processo de construção dos movimentos sociais que antecederam a consolidação do Sistema Único de Saúde, e as diferentes conjunturas políticas do cenário nacional, aos anos precedentes à promulgação da Constituição Federal de 1988.

Serão expostas também, as políticas de atenção à infância e adolescência e a conseqüente conquista dos direitos com a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990. Far-se-á uma breve abordagem das alterações advindas com o Estatuto e suas respectivas contribuições para a atual concepção da saúde perante esse grupo etário.

Como sujeitos de direitos e não mais como meros “objetos” de tutela, esse capítulo referencia essas novas considerações, trazendo para o panorama atual o rompimento com antigos estigmas e as novas concepções conquistadas com a legislação vigente.

1.1 O Movimento da Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde

As décadas de 70 e 80 foram sem dúvida, tempos de grandes mudanças e novas propostas para o campo da saúde em âmbito às políticas sociais.

O modelo médico assistencial privatista, instaurado durante o período do regime militar, estava intimamente caracterizado com o contexto social pelo qual o país passava.

A desmobilização e despolitização da sociedade, decorrentes da violenta repressão estatal, favoreceu a apropriação dos interesses privados nos aparelhos de política social do país.

De acordo com TEIXEIRA (1989, p. 27), o cenário mundial nessa época passava por grandes transformações com relação à saúde, sendo que “os interesses privados passaram a se incrustar nos aparelhos de política social, criando uma situação aparentemente paradoxal, no caso da assistência médica em alguns países, em que a crescente intervenção estatal foi o mecanismo que possibilitou a privatização da política pública”.

Para a autora, no contexto nacional, as tendências relativas à organização do sistema de saúde nesta época, acentuaram-se da seguinte forma:

- a) Extensão da cobertura previdenciária, de forma a abranger a qualidade total da população urbana e ainda parte da população rural;
- b) Reorientação da política nacional de saúde para uma prática médica curativa individual, especializada e sofisticada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e interesse coletivo;
- c) Desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado em termos da lucratividade, propiciando a mercantilização e empresariamento da medicina através da alocação preferencial dos recursos previdenciários para compra de serviços aos prestadores privados;
- d) Viabilização de um complexo médico-industrial com a crescente expansão da base tecnológica da rede de serviços e do consumo de medicamentos. (TEIXEIRA, 1989 p. 27)

Esse processo foi acompanhado por uma modernização administrativa e institucional dos aparelhos governamentais, objetivados a lidar com as políticas sociais e caracterizada pela maior especialização de cada órgão ao lado da crescente centralização e concentração dos recursos institucionais. (TEIXEIRA, 1989).

Concomitante a esse modelo médico, acontecia em âmbito nacional “o milagre econômico”, que garantiu ao regime estabilidade autoritária e um amplo avanço da clientela previdenciária.

Em 1975, com a Lei 6.229 institucionalizava-se o modelo médico-assistencial privatista, definindo as competências das instituições públicas e privadas com propostas de integração e coordenação. (MENDES, 1995)

Com o objetivo de garantir a ampliação da clientela previdenciária, e centralizar a atuação administrativa, o movimento de organização da previdência social, resultou num processo de especialização das organizações previdenciárias, que mais tarde culminaria da criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Ao final da década de 70, esse modelo médico apresentava intensas dificuldades, pois decorria de um processo excludente, em que a maioria da população não tinha acesso aos benefícios previdenciários. Além disso, TEIXEIRA (1989, p. 27), aponta outras inadequações deste modelo à realidade sanitária nacional:

- 1) A prática média dominante, curativa, sofisticada e especializada não era capaz de alterar o perfil de morbi-mortalidade no qual persistem doenças facilmente evitáveis com medidas simples de caráter preventivo. Ademais, os custos crescentes do cuidado médico inviabilizavam a extensão da cobertura;
- 2) A ausência de critérios para compra de serviços aos hospitais provados era incompatível com as necessidades crescentes de coordenação e planejamento da rede prestadora de serviços;
- 3) O alto grau de centralização e fragmentação em dois ministérios responsáveis pela política de saúde criava superposições, descordenações, ausência de controle etc., reduzindo a eficácia e eficiência da ação governamental.

No ano de 1978, em debates fortemente estabelecidos mundialmente, é acordada em Alma -Ata, a priorização da atenção dos cuidados primários de saúde, com o objetivo de ampliar às zonas periféricas e rurais o acesso a um modelo assistencial de baixo custo.

No Brasil, em meio à crise econômica dos anos 80, esse novo modelo veio a coincidir com a proposta de oferecer serviços de saúde para a população "excluída", utilizando-se de recursos mínimos e pouco qualificados.

Esse atendimento reducionista de atenção primária seletiva abre espaço para o desenvolvimento do movimento contra-hegemônico da saúde, que nos anos 80, culminaria na consolidação da reforma sanitária brasileira.

Esse movimento amplia-se e chega as universidades, constituindo os Departamentos de Medicina Preventiva, onde o pensamento aperfeiçoa-se e difunde-se um modo crítico de se pensar a saúde.

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS), surgido em meados da década de 70, iniciou seu funcionamento com gestão já comprometida com essa nova “ideologia” de trabalho trazido pelo movimento sanitário que começava a aparecer.

Ainda que excludente essa nova concepção trazia para o campo da saúde um modo de se pensar contrário à política previdenciária “privatista”, até então predominante no contexto do INAMPS.

Paralelamente ao PIASS, a conjuntura política do país permitia que atores sociais de renomada importância se envolvessem no processo político da saúde, rompendo com o monopólio da burocracia previdenciária.

Referente a esse contexto, MENDES (1995 p. 28) afirma que:

Surgem por todo país, movimentos de trabalhadores de saúde, especialmente através das organizações sindicais médicas. Ademais, com atuação destacada no campo político-ideológico, aparecem, em 1976, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e, em 1979, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) que, através de publicações, debates, simpósios e outras atividades, começaram a sistematizar uma proposta alternativa ao modelo médico-assistencial privatista.

No início da década de 80, eclode a anunciada crise da Previdência Social sob contexto da acentuada elevação dos custos da assistência médica, da recessão econômica e da crise fiscal do Estado.

Essa crise orgânica do Estado permitiu a perpetuação de idéias e interesses particularizados determinantes na condução do projeto neoliberal e na conseqüente projeção do Estado mínimo.

Em consequência do agravamento da Crise da Previdência Social, é instituído em 1981 o Conselho Consultivo de Administração Previdenciária – CONASP, representado por diferentes segmentos da sociedade (trabalhadores em geral, médicos, prestadores privados de serviços, entre outros). Tal conselho tinha por objetivo “reorganizar a assistência médica no país, reduzindo seus custos e controlando os seus gastos”. (BUSS, 1995 p. 80).

Com a vitória da oposição nas eleições de 1982, instituiu-se a Aliança Democrática com a instalação da Nova República, que trazia para o campo político um período de transição do antigo regime conservadorista à abertura democrática do país.

Diante desse processo de democratização, o CONASP fez com que as propostas do movimento sanitário perpetuassem com mais intensidade na elaboração do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde¹ no âmbito da Previdência Social, garantindo seu apoio e da medicina liberal na operacionalização desse Plano.

O movimento da reforma sanitária ganhou força maior quando em 1985, com a Nova República, os profissionais participantes desse processo ocuparam importantes postos no INAMPS e do Ministério da Saúde, sendo um passo de relevante importância a caminho da institucionalização da Reforma Sanitária.

Segundo MENDES (1995, p. 39):

O discurso da Nova República sustenta uma concepção doutrinária sobre as questões da saúde que se enuncia em forma bastante clara em dois níveis.

No nível político institucional, falava-se do direito universal à saúde e do dever do Estado em propiciá-la [...].

No nível operacional, propugnava-se um amplo processo de descentralização e desconcentração das ações de saúde na linha das prescrições no movimento sanitário.

¹ Esse plano propõe a reversão gradual do modelo médico-assistencial através do aumento da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços prestados às populações urbana e rural, da eliminação da capacidade ociosa do setor público, da hierarquização dos equipamentos, da criação do domicílio sanitário, da montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial e da revisão dos mecanismos de financiamento do FAS. (MENDES, p. 36)

Para tanto, propunha-se transitar das Ações Integradas da Saúde, enquanto programa, para uma estratégia transacional em busca de um Sistema Unificado de Saúde [...].

Em 1986, realizou-se em Brasília, a 8ª Conferência Nacional da Saúde que uniu representantes de diferentes segmentos da sociedade, para debater um novo conceito de saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. E, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

É diante desse amplo aspecto conceitual que o curso de Serviço Social juntamente com Biologia e Medicina Veterinária, passam a ser consideradas pelo conselho Nacional de Saúde através da Resolução CNS nº 38², como formações inerentes ao campo da saúde.

Em decorrência da concepção ampliada de saúde, o Conselho Federal de Serviço Social no uso de suas atribuições, considerou o assistente social como “profissional que articula o recorte do social, tanto no sentido das formas de promoção da saúde, bem como das causalidades das formas de adoecer, intervindo, neste sentido, em todos os níveis nos programas de saúde” (CFESS, 1990). Dessa forma, o assistente social passou a ter atribuições específicas no campo sanitário, sendo considerado a partir de então, como profissional capacitado em lidar com os “ingredientes sociais” que interferem no processo saúde-doença da população.

É importante ressaltar ainda, que essa concepção ampliada trazida pela 8ª Conferência de Saúde serviu como base para a construção das principais inovações conferidas na Carta Constitucional que entraria em vigor dois anos após a realização do evento.

Em 1988, é promulgada a Nova Constituição Federativa do Brasil, trazendo inúmeras inovações no campo sócio-político nacional.

² Essa resolução foi homologada pelo então ministro de Estado de Saúde, o Srº Jamil Haddad em 12 de novembro de 1991.

A saúde nesse contexto ganhou novos princípios, diretrizes e uma política organizacional específica, sendo inserida juntamente com a assistência e previdência na organização da Seguridade Social brasileira.

Dessa forma, o texto constitucional trouxe dentre outras inovações, a integralidade dessas três instâncias, assim como prevê seu art.194: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. (BRASIL, 1988, p. 189).

Diante dessa nova organização, e de um sistema integral de ações, a saúde fica assim definida pela Carta Magna em seu art. 197:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988, p. 192)

Após a promulgação da Constituição Federativa do Brasil de 1988, foram dois anos até a implementação da Lei Orgânica da Saúde – LOS³ (Leis nº 8.080/90 e 8.142/90), que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) como sendo o “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público [...]”.

Segundo CARREIRÃO, “ele é um Sistema **Único** porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo território nacional e referem-se ao mesmo tempo às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde”. (2002, p. 46).

Os princípios doutrinários que norteiam o SUS estão assim subdivididos:

³ Esta lei regula em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

- **Universalidade:** significa que o acesso aos serviços de saúde é oferecido em todos os níveis de assistência, sem restrição;
- **Integralidade:** os serviços de saúde devem atender o cidadão como pessoa integral, isto é, que está submetido as diferentes situações da vida, que o levam a adoecer e a morrer. Assim como afirma ALMEIDA (2001, apud AGUSTINI, 2004, p. 18), “O indivíduo deve ser entendido como um ser social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida”.
- **Equidade:** é a garantia de todos os usuários terem acesso às ações e serviços de saúde, sem que haja qualquer tipo de preconceito, respeitando as particularidades e necessidades individuais de cada um;

Sob o ângulo organizacional o Sistema Único de Saúde, apresenta-se partindo dos seguintes princípios:

- **Hierarquização:** é a classificação do sistema de saúde em três níveis de complexidade⁴: **a primária** norteia suas ações no âmbito da promoção, proteção e recuperação de saúde, em que a NOAS⁵ (2002) prevê: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde na mulher e a saúde bucal; **a secundária**, que visa atender os principais problemas de saúde da população, no qual se fazem necessários profissionais especializados e

⁴ No nível primário se resolvem 80% dos problemas - é a Unidade Básica de Saúde. O nível secundário resolve 15% dos problemas de saúde - são os Centros de Especialidades . No Nível terciário de atenção à saúde estão os hospitais de referencia e resolvem os 5% restante dos problemas de saúde.

⁵ Norma Operacional da Assistência à Saúde.

utilização de tecnologia diagnóstica e terapêutica; e a **terciária**, que exerce ações de alta complexidade em nível de assistência hospitalar especializada e de referência;

- **Regionalização:** é a distribuição dos serviços em uma área delimitada, considerando os tipos de serviços oferecidos e sua capacidade de atender a demanda populacional;
- **Descentralização:** é a concessão de autonomia decisória, financeira e atributiva aos três níveis de governo: federal, estadual e municipal;
- **Resolutividade:** é o poder de resolução, mediante o nível de complexidade dos serviços de saúde, das exigências individuais e coletivas da população usuária;
- **Participação Social:** é o direito constitucionalmente garantido que os usuários têm, de participar direta ou indiretamente (através de representantes), no processo de formulação e controle das políticas de saúde;

A saúde, como já referida anteriormente, é considerada pela Constituição como “direito de todos e dever do Estado”, isso significa dizer que o cidadão não é obrigado a pagar diretamente para se ter acesso às ações e aos serviços de saúde.

O financiamento, portanto, acontece mediante o orçamento da seguridade social⁶, que tem como principais fontes de arrecadação: as empresas sobre o pagamento dos salários, vendas e lucro; os trabalhadores sobre seus salários, e da venda de loterias.

⁶ A seguridade social é financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta nos termos da lei, mediante recursos dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal, dos municípios, através de arrecadação de impostos, dos empregadores, incidindo sobre a folha de salários e faturamento e o lucro; dos trabalhadores e demais segurados da previdência social e sobre a receita de concursos de prognósticos (loterias oficiais).

No ano de 1996, através da Lei nº 9.311, o Presidente da República Fernando Henrique Cardoso instituiu a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira – CPMF, com o objetivo de prestar financiamento a Saúde.

Mais recentemente em julho de 2004, o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva decidiu por dar continuidade a CPMF, fazendo apenas algumas alterações⁷ nos artigos 8º e 16º da lei 9.311.

Segundo CARVALHO (1998, p. 1), assessor do CONASEMS⁸:

A arrecadação de CPMF, cobrada a partir de 23 de janeiro de 1997 não beneficiou a saúde. O que houve foi desvio de outras fontes, ou seja, foram diminuídas as destinações a saúde decorrentes de contribuições sobre os lucros e da cofins. Por exemplo, enquanto em 1998, a arrecadação de CPMF (projetada até dezembro) atingiu 8 bilhões, a despesa do setor, neste ano, será próxima à de 1995.

As condições atuais referentes às ações e serviços de saúde afirmam o exposto, uma vez que são intensos os debates acerca do sucateamento dos serviços públicos, em função da ideologia “privatista” vigente com a política neoliberal.

A **Participação Social**, nesse contexto, possui papel de grande relevância, pois possibilita fiscalizar ações referentes às finanças públicas, de forma a impedir a sobreposição do interesse “privado” sobre um bem público.

Com a promulgação da Lei 8.142, a Participação Social é normatizada, definido a constituição dos Conselhos de Saúde permanentes, nos três níveis de governo. De caráter deliberativo, os CS têm como parte integrante: usuários, representantes do governo,

⁷ Para ver essas alterações, consultar a Lei 10.892.

⁸ Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

prestadores e profissionais de saúde. Sua composição deve ser paritária, dispondo de 50% para representantes do governo, e 50% para representantes da população usuária.

Apesar de todos esses avanços referentes ao apoio legal, no que diz respeito ao acesso às ações e serviços de saúde, pode-se dizer, que a conjuntura atual tem feito com que esses direitos adquiridos socialmente, percam força em função da política neoliberal vigente.

O Estado neoliberal traz como proposta a política do Estado mínimo, isto é, o Estado “enxuga” cada vez mais seus gastos, minimizando suas ações sociais, pois se entende que “a desigualdade é o motor da iniciativa pessoal e da competição entre os indivíduos no mercado”. (LAURELL, 1995, p. 162 apud CARREIRÃO, 2002).

Essa contradição de vertentes políticas traz intensos desafios aos debates conjunturais, pois segundo REUTER (2003, p. 34): “As políticas focalistas do Estado neoliberal não só exclui a maioria da população do acesso aos benefícios sociais, mas rompem com princípios como universalidade, igualdade e gratuidade estabelecidas pelo SUS”.

Partindo desse pressuposto, pode-se dizer que o Estado está cada vez mais passivo diante das demandas sociais, e a saúde como garantia universal, gratuita e equânime sente na prática, os “ranços” dessa política seletiva predominante na atual conjuntura.

1.2 O Estatuto da Criança e do Adolescente e o direito à Saúde

O direito a saúde referente aos termos legais, considerado universal sob todos os aspectos e segmentos da sociedade, institui singularmente à criança e ao adolescente um novo aparato social.

Em retrospectiva podemos dizer que até então, crianças e adolescentes eram considerados como seres desprovidos de direitos, não participando da dinâmica societal como cidadãos, mas sim como “tutelados”.

A atenção até o momento era direcionada somente àqueles que de uma forma ou de outra, apresentavam riscos para a sociedade, para a família e para o Estado. Era a distinção que se fazia entre o “menor” (pobre) estigmatizado socialmente por ser considerado uma ameaça contra a população, e a criança (rica) considerada sob propriedade dos pais e alvo de preparo para a vida em sociedade.

A instituição do código de menores em 1927 apresenta um marco legal para essa instância da sociedade,

Incorporando tanto a visão higienista de proteção do meio e do indivíduo, como a visão repressiva e moralista. Os juristas e os médicos representavam, nessa época, as forças hegemônicas no controle da questão social da criança abandonada; sendo assim, o Código de Menores acabou sistematizando a ação de tutela e coerção que o Estado passou a adotar em relação à criança e ao adolescente. (CARREIRÃO, 2002, p. 34).

Ainda sobre a lógica do código de menores de 1927, VERONESE (1999, p. 28) aponta que:

A tônica predominante desta legislação menorista era corretiva, isto é, fazia-se necessário educar, disciplinar, física, moral e civicamente as crianças oriundas de famílias desajustadas ou da orfandade. O código instituiu uma perspectiva individualizante do problema do menor: a situação de dependência não decorria de fatores estruturais, mas do acidente da orfandade e da incompetência das famílias privadas, portanto culpabilizava de forma quase que exclusiva a desestrutura familiar. O problema tomava-se público pelo somatório de dramas individuais e a solução residia na institucionalização das crianças e jovens que, isolados em supostas instituições educacionais, teriam lá reconstituídas sua identidade e predisposição à conformidade aos cursos esperados de sociabilidade.

Com a República Velha, baseada no autoritarismo e conservadorismo do Regime Militar, o atendimento a criança e ao adolescente passa a ser caso de polícia, mediante ação

correcional-repressiva, com o objetivo de devolve-los à sociedade sem qualquer ameaça ao bem estar da nação.

Nesse contexto, em 1941 é criado o Serviço de Assistência ao Menor (SAM)⁹, que por motivos de extremo autoritarismo e repressão, acompanhado de maus-tratos para com seus assistidos, tomou perante a sociedade aspecto de terror e crime, culminando na sua extinção em 1964.

No mesmo ano é criada a política nacional de Bem Estar do Menor, através da Lei 4513, e para dar viabilidade a essa nova política foi instituída a Fundação Nacional de Bem Estar do Menor (FUNABEM) como normatização em âmbito federal, e a FEBEM nas unidades Federativas.

Na década de 70, através de discussões em grupos de educadores e trabalhadores sociais, desenvolvem-se novas idéias sobre a infância e adolescência, considerando-os não só como meros objetos de intervenção, mas também como sujeitos de sua história. (CARREIRÃO, 1998).

Em 1977, realizou-se no Rio de Janeiro o Iº Seminário Latino Americano sobre a saúde do Adolescente, sendo realizado no ano posterior em São Paulo o IIº Seminário sobre adolescência.

Partindo desse pressuposto, pode-se dizer que se iniciava uma nova percepção entre estudiosos e trabalhadores sociais: a diferenciação entre infância e adolescência como períodos distintos da formação humana.

⁹ O SAM tinha por finalidade sistematizar e orientar os serviços de assistência e menores desvalidos e delinquentes, internados em estabelecimentos oficiais e particulares; proceder à investigação social e ao exame médico-psico-pedagógico dos menores desvalidos e delinquentes; abrigar os menores à disposição do Juízo de menores do Distrito Federal; recolher os menores em estabelecimentos adequados, a fim de ministrar-lhes educação, instrução e tratamento sômato-psíquico, até o seu desligamento; estudar as causas do abandono e da delinqüência infantil para a orientação dos poderes públicos; promover a publicação periódica dos resultados de pesquisas, estudos e estatísticas.

correcional-repressiva, com o objetivo de devolve-los à sociedade sem qualquer ameaça ao bem estar da nação.

Nesse contexto, em 1941 é criado o Serviço de Assistência ao Menor (SAM)⁹, que por motivos de extremo autoritarismo e repressão, acompanhado de maus-tratos para com seus assistidos, tomou perante a sociedade aspecto de terror e crime, culminando na sua extinção em 1964.

No mesmo ano é criada a política nacional de Bem Estar do Menor, através da Lei 4513, e para dar viabilidade a essa nova política foi instituída a Fundação Nacional de Bem Estar do Menor (FUNABEM) como normatização em âmbito federal, e a FEBEM nas unidades Federativas.

Na década de 70, através de discussões em grupos de educadores e trabalhadores sociais, desenvolvem-se novas idéias sobre a infância e adolescência, considerando-os não só como meros objetos de intervenção, mas também como sujeitos de sua história. (CARREIRÃO, 1998).

Em 1977, realizou-se no Rio de Janeiro o Iº Seminário Latino Americano sobre a saúde do Adolescente, sendo realizado no ano posterior em São Paulo o IIº Seminário sobre adolescência.

Partindo desse pressuposto, pode-se dizer que se iniciava uma nova percepção entre estudiosos e trabalhadores sociais: a diferenciação entre infância e adolescência como períodos distintos da formação humana.

⁹ O SAM tinha por finalidade sistematizar e orientar os serviços de assistência e menores desvalidos e delinquentes, internados em estabelecimentos oficiais e particulares; proceder à investigação social e ao exame médico-psico-pedagógico dos menores desvalidos e delinquentes; abrigar os menores à disposição do Juízo de menores do Distrito Federal; recolher os menores em estabelecimentos adequados, a fim de ministrarlhes educação, instrução e tratamento sômato-psíquico, até o seu desligamento; estudar as causas do abandono e da delinqüência infantil para a orientação dos poderes públicos; promover a publicação periódica dos resultados de pesquisas, estudos e estatísticas.

Com a promulgação dessa Lei, se institucionaliza a distinção entre infância (até os 12 anos) e adolescência (12 até 18 anos de idade), sendo todos colocados em patamar de igualdade perante a lei, sem qualquer tipo de discriminação.

Rompia-se a partir de então, o paradigma da situação irregular¹² instituído com o código de menores de 1979, que estigmatizava o “menor”, deixando-o a margem da sociedade e sob a “tutela do Estado”.

Pode-se dizer que, a criança ou o adolescente que sofria maus-tratos ou era abusada sexualmente era duplamente punida, pois se considerado em “situação irregular”, o mesmo era retirado do seu lar sob pretexto de proteção. Dessa forma, com o Estatuto quem passou a ser punido foi o agressor e a “situação irregular” passou a ser daqueles que violam os direitos.

O Estatuto, portanto, vem para ressaltar a condição peculiar de pessoa em desenvolvimento tanto da criança quanto do adolescente, reconhecendo seus direitos e garantindo sua cidadania.

Com o propósito da prioridade absoluta, o Estatuto da Criança e do adolescente, é considerado um importante avanço no que tange a formulação de políticas públicas para a infância e adolescência, pois como parcela da sociedade juridicamente protegida pela lei, as exigências passam a vigorar em prol da efetivação desses direitos constitucionalmente adquiridos.

¹² Art. 2. (Cód. 1979) Dispõe sobre a “situação irregular” do menor, assim definida:

- I. Privado de condições essenciais à sua subsistência, saúde e instrução obrigatória, ainda que eventualmente em razão de:
 - a) falta, ação ou omissão dos pais ou responsáveis;
 - b) manifesta impossibilidade dos pais ou responsáveis para provê-las;
- II. Vítima de maus-tratos ou castigos imoderados impostos pelos pais ou responsáveis;
- III. Em perigo moral, devida a:
 - a) Encontrar-se de modo habitual, em ambiente contrário aos bons costumes;
 - b) Exploração contrária em atividade contrária aos bons costumes;
- IV. Privado de representação ou assistência legal, pela falta eventual dos pais ou responsável;
- V. Com desvio de conduta, em virtude de grave estado de inadaptação familiar ou comunitária;
- VI. Autor de infração penal

Segundo CARREIRÃO (1998, p.15): “Com o Estatuto da Criança e do Adolescente, muda-se de maneira radical a concepção que até então havia a respeito do atendimento as crianças e aos adolescentes. Incorpora-se ao nosso ordenamento jurídico a dimensão social da cidadania.”

Com relação às ações da política de atendimento garantidos no ECA, CARVALHO (1997, p. 41), afirma que:

[...] as ações destinadas a crianças e adolescentes são organizadas em quatro níveis no Estatuto, e obedecem a seguinte hierarquia:

Políticas sociais básicas, consideradas direitos de todos e dever do Estado, como saúde, educação, esporte e lazer;

Políticas assistenciais, voltadas às pessoas necessitadas, como complementação alimentar e abrigo;

Políticas de proteção especial, dirigida a pessoas e grupos que se encontram em situação de risco social e pessoal. Por exemplo, criança vítima de maus-tratos;

Garantia de direitos, ações que visam garantir o cumprimento de direitos assegurados na Constituição e no ECA.

A saúde como política de atenção básica, é garantida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente do seu art 7º ao 14º, em que estão previstos os atendimentos oferecidos através de políticas sociais públicas, seguindo a doutrina da proteção integral em prol do desenvolvimento sadio e absoluto da criança e do adolescente.

É partindo desse contexto que são criados os Conselhos comprometidos em fiscalizar esses atendimentos e garantir a participação da população nesse processo, como por exemplo, o Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente, que assume por função deliberativa: decidir, acompanhar, controlar e fiscalizar a ação sobre a política de atendimento direcionada a esses jovens.

Como garantidor da democracia participativa em seu processo deliberativo, os Conselhos, ainda se apresentam num panorama em construção, assim como afirma SOUZA (1998, p. 45):

Por serem órgãos paritários, um dos primeiros obstáculos que, em geral enfrentam, é a clivagem que opõe membros governamentais e não-governamentais gerando conflitos de interesses. Estes últimos, se não forem ultrapassados, mediante a elaboração de um programa de ação que possa ser subscrito pro todos, certamente comprometerão a implementação do Estatuto.

Além disso, outra dificuldade evidente nos espaços institucionais referentes a esses atendimentos, é a conscientização não só por parte dos usuários perante seus direitos, mas também dos profissionais que trabalham com esse segmento da sociedade, precisando ter responsabilização com a lei, fazendo valer positiva e integralmente a doutrina de proteção integral instituída constitucionalmente. Para tanto, os espaços viabilizadores de democratização participativa devem ser socializadas ao alcance tanto dos usuários como dos prestadores desses serviços.

Dessa forma,

O Conselho de Direitos assume a tarefa regente para que o direito assegurado em lei deixe de ser uma doutrina em questão teórica para se legitimar na sociedade por meio de seus mecanismos de exigibilidade, fortalecidos pelos Conselhos Tutelares, pelos Fundos da Criança e do Adolescente, pelos órgãos operadores de justiça e fóruns da sociedade civil que integram o Sistema de Garantia de Direitos. Aos demais Conselhos Setoriais, cabe estabelecer processos de avaliação das ações de políticas sociais em seu conjunto como garantidoras da proteção integral de crianças e adolescentes. (CONANDA, 2001 p. 21-22).

É partindo dessa concepção que, a atuação dos Conselhos Municipais de saúde juntamente com a participação da comunidade, têm contribuído significativamente para a tomada de medidas favorecedoras à saúde na infância, como por exemplo: a ampliação dos programas de saúde da mulher e da criança, principalmente os relacionados ao pré-natal, parto e puerpério; as campanhas de imunização, de aleitamento materno, da ampliação da oferta médico-hospitalar infantil, o programa nacional de saúde da família e a redução da fecundidade. (CONANDA, 2001).

Porém nas ações relacionadas à saúde do adolescente, os dados notificados pelo CONANDA¹³ apresentam a seguinte estatística:

[...] dos partos realizados pelo SUS, em 1996, 25% foi em crianças e adolescentes entre 10 e 19 anos de idade. Desse Universo, 54% apresenta baixa escolaridade e já havia ficado grávida mais de uma vez, sendo que 1 em cada 10 mulheres de 15 a 19 anos já tinha 2 filhos e 45,9% não usam nenhum método contraceptivo. (2001, p. 26).

Essa situação afirma que a assistência oferecida aos adolescentes, ainda segue a política da concepção “curativa”, lidando com as conseqüências de um sistema que em muito ainda precisa ser aperfeiçoado para por em prática os direitos já positivados constitucionalmente.

Após essa contextualização a respeito do direito a saúde, e o espaço de ocupação do adolescente na sociedade brasileira, será apresentado no próximo capítulo como ocorreu a implantação dos programas para adolescentes, mediante retrospectiva histórica de mobilizações e conquistas.

¹³ Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.

2 A IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS PARA ADOLESCENTES NO BRASIL

O presente capítulo tem por objetivo, expor o processo de implantação dos Programas para adolescentes em âmbito Nacional, trazendo suas principais diretrizes e os aspectos relevantes de sua implantação em cumprimento à Constituição Federal de 1988, e mais recentemente ao Estatuto da Criança e do Adolescente.

Para melhor explicar o processo, optou-se pela divisão do capítulo em três partes:

A primeira tendo como objetivo central expor o Programa de Atenção a Saúde do Adolescente – PROSAD em âmbito nacional, definindo seus princípios e diretrizes.

A segunda, que tem por finalidade apresentar o processo de implantação do PROSAD no Estado de Santa Catarina e mais especificamente no município de Florianópolis, caracterizando suas principais adequações e objetivos.

E enfim, a terceira que tem por objetivo explicar a dinâmica de funcionamento do Centro de Referência em Saúde do Adolescente, trazendo em pauta suas especificidades e modos de atuar particulares.

2.1 O programa de atenção à saúde do adolescente em âmbito nacional

“Nas mãos do adolescente e do jovem está não só o futuro imediato de uma sociedade, mas também o presente” (OMS, 1989).

Em cumprimento à Constituição Federal promulgada em 05 de outubro de 1988, o Ministério da Saúde oficializou o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) em 21 de dezembro de 1989, através da portaria Ministério da Saúde nº 980/GM, vindo a apresentar suas bases programáticas por meio da Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil.

A adolescência caracterizada pela Organização Mundial da Saúde como o período compreendido entre 10 a 20 anos de idade, é um momento peculiar na vida do ser humano, em que ocorre o processo de maturação e desenvolvimento psicológico, anatômico, fisiológico, psicológico e social do adolescente.

No ano da oficialização do Programa Saúde do Adolescente, o cenário demográfico do país atingia em 23,4% de população adolescente, designando-se a importância para com esse grupo etário que aumentava em proporções significativas, e exigia novas políticas de atenção para com suas peculiaridades.

Ademais, a vulnerabilidade vivida nesta fase com relação

aos agravos de saúde, bem como às questões econômicas e sociais, nas suas vertentes de educação, trabalho, justiça, esporte, lazer e outros, determinam a necessidade de atenção mais específica e abrangente. Os adolescentes brasileiros têm, como cidadãos, direito à saúde e é dever do Estado possibilitar esse acesso, de forma universalizada, hierarquizada e regionalizada, dentro dos preceitos do sistema Único de Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989 p. 5).

Partindo dessas exigências, o Ministério da Saúde definiu objetivos, diretrizes e estratégias para implementar nacionalmente o Programa Saúde do Adolescente, designando como sua finalidade “promover, integrar, apoiar e incentivar práticas nos locais onde será feita a implantação e aonde essas atividades já vêm sendo desenvolvidas, seja nos estados, municípios, Universidades, organizações não governamentais e outras instituições” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989 p. 5).

A interação do PROSAD com outros setores faz-se muito importante, no que diz respeito à promoção da saúde, da identificação dos grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos adolescentes, procurando agir sempre de forma integral, multisetorial e interdisciplinar.

Seguindo as diretrizes do SUS com relação à integralidade das ações de saúde, o adolescente passa a ser considerado como ser biopsicossocial em desenvolvimento, e a interdisciplinaridade neste contexto, torna-se ferramenta de significativa importância na instrumentalização dessa nova percepção do PROSAD, pois possibilita unir as diferentes áreas do conhecimento em prol do desenvolvimento integral da saúde do adolescente.

O planejamento e desenvolvimento de práticas educativas e participativas apresentam-se como uma das diretrizes mais importantes do PROSAD, pois através de uma política de ensino-aprendizagem, possibilita aos adolescentes se apropriarem de conhecimentos que favoreçam um maior controle e cuidado de sua saúde, além de prepara-los como multiplicadores em seus vários espaços institucionais como na escola, na família, entre outros.

Para o alcance das diretrizes supracitadas postas pelo Ministério da Saúde referente ao PROSAD, foram definidos os seguintes objetivos:

- Promover a saúde integral do adolescente, garantindo seu processo de crescimento e desenvolvimento, reduzindo danos e 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 a realidade local;
- Promover e apoiar pesquisas multicêntricas relativas à adolescência;

- Estimular a criação de 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 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. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989).

Segundo as normas do PROSAD, esses objetivos deveriam ser cumpridos mediante a utilização de tecnologia simples, classificada no nível de atenção básica do município.

Essa atenção básica oferecida ao adolescente deveria conter as seguintes atividades: “o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a sexualidade, a saúde bucal, a saúde mental, a saúde escolar adolescente, a prevenção de acidentes, o trabalho, cultura, esporte e lazer”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989 p. 13).

Para a execução dessas atividades, o Ministério da Saúde propõe alternativas distintas de operacionalização, como o estímulo à participação da comunidade e da família nos processos de promoção, proteção e recuperação da saúde do adolescente; a utilização de grupos de discussão como forma de interação e socialização entre adolescentes; e a importante manutenção das relações compatíveis com a estrutura organizacional do adolescente.

Até 1989, ainda não se tinha em termos legais o conceito de saúde *integral*¹⁴ do adolescente. Esse marco conceitual aconteceu em 1990, sendo desenvolvido pela Organização Pan-americana de Saúde.

Em linhas gerais, essa ORGANIZAÇÃO (1990) considera 05 dimensões para se conceituar a promoção da saúde integral do adolescente:

¹⁴ Grifo próprio

- **Dimensão da integralidade do conceito de saúde integral:** é a visualização biopsicossocial do adolescente, isto é, sua saúde não é vista somente a partir da relação saúde-doença, mas sim de um complexo biológico, psicológico e social que caracteriza as condições de sua salubridade.
Essa dimensão traz ainda, a capacidade de visualizar o adolescente num processo contínuo, onde tanto as etapas anteriores como as posteriores de sua existência exercem influência sobre as condições de sua saúde;
- **Dimensão da incorporação do conceito de contextos:** é considerar o adolescente partindo das influências externas (familiares, políticas, econômicas e sociais) que intervêm em seu meio. O aspecto cultural também é visto a partir desta dimensão, como fator determinante de costumes e comportamentos no campo da saúde;
- **Dimensão da aplicação de enfoques integradores no planejamento de programas de saúde integral de adolescentes:** é planejar a saúde do adolescente partindo dos enfoques de risco, familiar, e comunitário, mensurando os fatores determinantes, para a elaboração adequada de um sistema de promoção, proteção e recuperação da saúde do adolescente;
- **Dimensão da incorporação do conceito de prevenção contínua em programação da saúde integral do adolescente:** a prevenção há de ser considerada o meio mais adequado para se promover à saúde, uma vez que possibilita a otimização de recursos através de métodos simples, como por exemplo, orientações sobre alimentação e outros hábitos adequados que podem levar a uma melhora na qualidade de vida do adolescente, evitando-se a aquisição de doenças e demais anomalias;

- **Dimensão da integralidade da estrutura e função dos sistemas de serviços de saúde:** integralidade deverá ocorrer tanto intra como extra institucionalmente. No primeiro caso, a estrutura deve ser favorável a operacionalização das ações, disponibilizando de recursos humanos, físicos e materiais de forma a não instituir nenhuma barreira no acesso do adolescente aos serviços prestados.

No segundo, a interação do programa com os diferentes setores da saúde, deve ser estimulada, pois traz inúmeras vantagens para o adolescente, que pode ter acesso há outros serviços quando o Programa não esteja ao alcance de suprir todas as suas necessidades. Dessa forma, o trabalho em rede deve ser valorizado e cultivado para que a integralidade das ações sempre favoreça o usuário, em prol do seu direito à saúde.

Tomando como vertente essas dimensões, o PROSAD foi implantado em diferentes Estados brasileiros, de forma a possibilitar a proliferação dos conceitos de integralidade da saúde do adolescente em todo o território nacional.

2.2 A Implantação do Programa Saúde do Adolescente no Estado de Santa Catarina (PROSAD/SC).

Em Santa Catarina, a atenção à adolescência por meio de atendimento público, deu seus primeiros passos em 1987, em função de uma proposta de três profissionais da Secretaria de Estado da Saúde: uma assistente social, uma pediatra e uma enfermeira.

As ações iniciaram-se através de palestras sobre adolescência e cuidados com a saúde, oferecidas aos adolescentes que estudavam nos colégios próximos do Posto de

Assistência Médica da Capital (PAM) – na época vinculado ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Através de um plano de trabalho, as profissionais conseguiram que o atendimento ambulatorial a esses jovens tivesse início, porém por dividir o espaço físico com o Programa de Puericultura, a atenção integral ao adolescente não pôde ser disposta, uma vez que o ambiente tornou-se insuficiente para o desenvolvimento concomitante dos dois programas.

No final de 1988 a equipe de profissionais do “Programa de Atendimento ao Adolescente” resolveu paralisar suas ações e serviços devido às dificuldades advindas da inexistência de uma normatização específica para esse tipo de atendimento. Porém, no ano seguinte, retomaram-se as atividades, uma vez que um número significativo de profissionais se empenhou em trazer o atendimento a ativa.

Além do Programa de Atendimento ao Adolescente desenvolvido pelo Posto de Assistência Médica, havia desde 1988, um ambulatório de adolescentes no Hospital Infantil Joana de Gusmão, também localizado na capital.

Em 1989, com a promulgação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) a nível nacional, o então Secretário de Estado da Saúde Srº Cláudio Luiz Bley do Nascimento, instituiu o referido programa em Santa Catarina, através da portaria SES/nº 011/90, que em seu artigo 1º, define: “Fica constituído o Programa de Saúde do Adolescente de Santa Catarina – PROSAD/SC, vinculado à diretoria de Serviços Básicos de Saúde do Departamento Autônomo de Saúde Pública [...]”.

Depois de normatizado o PROSAD de Santa Catarina, inaugurou-se em 1990, na capital, o ambulatório de Atenção Integral à Saúde do Adolescente. Sua primeira sede foi no antigo Posto de Assistência Médica do INAMPS, que hoje é atualmente designado como Diretoria do Posto de Assistência Médica – DAME.

Em abril de 1991, o Secretário de Estado da Saúde Srº João Guizzo, considerando a vulnerabilidade dos agravos de saúde, bem como a negligência dos Serviços de Saúde com relação à atenção oferecida aos adolescentes, definiu através da Portaria nº 98/91 os objetivos diretrizes e estratégias para o PROSAD de Santa Catarina.

Esta proposta fundamenta-se numa política de promoção de saúde, de identificação dos grupos de risco, detecção precoce dos agravos e tratamento adequado a reabilitação, respeitadas as diretrizes do sistema único de Saúde, indicadas na Constituição Brasileira (PORTARIA 98/91).

O Programa, desde sua oficialização passou por várias modificações decorrentes tanto das conjunturas que interceptaram novas demandas para o campo da saúde, como das diferentes normatizações do próprio sistema: NOB 01/93¹⁵, NOB 01/96, NOAS¹⁶ 01/2001 e NOAS 01/2002. (CARREIRÃO, 2002)

O PROSAD começou a sofrer mudanças mais significativas em 1995, ano em que a política do programa passou por inovações decorrentes do processo de acentuação de novas demandas como, a saúde sexual que passou a dispor de uma atenção ainda maior devido ao alto índice de gravidez precoce, a violência que elevou a taxa de morbimortalidade dos adolescentes e a recente participação dos jovens nas políticas públicas.

Como forma de ampliar as ações para com esse setor da população que cada vez mais ganhava visibilidade e espaço na sociedade foi criado um setor responsável especificamente pela condução do PROSAD: o Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente (SASAD).

Em 1999 a conjuntura social do país, demonstrava de forma significativa a vulnerabilidade dos jovens de 20 a 24 anos. Dessa forma, a II Conferência Internacional de

¹⁵ Norma Operacional Básica editada em 1993 e em 1996

¹⁶ Norma Operacional de Assistência à saúde editadas em 2001 e em 2002. Essas normas têm função de regulamentar os requisitos, as responsabilidades e as prerrogativas da Gestão Pública de Saúde.

Ministros e Responsáveis pela Juventude trouxe como discussão essas novas demandas, fazendo que o Ministério da Saúde no uso de suas atribuições resolvesse ampliar a Política Nacional para essa faixa etária, passando de Área de Saúde do Adolescente para Área de Saúde do Adolescente e do Jovem – ASAJ.

Com essa nova política nacional, vários projetos e programas foram constituídos sob responsabilidade do ASAJ, tomando frente às questões relacionadas tanto à adolescência como à juventude.

Atualmente o PROSAD inexistente, e em seu lugar criou-se a Política Nacional para adolescentes e jovens que é proposta, acompanhada e avaliada pela ASAJ sob comando hierárquico do Ministério da Saúde.

A 18ª Regional de Saúde do Estado de Santa Catarina¹⁷ dispõe de 02 centros de referência em atendimento à saúde do adolescente, estando ambos localizados na Capital – Florianópolis:

- **Hospital Infantil Joana de Gusmão** (Fundação Hospitalar de Santa Catarina – Secretaria de Estado da Saúde): Existe desde 1988, dispondo de atendimento ambulatorial a adolescentes de 10 a 15 anos (às vezes esta idade ultrapassa), que recebem acompanhamento de uma equipe interdisciplinar, composta por 02 médicas especializadas em adolescência, 01 psicóloga, 01 pedagoga, 01 nutricionista e 01 técnica especializada em lazer e recreação.

Além do atendimento ambulatorial, existe ainda a ala de internação oferecida a adolescentes que necessitam de tratamento intra-hospitalar. Juntamente com

¹⁷ Os municípios que compõem a 18ª Regional de Saúde são: Águas Mornas, Alfredo Wagner, Angelina, Anitápolis, Antônio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Florianópolis, Garopaba, Governador Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Paulo Lopes, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São João Batista, São José, São Pedro de Alcântara.

os adolescentes, esta ala atende também pacientes particulares e conveniados de faixa etária de 0 a 15 anos incompletos. Estes jovens recebem atendimento de diversos profissionais comprometidos com a recuperação e o desenvolvimento biopsicossocial de sua saúde.

- **Centro de Referência em Saúde do Adolescente:** Com sua nomenclatura atualmente modificada em decorrência das alterações contidas nas normatizações do SUS, se constitui atualmente em substituição ao antigo Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente, e funciona na Diretoria do Posto de Assistência Médica da Capital - DAME. Esse Programa recebeu nova definição terminológica em agosto de 2002, em função das alterações trazidas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde¹⁸, que partiu do princípio de que a prevenção é realizada pela rede básica, denominando ao Programa o atendimento de caráter curativo, inserindo-o no nível de média complexidade do sistema.

O Centro de Referência em Saúde do Adolescente se reestruturou e hoje compreende uma nova realidade, passando do nível de atenção básica, em que as atividades tinham caráter preventivo e a tecnologia utilizada era simples, para o nível de média complexidade, se caracterizando atualmente por:

[...] compreender um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país. (NOAS, 2001).

¹⁸ Essa Norma amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

É neste sentido, que durante o período de estágio da acadêmica surgiu a discussão a respeito da necessidade de definir quais eram as alterações que essa reestruturação trouxe com relação à demanda atendida no Centro de Referência, objetivando dessa forma, traçar um estudo comparativo entre o perfil dos adolescentes atendidos antes¹⁹ e pós-reestruturação.

No capítulo III, apresentaremos com maior minúcia essa discussão, importando identificar neste momento a dinâmica e funcionalidade institucional do Centro de Referência em Saúde do Adolescente.

2.3 O Centro de Referência em Saúde do Adolescente

Devido a sua inserção no nível de média complexidade, este Centro passou a ter como prioridade absoluta, garantir o acesso à saúde de adolescentes e seu desenvolvimento integral partindo de uma perspectiva curativa, em que o público-alvo procura o Centro por já dispor de algum tipo de problema que acomete sua saúde. Dessa forma, o atendimento básico ficou sobre responsabilidade dos Centros de Saúde, que encaminham ao Centro de Referência os adolescentes necessitados de atendimento mais especializado e de maior complexidade.

Entretanto, por também atender uma demanda espontânea, muitas vezes os adolescentes que chegam até o Centro não apresentam nenhum problema evidente, desejando somente participar do programa para receber orientações sobre sua saúde, e para discutir de assuntos específicos da adolescência.

Pode-se perceber a partir de então, que mesmo estando inserido no nível de média complexidade do sistema, o Centro de Referência em Saúde do Adolescente, além de atender adolescentes que já detêm algum tipo de problema referente a sua saúde, também acolhe

¹⁹A assistente social do programa traçou o perfil do adolescente, a partir de um estudo feito no ano de 1998 – período anterior à reestruturação do Programa.

aqueles que necessitam de orientações para a garantia de um desenvolvimento sadio da adolescência. Dessa forma, a perspectiva preventiva ainda permanece, porém agora divide espaço com ações de maior complexidade e que dispõem de atenção especializada.

Segundo os critérios de classificação da Organização Mundial da Saúde, esse Centro atende adolescentes com faixa etária de 10 a 19 anos, todos procedentes da 18ª Regional de Saúde²⁰.

O atendimento ao adolescente é realizado pela equipe interdisciplinar do Centro, atualmente composta por:

- 02 assistentes sociais;
- 02 enfermeiras;
- 03 médicas, sendo 01 ginecologista e 02 pediatras;
- 02 pedagogos;
- 02 psicólogas;
- 01 funcionário administrativo;
- 02 estagiárias de Serviço Social
- 02 estagiários de Psicologia.

²⁰ Segundo a NOAS – SUS 01/02 o Estado e seus Municípios devem ser organizados em módulos e regiões de saúde, de acordo com os serviços que possuem vinculados ao SUS. Vários municípios se organizam em torno de um município-sede, configurando um Módulo Assistencial de saúde. Este deve oferecer assistência à saúde da população de todos os municípios que compõem nas atividades consideradas de pequena complexidade e alguns procedimentos de média complexidade, para garantir resolutividade nas ações básicas de saúde. O município sede é o que reúne as melhores condições para ofertar esses procedimentos, além de alguns outros requisitos como acesso e condição de gestão. Configura o primeiro nível de referência para os habitantes dos municípios que compõem um módulo. Vários módulos assistenciais de saúde se organizam para compor uma região ou macrorregião de saúde de maneira hierarquizada, visando garantir o acesso da população local a um número de procedimentos de assistência cada vez maior e mais complexo. No entanto, nem todas as regiões possuem serviços instalados, principalmente os mais complexos. O Estado deve, então, identificar os municípios que possuem tais serviços e orientar o sistema para que estes sirvam de referência para a população de uma ou mais macrorregiões ou até para o estado todo. Dessa forma, a assistência básica é de responsabilidade de todos os municípios e as ações e serviços de média complexidade são de responsabilidades dos módulos assistenciais e das regiões de saúde, sob a obrigação do estado.

Como já referido anteriormente a demanda vem espontaneamente, ou encaminhada pelos Centros de Saúde, demais ambulatorios do SUS, instituições públicas ou privadas, e diversos outros segmentos da sociedade que lidam com temáticas relacionadas e adolescência e suas especificidades.

Para se inscrever no Centro de Referência, o adolescente precisa dispor do número de inscrição do SUS, atender a faixa etária de 10 a 19 anos e ser residente em um dos municípios componentes da 18ª Regional da Saúde.

Atendendo a esses requisitos o adolescente, ou o seu responsável pode se dirigir a Central de Marcação de Consultas²¹ da Diretoria do Posto de Assistência Médica, e efetuar a abertura de um prontuário (ANEXO A), que levará o mesmo número da sua inscrição no SUS.

Efetuada esses procedimentos, a marcação é feita primeiramente para o Serviço Social, que atenderá o adolescente através de uma entrevista, tendo como intuito conhecer e analisar os motivos pelo qual o adolescente procurou o Centro, assim como entender o contexto que venha a interferir no seu desenvolvimento sadio.

Para seguir uma linha única de atendimento, todos os profissionais têm por função básica documentar as entrevistas, através da metodologia SOAP (ANEXO B).

Conforme os requisitos exigidos pelo Centro, o assistente social elabora o primeiro SOAP, sendo que este servirá como subsídio de informações para os outros profissionais pelo qual o adolescente será encaminhado.

²¹ A central de marcação de consultas “é uma unidade administrativa subordinada à Secretaria Estadual/municipal de Saúde, com a incumbência de agendar consultas, serviços e exames, via telefone para as diversas unidades cadastradas no sistema, com base nas informações fornecidas pelas próprias unidades envolvidas. Com a sua implantação em 1991 ela passou a ser o elo entre as unidades periféricas (Porta de entrada) e as unidades de referência objetivando a participação social estabelecendo o sistema de Referência e Contra Referência, visando efetivar a integração das unidades do SUS”. (Sistema de Marcação de Consultas, Serviços e Exames. Manual de normas. Secretaria Estadual da Saúde. Florianópolis, 1998.).

Esse procedimento “faz com que o trabalho da equipe se torne mais eficiente, pois cada técnico pode, na sua consulta, resgatar o que foi recomendado pelos demais, bem como promover um trabalho que dê continuidade ao atendimento que lhe forneça mais subsídios ao que já está sendo feito” (CARREIRÃO, 2002 p. 58).

Essa ação interdisciplinar efetivada pelos profissionais da equipe possibilita um enriquecimento de idéias e sugestões, que colabora diretamente para uma melhor efetividade das ações referentes à promoção do desenvolvimento sadio e integral do adolescente.

Entretanto, além do aspecto positivo do trabalho interdisciplinar, há de se lembrar também da dificuldade em trabalhar com pensamentos e idéias muitas vezes contraditórias, e geradoras de conflitos, assim como afirma MORIN (1987, apud FELIPPE, 2002, p. 809): “a interdisciplinaridade sob o ângulo dos constituintes é diversa e heterogênea; sua complexidade manifesta-se na associação das idéias de unidade e de diversidade que em princípio são antagônicas e complementares simultaneamente”.

É neste sentido que FELIPPE (2002, p.810), considera a interdisciplinaridade como:

[...] “um processo extremamente complexo no trabalho institucional, considerando que muitos fatores interferem na dedicação e envolvimento dos diferentes membros que compõe uma equipe, desde aspectos pessoais, momento de vida, relações de poder, hierarquias, tipos de contratos de trabalho e vínculo institucional, até o tempo de permanência de cada indivíduo na história da instituição”.

No Centro de Referência em Saúde do Adolescente, esse trabalho é primordial, uma vez que as problemáticas trazidas pelos adolescentes, são de ordem biopsicossocial, o que demanda uma ação profissional contínua e integrada.

Além dos profissionais que fazem parte da equipe interdisciplinar, os adolescentes podem dispor também de atendimento com outros profissionais da DAME, como: nutricionistas, endocrinologistas, oftalmologistas, entre outras especialidades médicas. Nestes

casos, o encaminhamento é feito pelos próprios profissionais da equipe, mediante o fornecimento da ordem de consulta.

Os atendimentos seguem uma linha de evolução, sendo que após a entrevista com a assistente social, o adolescente recebe o encaminhamento para se consultar com médico pediatra e enfermeira. Porém, se a assistente social verificar ou constatar a necessidade do acompanhamento especializado, o adolescente é encaminhado para os outros profissionais da equipe de acordo com a sua demanda.

Seguindo o princípio sistemático do atendimento, verifica-se muitas vezes a necessidade de se entrevistar os pais e/ou responsáveis pelo adolescente para discutir dúvidas e fornecer orientações sobre a adolescência e suas características.

Além da abordagem individual, o Centro de Referência oferece ainda atividades em grupo, em que o adolescente tem a oportunidade de socializar experiências e adquirir conhecimentos relacionados a sua saúde biopsicossocial.

A participação nos grupos é opcional para os adolescentes, oferecendo abertura também para aqueles que não estão inscritos no Centro de Referência.

Segundo CARREIRÃO (2002, p. 59):

As atividades de grupo para o adolescente são importantes, porque as questões, quando refletidas em conjunto, diminuem a sensação de solidão e permitem melhor entendimento, tanto do que está acontecendo dentro de cada um, como da própria realidade que o cerca. Isto gera a possibilidade de discutir, dentro do próprio grupo, sobre a melhor maneira de transformar essa realidade.

Os grupos educativos desenvolvidos no Centro de Referência seguem as normativas das áreas consideradas prioritárias pelo ASAJ (Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, elaborada a nível nacional).

Essas temáticas prioritárias estão divididas em:

- Crescimento e desenvolvimento;
- Noções de anatomia de fisiologia feminina e masculina;
- Sexualidade;
- Reprodução humana;
- Anticoncepção;
- Gravidez, parto e puerpério;
- Higiene corporal;
- Saúde mental;
- Saúde bucal;
- Prevenção ao uso de fumo, álcool e drogas;
- Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS;
- Nutrição
- Vida social, entre outros.

Para melhor atender a demanda e respeitar as necessidades específicas referentes à idade dos adolescentes, o grupo foi dividido em duas faixa etárias distintas: uma que compreende dos 10 ao 13 anos, e a outra que abrange adolescentes de 14 a 19 anos. Essa divisão é flexível, considerando-se a maturidade do adolescente perante a sua idade.

No percurso do estágio a acadêmica desenvolveu o projeto: “Grupo de Adolescentes – Um Trabalho Educativo” durante o período de abril a julho de 2004. O referido projeto teve por objetivo trazer em pauta aspectos relacionados à adolescência através de atividades lúdicas, a fim de despertar o interesse do adolescente nas temáticas abordadas.

Podemos classificar o grupo como sendo operativo e de ensino-aprendizagem, pois em todo o processo se configurou na ideologia fundamental de que “o essencial é aprender e

que o mais importante do que encher a cabeça de conhecimentos é formar cabeças” (ZIMERMAN e OSÓRIO, p. 76).

Os encontros²² aconteceram às terças-feiras quinzenalmente, com duração média de 60 minutos em cada encontro. Os principais assuntos abordados foram:

- Socialização e contato pessoal;
- Auto-estima;
- Família;
- Puberdade e adolescência;
- Afetividade;
- Criatividade;
- Lazer;
- Responsabilidade;

É válido dizer que os adolescentes participantes do grupo tinham a faixa etária de 10 a 13 anos, e por isso, devido às particularidades observadas durante os encontros, as atividades foram focalizadas às suas especificidades, levando-se em consideração a maturidade dos integrantes.

Considerando-se que o tempo de 04 meses era breve e restrito, decidiu-se por dar continuidade ao grupo até dezembro de 2004. Dessa forma, a coordenação foi transmitida para a estagiária do período subsequente, sendo repassadas todas as informações e atividades que já haviam sido realizadas com os adolescentes.

²² Para se interar sobre os encontros desenvolvidos pela acadêmica com o grupo educativo, localizar-se até o apêndice “A” deste trabalho.

Ressalte-se ainda, que antes de ser repassado a função de coordenadora, a estagiária participou de alguns encontros anteriores, visando a criação de sua afetividade e familiarização com o grupo e deste com a nova coordenação.

Paralelamente ao grupo educativo de 10 a 13 anos, acontecia outro grupo que abrangia a faixa etária de 14 a 19 anos, sendo conduzido em conjunto por 1 estagiária de Serviço Social e 1 estagiária de psicologia.

Como forma complementar a esse trabalho, os profissionais do Centro de Referência reativaram as atividades dirigidas aos pais²³, integrando dessa forma, a família no processo de promoção, proteção e recuperação à saúde do adolescente. Os encontros são mensais, e acontecem por meio de palestras, nas quais os pais têm a possibilidade de discutir assuntos muitas vezes considerados “embaraçosos” no momento de conversar com seus filhos, como: gravidez na adolescência, sexualidade, drogas, entre outros.

Com a mudança do Programa para Centro de Referência em Saúde do Adolescente, percebeu-se que houve uma redução da demanda após a sua reestruturação no ano de 2002. A modificação do nível de atenção básica para o de média complexidade, fez com reduzisse verticalmente o número de adolescentes que hoje procura o Centro, seja pela maior dificuldade imposta nos procedimentos de marcação, seja pelo aspecto curativo que hoje predomina na instituição.

O III capítulo trará em pauta essa discussão através de uma pesquisa realizada com o objetivo de delinear essa nova demanda, visando um estudo comparativo entre os anos de 1998 e 2004.

²³ As atividades dirigidas aos pais tinham sido estacionadas em 1999 em função da demanda reduzida, “pois os pais que participavam destes encontros também tinham seus filhos participando dos grupos educativos, e com o tempo o interesse destes foi diminuindo”. (REUTER, 2004)

3 AS DEMANDAS DOS ADOLESCENTES NO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO ADOLESCENTE

O presente capítulo está dividido em três itens e aponta os seguintes aspectos:

O primeiro objetiva explicar a metodologia da pesquisa, expondo o procedimento da escolha e a relevância do problema. A natureza e o nível da pesquisa também serão abordados a fim de situar o leitor diante do objeto pesquisado.

O segundo tem por finalidade apresentar os dados resultantes da pesquisa, fazendo um paralelo com a pesquisa já realizada pela assistente social Elizabeth Callado de Oliveira Carreirão no ano de 1988. A análise dos dados se apresentará em caráter comparativo e relativo a prática profissional vivenciada pela acadêmica nos seus cinco meses de estágio curricular obrigatório.

O terceiro abordará o processo de trabalho do Serviço Social frente às novas demandas trazidas pela contemporaneidade, e como esse procedimento ocorre no cotidiano do Centro de Referência em Saúde do Adolescente.

3.1 Pesquisa e método

↻ A pesquisa no campo das ciências sociais define-se como uma área vasta do conhecimento, pois permite a solução de problemáticas mediante a utilização de métodos e técnicas, além de propiciar o levantamento exploratório de questões relevantes, porém pouco discutidas.

GIL (1999, p. 42), define pesquisa social como “o processo formal e sistemático do desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos”.

Para MINAYO (2003, p. 17),

[...] a pesquisa é a atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e atualiza frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática. As questões de investigação estão, portanto, relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas. São frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos.

Partindo da consideração desses autores, a respeito da finalidade da pesquisa como sendo a busca pela solução de problemas, pode-se identificar que para esse alcance não basta somente a articulação de aportes teóricos com uma prática contínua, mas estabelece-se também a necessidade de uma alma mais dinâmica, movimentada pelo entusiasmo e capacidade criativa do pesquisador.

É dessa idoneidade imaginativa e articuladora que o pesquisador definirá seu próprio estilo de intervir na realidade, buscando a solução de seu problema e uma possível contribuição ao mundo real que o rodeia.

Frente a essas conceituações primordiais, designa-se de grande importância expor e definir sucintamente o processo de construção do problema que resultou na pesquisa neste momento abordada.

Assim como referido anteriormente neste trabalho, o problema surgiu no período de estágio da acadêmica, em que foi ponto inesgotável de discussão entre os profissionais e estagiários da equipe, a reestruturação determinada pelo SUS, transformando o Centro de Referência em Saúde do Adolescente do nível de atenção básica, competência do município,

para o nível de média complexidade, competência do Estado para os municípios que estão em gestão plena de atenção básica²⁴, como é o caso de Florianópolis.

Das transformações ocorridas no Centro de Referência após a sua reestruturação, a que de fato, persuadiu maior impacto foi com relação às consultas que anteriormente eram marcadas no próprio balcão do Programa, ou pelo telefone e passaram a ser realizadas através dos Centros de Saúde dos bairros de procedência do usuário, via central de marcação de consultas da DAME.

Em decorrência dessa modificação, os profissionais do Centro de Referência em Saúde do Adolescente perceberam que todo esse processo de mediação do Centro de Saúde estava dificultando o acesso do adolescente à instituição, pois o número de atendimentos tinha diminuído verticalmente. Dessa forma, surge como opção à possibilidade do adolescente ou seu responsável, munido do número de inscrição no SUS, agendar seu próprio atendimento, na central de marcação de consultas da Diretoria do Posto de Assistência Médica – DAME.

Essa discussão foi à tônica que trouxe para o debate diário, a questão da demanda, que superficialmente demonstrou, à luz da percepção dos profissionais, uma significativa alteração. Percebia-se no dia-a-dia do Centro de Referência, que os adolescentes estavam trazendo situações problemáticas mais graves e já instaladas, necessitando dessa forma, de uma pesquisa que comprovasse empiricamente esses fatos, evitando-se uma abordagem superficial e pouco palpável.

Partindo da necessidade de aprofundar o debate, procurou-se problematizar a seguinte questão: a demanda do Programa do Adolescente mudou após a sua transformação em Centro de Referência em Saúde do Adolescente?

²⁴ A atenção básica é um conjunto de ações mais simples, direcionadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, ao tratamento e à reabilitação.

Para materializar a questão e tornar a pesquisa mais efetiva, optou-se por um estudo comparativo entre o perfil da demanda anterior, elaborado em pesquisa²⁵ pela Assistente Social Elizabeth Callado de Oliveira Carreirão, e posterior, que será problematizado no item seguinte.

Para a realização desse estudo descreveu-se como alternativa mais apropriada à pesquisa de natureza quantitativa e de nível exploratório, que segundo GIL (1999, p. 43), [...] “tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”.

Como forma de viabilizar essa pesquisa utilizou-se como fonte de coleta de dados, 103 prontuários de adolescentes atendidos no turno vespertino durante o período de estágio da acadêmica, que percorreu de março a julho de 2004. É neste sentido, que a pesquisa se define como sendo documental, pois assim como afirma MARCONI e LAKATOS (1996, p. 57), “a característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias, estas por serem feitas no momento em que o fato ou o fenômeno ocorre, ou depois”.

Ressalte-se, que os prontuários foram analisados seguindo os seguintes critérios:

- Procedência dos adolescentes;
- Demanda de acordo com a procura;
- Motivo da procura ao Centro de Referência;
- Demanda conforme o encaminhamento;
- Motivo do encaminhamento;

²⁵ Consultar a monografia: “O Perfil do Adolescente Usuário do Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente” elaborado em 1998 pela referida assistente social.

- Situações problemas encontradas;

Para elencar os itens supracitados, utilizou-se o método de categorização como forma mais adequada para o estabelecimento de classificação e agrupamento em determinadas temáticas.

GOMES (2003, p. 70), considera que trabalhar com categorias “significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso”.

A categorização, portanto, apresentou-se necessária neste estudo devido ao significativo número de itens elencados durante a análise dos prontuários, que precisavam ser agrupados por disporem de uma mesma idéia, necessitando conseqüentemente de um conceito de abrangência para se evitar repetições e redundâncias, no item seguinte deste trabalho.

3.2 Estudo Comparativo

Neste item serão apresentados os dados levantados com a pesquisa, em que será feito um paralelo com os dados obtido em 1998.

Devido a grande variedade dos dados, optou-se pelo uso de tabelas que possibilitam, neste caso, uma melhor visualização e entendimento do conteúdo.

Ressalte-se ainda, que os dados têm como referência à demanda, elencando os aspectos de procedência, procura, motivo da procura, encaminhamento, motivo do encaminhamento, e as situações problemas encontradas no processo de análise dos prontuários.

3.2.1 A Demanda de acordo com a procedência

Tabela 1: Número e porcentagem dos adolescentes de acordo com a sua procedência, Florianópolis, 2004.

Municípios	Nº de adolescentes	%
Antônio Carlos	1	0,97
Biguaçu	6	5,83
Florianópolis	67	65,05
Garopaba	1	0,97
Palhoça	7	6,80
São José	14	13,59
São Pedro de Alcântara	1	0,97
Não consta	6	5,8
TOTAL	103	100

Como podemos verificar através dos dados apresentados na tabela acima, a procedência em maior escala dos adolescentes atendidos no Centro de Referência em Saúde do Adolescente são em 65% provenientes da capital Florianópolis.

Na pesquisa realizada no ano de 1998, antes da reestruturação, o Programa contava com um percentual significativo de adolescentes provenientes de cidades periféricas, como São José e Palhoça que somados resultavam em 46% da demanda.

Hoje verificamos que o atendimento está mais polarizado na Capital, tanto que o somatório de adolescentes provenientes de Palhoça, São José e Biguaçu somam apenas 26% do total, reservando aproximadamente 3% aos municípios restantes.

Essa concentração do atendimento a adolescentes provenientes de Florianópolis deve-se, em sua maioria, pela dificuldade de acesso, que devido à reestruturação tomou-se mais dificultosa pelo fato de que, os adolescentes e/ou seus responsáveis precisam se

direcionar até a DAME para a marcação de consultas, sendo que antes esse procedimento era realizável pelo telefone.

O não fornecimento de passe também se conduz como outra problemática marcante, pois se considerando que a maioria dos adolescentes atendidos provém de famílias desfavorecidas economicamente, o preço do transporte urbano se torna um grande impasse no acesso do adolescente à instituição.

Ressalte-se ainda, que mesmo aqueles provenientes de Florianópolis, porém residentes nas áreas periféricas do município, também reclamavam durante as entrevistas realizadas pela estagiária, da dificuldade em participar dos grupos educativos, porque além do preço da passagem ter um custo significativo, a distância muitas vezes acabava por desestimular-los a comparecer aos encontros.

Nesse sentido, o objetivo do Centro de Referência em Saúde do Adolescente fica comprometido, considerando-se que os grupos apresentam-se como um espaço de socialização em que os adolescentes têm a oportunidade de discutir temáticas de essencial importância para seu desenvolvimento integral e sadio.

3.2.2 A demanda de acordo com a procura

Tabela 2: Número e porcentagem de adolescentes de acordo com a procura, Florianópolis, 2004.

Demanda	Nº de adolescentes	%
Espontânea	68	66,1
Encaminhada	35	33,9
TOTAL	103	100

Considerando-se dos dados apontados na tabela 2, pode-se visualizar que a procura ainda predominante no cotidiano da instituição é a espontânea.

Em decorrência da reestruturação do Centro de Referência em Saúde do Adolescente, que trouxe como uma de suas exigências, a prioridade pelo atendimento ao adolescente encaminhado, compreende-se que a Instituição apresenta uma legitimidade social bastante consolidada, pois 66% dos adolescentes atendidos no período de março a julho de 2004 procuraram o Centro de Referência espontaneamente.

É importante ressaltar que em agosto de 2002, em meio à reestruturação, o Centro de Referência em Saúde do Adolescente ofereceu um treinamento às instituições, com o objetivo de explicar o processo de encaminhamento que deveria ser efetuado do momento adiante. Esse treinamento se dividiu em duas etapas:

- A primeira realizou-se no período matutino e foi direcionada aos Centros de Saúde da 18ª região de Santa Catarina;
- A segunda veio a acontecer no turno vespertino, tendo como público-alvo: as redes municipal e estadual de ensino, Conselhos Tutelares, Conselhos de Direito e Juizado da Infância e Juventude da grande Florianópolis.

Devido a grande rotatividade de profissionais nas instituições, objetiva-se divulgar regularmente o Centro de Referência em Saúde do Adolescente através de um trabalho contínuo, contanto por telefone e fazendo visitas regulares a essas instituições. Dessa forma, as estagiárias de Serviço Social, ficam responsáveis por apresentar os procedimentos de encaminhamento, através de visitas institucionais e relato documental das mesmas.

A acadêmica, no seu percurso do estágio, realizou visitas institucionais ao Sistema Nacional de Emprego de Santa Catarina (SINE) e a seis escolas das redes municipal e estadual de ensino. Durante as visitas, percebeu-se a extrema importância em manter regularmente essas atividades de socialização extra-institucionais, pois a rotatividade de profissionais nas instituições faz com que muitas vezes, o trabalho em rede fique prejudicado por mera falta de informação.

3.2.3 A demanda relacionada ao motivo da procura ao Centro de Referência em Saúde do Adolescente

Tabela 3: Número e porcentagem de adolescentes, referentes aos motivos da sua procura, Florianópolis, 2004.

Motivo da Procura	Nº de adolescentes	%
Conhecer e participar do Programa	12	9,4
Atendimento com clínica geral	14	11,0
Ginecologista	5	3,9
Oftalmologista	1	0,8
Pedagoga	27	21,3
Psicóloga	29	22,8
Fonoaudióloga	3	2,4
Dermatologista	1	0,8
O responsável marcou não sabe porquê	23	18,1
Receber orientação	12	9,4
TOTAL	127	100

O motivo da procura encontra-se em sua maioria, polarizada em especialidades médicas, pedagógicas e psicológicas, somando 63% do total.

Compreende-se, que a insuficiência da atenção básica do município resulta na incidência da demanda reprimida, que conseqüentemente traz o alto índice por procura de profissionais que deveriam ser disponibilizados no Centro de Saúde.

A deficiência do setor foi uma das problemáticas mais evidentes que a acadêmica vivenciou durante o período de estágio.

No percorrer da entrevistas com os pais, foi muito significativa a reclamação decorrente dos serviços prestados pela atenção básica municipal, pois a maioria fazia críticas quanto ao posto de saúde de seu bairro que era muito “pequeno”, e que os profissionais eram poucos, gerando filas de espera “imensas”, principalmente no que se dizia a respeito à realização de exames médicos e atendimento psicológico.

Conseqüentemente, a demanda por psicólogos no Centro de Referência em Saúde do Adolescente é a mais significativa, sendo a única especialidade que dispõe de uma lista de espera para os pacientes, pois os outros profissionais atendem assim que surge a demanda.

Em 1998, a realidade não era muito diferente, sendo que os motivos de procura com maior percentual eram para atendimento ginecológico – 16% e pedagógico – 15%. Entretanto, verifica-se que em decorrência do aumento da demanda encaminhada, diminuiu-se pela metade a quantidade de adolescentes que, espontaneamente desejavam participar e conhecer o Programa, caindo de 24% no ano de 1998, para 12% em 2004.

Nesse contexto é importante visualizar a importância da legislação vigente na concretização e suprimento dessas demandas, assim como o Estatuto da Criança e do Adolescente dispõe em seu artigo 11º:

É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

1º A criança e o adolescente portadores de deficiência receberão atendimento especializado.

2º Incumbe ao poder público fornecer gratuitamente àqueles que necessitarem os medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação e reabilitação. (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1990).

Entretanto, é evidente que ainda há uma grande lacuna no que diz respeito a real efetivação desses direitos, assim como analisa CARREIRÃO:

Existe uma dicotomia entre o discurso e a prática no atendimento público de saúde. A impunidade do Estado no descumprimento da Lei, o desconhecimento dos adolescentes quanto aos seus direitos e a pouca cobrança destes, aos seus órgãos de defesa parecem apontar para os prováveis motivos desse descaso. (CARREIRÃO, 2002 p. 7).

Contudo, compete a sociedade civil, juntamente com profissionais e instituições comprometidos com essa causa, reverter essa realidade, e garantir o pleno desenvolvimento da cidadania através da real efetivação das leis.

É partindo dessa concepção de trabalho em rede, e da importância da interdisciplinaridade no processo evolutivo da conscientização cidadã, que o assistente social ganha espaço interventivo, construindo ao longo do tempo, uma direção social para a profissão. Porém não convém neste momento pormenorizar essa questão, que será mais precisamente analisada no próximo item deste capítulo.

3.2.4 A demanda de acordo com o encaminhamento

Tabela 4: Número e porcentagem de adolescentes, conforme a instituição responsável pelo seu encaminhamento, Florianópolis, 2004.

Encaminhado por	Nº de adolescentes	%
Outros ambulatórios	5	14,29
Profissionais da DAME	15	42,86
Conselho tutelar	8	22,86
Projeto agente jovem	1	2,86
Escola	4	11,43
Programa Liberdade Assistida	2	5,71
TOTAL	35	100,00

Dos 35 adolescentes encaminhados, 42% são de procedência de profissionais na própria instituição, 14% de outros ambulatórios, 22% do Conselho Tutelar e 11% das escolas.

Partindo dos percentuais apresentados, compreende-se que o Centro de Referência em Saúde do Adolescente apresenta significativa legitimidade perante a instituição em que está sediada, pois quase a metade de encaminhamentos é realizada intra-institucionalmente.

O encaminhamento de outros ambulatórios para o Centro de Referência em Saúde do Adolescente aparece como a 3ª maior escala, isto significa, que o trabalho está sendo sistemático, pois segue a ordem ascendente do nível de atenção básica para o nível de média complexidade.

Esse quadro difere-se significativamente do ano de 1998, em que os encaminhamentos provenientes de outros ambulatórios somavam somente 6% do total. Neste período o Centro de Referência em Saúde do Adolescente encontrava-se inserido no piso de atenção básica do município, fato que explica o baixo percentual de adolescentes provenientes de outros ambulatórios.

Em 1998, o percentual em maior escala era proveniente das escolas, que lideravam 49% dos encaminhamentos, ficando em segundo lugar o Conselho Tutelar, que contribuía com 33% da demanda encaminhada ao Programa.

3.2.5 O motivo do encaminhamento ao Centro de Referência em Saúde do Adolescente

Tabela 5: Número e porcentagem de adolescentes, referentes aos motivos que levaram ao seu encaminhamento, Florianópolis, 2004.

Motivo	Nº de adolescentes	%
Atraso escolar	3	6,98
Problemas comportamentais ²⁶	6	13,95
Violência doméstica	1	2,33
Atendimento psicológico	14	32,56
Atendimento médico	9	20,93
Atendimento pedagógico	4	9,30
Complexo corporal	1	2,33
Envolvimento com drogas	1	2,33
Receber orientações	4	9,30
TOTAL	43	100,00

Considerando-se o motivo dos encaminhamentos verificamos que compete com os mesmos ensejos que levam o adolescente a procurar o Centro de Referência. Isso significa, que assim como o motivo da procura, os encaminhamentos ocorrem em sua maioria na busca por atendimento psicológico - 32%, e em especialidades médicas - 20%. Visualiza-se que os problemas comportamentais também apresentam percentual significativo - 13%, assim como a busca por orientações - 9% e atendimento pedagógico - 9%.

²⁶ Problemas comportamentais neste trabalho abrange questões como hiperatividade, e dificuldades referentes a aceitação de limites e indisciplina

Em 1998, os percentuais encontravam-se mais divididos, pois os motivos eram mais variados, porém apresentavam maior significância nos dados relativos a problemas escolares – 35% e atendimento médico – 14%.

Nesta instância do encaminhamento, torna-se de grande importância avaliar de que modo esse procedimento vem acontecendo nas instituições, sendo que o mesmo apresenta dois sentidos: o primeiro é concebido como atividade ampla, em que o trabalho é realizado com base na integralidade das ações sob a concepção de redes, com a finalidade de garantir a proteção integral à criança e ao adolescente; e o segundo que é comparado a setorização e a fragmentação dos serviços públicos, em que o encaminhamento acontece mediante a necessidade do “passar para frente”, devido aos altos índices de demanda reprimida nas instituições.

O que vivenciamos hoje, infelizmente perpassa mais sobre a segunda concepção, em que há uma ineficiência dos serviços públicos e conseqüentemente a sua defasagem. Por isso torna-se de suma importância trabalhar no sentido amplo do encaminhamento, aproveitando a “possibilidade de romper com as formas cristalizadas de atendimento dos serviços que se defrontam com demandas cada vez mais complexas, decorrentes das transformações societárias contemporâneas”. MIOTO (2002, p.51).

3.2.6 As situações problemas encontradas na análise

Tabela 6: Número e porcentagem de adolescentes de acordo com as situações problemas encontradas, Florianópolis, 2004.

Situação Problema	Nº de adolescentes	%
Conflitos familiares	24	11,9
Problemas de saúde	10	5,0
Violência doméstica	3	1,5
Cometendo pequenos furtos	3	1,5
Usuário de drogas (pai)	5	2,5
Conflitos pertinentes à idade	5	2,5
Problemas comportamentais	16	7,9
Problemas escolares ²⁷	54	26,7
Gravidez na adolescência	5	2,5
Medos, ansiedades e fobias	13	6,4
Depressão	4	2,0
Tentativa de suicídio	2	1,0
Isolamento	2	1,0
Adolescente com deficiência	4	2,0
Fugas de casa	4	2,0
Usuário de drogas	3	1,3
Enurese noturna	3	1,5
Negligência familiar	6	3,0
Dificuldade financeira	3	1,5
Dif. em aceitar a separação dos pais	9	4,5
Dif. em aceitar a morte de familiares	2	1,0
Trabalho infantil	1	0,5
Abuso sexual (pai)	1	0,5
Estupro	1	0,5
Mãe com depressão	3	1,5
Tentativa de suicídio (mãe)	2	1,0
Presidiário e traficante de drogas (pai)	1	0,5
Namorado dependente químico	1	0,5
Vida sexual precoce	1	0,5
Não refere	11	5,4
TOTAL	202	100

²⁷ Problemas escolares neste trabalho abrange atraso, indisciplina, desinteresse e abandono escolar.

As situações problemas encontradas apresentaram-se variadas, sendo que em média cada adolescente apresentou mais de um problema que acometia seu bem-estar biopsicossocial.

O atraso escolar foi o que apresentou maior índice, sendo que 26% dos adolescentes possuíam histórico de déficit e repetência.

Durante o período de estágio, a começar pelo grupo educativo, esse fato foi ressaltado com frequência, pois as dinâmicas muitas vezes tiveram que ser substituídas pelo fato de muitos adolescentes apresentarem dificuldade em ler, escrever e interpretar.

Comparando-se com o ano de 1998, o percentual de adolescentes com problemas escolares (atraso, indisciplina e abandono) aumentou, sendo que naquele ano o percentual somava apenas 5% do total, subindo para 26% em 2004.

Partindo desses caracteres verificados num espaço micro, é importante fazer uma avaliação mais ampliada sobre essa problemática tão comum na conjuntura atual. Segundo o jornal do Brasil de 24 de maio de 2004:

O Censo Escolar de 2001, divulgado pelo Ministério da Educação (MEC), mostra que, num total de 27,6 milhões de alunos matriculados no ensino fundamental (1ª a 8ª série), 3,8 milhões foram reprovados em 2000. No mesmo universo, cerca de 3,4 milhões de estudantes abandonaram as aulas. O censo aponta que 22% (7,7 milhões) dos alunos do ensino fundamental estão acima da idade escolar adequada, com mais de 15 anos. (JORNAL DO BRASIL, 2004).

Esses dados confirmam que o problema da educação no país é um caso a ser pensado partindo de uma visão macro e estrutural, pois os indivíduos prejudicados por essa problemática, atravessam fronteiras e vão muito além desse micro universo neste momento analisado.

Os conflitos familiares sejam eles decorrentes do relacionamento com a mãe, pai, padrasto, entre outros laços de parentesco, apresentou o segundo índice mais alto, ficando com aproximadamente 12% das situações problemas encontradas.

Convém partindo desses dados, analisar que há uma relação muito próxima entre conflitos familiares e problemas escolares, sendo causa e consequência de um mesmo processo.

Neste sentido DUTRA²⁸ (1999, p. 82) analisa que “é difícil para os adolescentes obterem sucesso em outros segmentos do contexto social, visto que convivem em ambientes familiares desequilibrados e permeados por necessidades e conflitos”.

Partindo dessa premissa, compreende-se que o êxito no aproveitamento escolar depende de muitos fatores, e que os conflitos familiares e sociais, neste contexto, apresentam-se como grandes implicadores no baixo desenvolvimento escolar do aluno. Nesta direção, SILVA (1997, p. 84) afirma que:

As precárias condições sócio-econômicas dos pais para assistirem o aluno podem comprometer seriamente sua aprendizagem, isto pode afetar desde do fornecimento da estimulação adequada, até o fornecimento do material escolar. Geralmente, a crise econômica gera tensão nos casais e, provavelmente muitas discussões que são transmitidas ao filho. Quando o filho entra na sala de aula, não consegue separar os problemas de ordem emocional adquiridos em casa.

Em 1998, os conflitos familiares não foram identificados na pesquisa, em substituição apresentou-se a violência doméstica que contou com o maior índice das situações problemas encontradas, alcançando 8% do total. Em 2004, esse dado caiu para 1%, possivelmente esse fato se explica em decorrência do comprometimento de políticas sociais

²⁸ Para saber mais sobre a relação entre conflitos familiares e aproveitamento escolar ler o Trabalho de conclusão de curso, intitulado: “Conflitos familiares como fator agravante no aproveitamento escolar: um estudo com os adolescentes atendidos no Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente”, de Márcia Aparecida Dutra, 1999.

voltadas ao combate à violência, como por exemplo, o Programa Sentinela que atende crianças e adolescentes vítimas de todos os tipos de violência, inclusive a doméstica.

Os problemas comportamentais verificados na tabela com 8% de incidência na pesquisa foram categorizados partindo de diferentes níveis, como: hiperatividade, dificuldade em aceitar limites, e indisciplina.

Esses problemas foram quase que cotidianamente objeto de intervenção no estágio da acadêmica, pois as maiores reclamações verificadas durante as entrevistas com os adolescentes, foram com relação à ociosidade do tempo e a ausência dos pais, que saem para trabalhar de manhã e só retornam ao lar no fim da tarde. A maioria estuda durante um período, e no outro turno costuma ter como atividade preferida assistir televisão, pois torna mais amena a sensação do estar sozinho.

Já os pais, em sua maioria reclamavam não poder dar conta dos filhos, porque os limites impostos não eram respeitados. Outros se desesperavam com situações que são pertinentes a adolescência, mas por falta de orientação, achavam que seus filhos eram “anormais”, e “estavam se perdendo na vida”.

Partindo dessas evidências pode-se dizer que a família tem sofrido intensas modificações frente ao novo panorama social. REIS (2001) afirma, que o ingresso da mulher no mundo do trabalho, tem trazido novas implicações, tanto com relação às condições de vida que se tomaram desfavoráveis, quanto à educação dos filhos que ficaram comprometidas, pois deixaram de ter a intensa interação com a mãe. Além disso, Reis também chama a atenção para outro fator da vida contemporânea: a presença da televisão na grande maioria dos lares. Segundo o autor, “essa presença provoca um rompimento das distâncias culturais e oferece o risco da padronização dos valores e costumes, esmagando as culturas periféricas”. (REIS, 2001 p.117).

A família, como base de sustentação e instituição responsável pela socialização primária da criança e do adolescente, vem transferindo esse papel para outras instituições em decorrência das transformações societárias vivenciadas na contemporaneidade. A problemática se constrói mais especificamente quando essa transferência ocorre, e as outras instituições não disponibilizam de meios para suprir essas necessidades.

Para finalizar o estudo comparativo, ressalta-se um dado de significativa importância verificada nesta pesquisa: o adolescente portador do problema, como o principal foco de intervenção do Centro de Referência.

Esse fato se materializa nos dados comparativos, sendo que em 1998 o percentual de adolescentes que não referia nenhuma situação problema era de 63%, já em 2004 esse dado caiu para 5%. Observa-se ainda que, na tabela acima, o total de adolescentes com situações problemas encontradas foi de 202, isso significa que em média cada adolescente apresentou mais de um problema, considerando-se que o universo analisado foi de 103 prontuários.

Conclui-se a partir dos dados analisados no estudo comparativo entre os anos de 1998 e 2004, que a demanda do Centro de Referência em Saúde do Adolescente mudou em decorrência da reestruturação do SUS, que o transferiu da atenção básica em saúde, para o nível de média complexidade do sistema.

Como vimos nos dados apresentados, esse fato reflete não apenas numa modificação de terminologia, mas também no nível da demanda e do atendimento, que passou da abordagem preventiva para a curativa, trazendo inúmeras perspectivas e novos desafios para a gama de profissionais da instituição, a destacar pelo assistente social, que será mais especificamente abordado no item a seguir.

3.3 O assistente social no campo das novas demandas

A contemporaneidade, marcada por intensas transformações na dinâmica societal, decorrentes da ascensão na política neoliberal, da mundialização econômica e da intensa industrialização e urbanização acelerada, traz para o campo das profissões, grandes desafios a respeito das diferentes áreas de intervenção.

O Serviço Social nesse aspecto traduz-se como profissão socialmente necessária por atuar frente às expressões da questão social que vem se processando, junto ao processo de transformações societárias que o mundo contemporâneo vivencia.

No Brasil, o Serviço Social se apresenta como profissão relativamente consolidada na década de 90, devido aos grandes avanços conquistados na produção científica²⁹ e nos mais variados espaços de intervenção. (NETTO, 1996).

A atual conjuntura, portanto, traz muitos desafios para a profissão, exigindo dessa forma, inovações a respeito do fazer profissional diante das novas demandas sociais existentes.

Diante dessa mobilidade profissional, IAMAMOTO (1998, p. 32) considera que:

O novo perfil que se busca construir é de um profissional afinado com a análise dos processos sociais, tanto em suas dimensões macroscópicas quanto em suas manifestações quotidianas; um profissional criativo e interventivo, capaz de entender o “tempo presente, os homens presentes, a vida presente” e nela atuar, contribuindo, também, para moldar os rumos de sua História.

Dos diferentes espaços de intervenção que a profissão conquistou, e vem conquistando no decorrer dos anos, o campo da Saúde tem sido alvo de intensos debates, “por ser um dos setores significativos na atuação do Serviço Social, tendo concentrado historicamente um grande quantitativo de profissionais, situação que permanece até os dias correntes”. (BRAVO, 1996, p. 13).

²⁹ Neste período o Serviço Social já contava com uma biografia própria, revista profissional com periodicidade regular (Serviço Social e Sociedade) e inúmeros eventos acadêmicos, que se alargaram pelo exterior. (NETTO, 1996)

3.3 O assistente social no campo das novas demandas

Ⓐ | A contemporaneidade, marcada por intensas transformações na dinâmica societal decorrentes da ascendência na política neoliberal, da mundialização econômica e da intensa industrialização e urbanização acelerada, traz para o campo das profissões, grandes desafios a respeito das diferentes áreas de intervenção. |

| O Serviço Social nesse aspecto traduz-se como profissão socialmente necessária por atuar frente às expressões da questão social que vem se processando, junto ao processo de transformações societárias que o mundo contemporâneo vivencia. |

No Brasil, o Serviço Social se apresenta como profissão relativamente consolidada na década de 90, devido aos grandes avanços conquistados na produção científica²⁹ e nos mais variados espaços de intervenção. (NETTO, 1996).

|| A atual conjuntura, portanto, traz muitos desafios para a profissão, exigindo dessa forma, inovações a respeito do fazer profissional diante das novas demandas sociais existentes.

Diante dessa mobilidade profissional, IAMAMOTO (1998, p. 32) considera que:

O novo perfil que se busca construir é de um profissional afinado com a análise dos processos sociais, tanto em suas dimensões macroscópicas quanto em suas manifestações quotidianas; um profissional criativo e interventivo, capaz de entender o “tempo presente, os homens presentes, a vida presente” e nela atuar, contribuindo, também, para moldar os rumos de sua História. |

Dos diferentes espaços de intervenção que a profissão conquistou, e vem conquistando no decorrer dos anos, o campo da Saúde tem sido alvo de intensos debates, “por ser um dos setores significativos na atuação do Serviço Social, tendo concentrado historicamente um grande quantitativo de profissionais, situação que permanece até os dias correntes”. (BRAVO, 1996, p. 13).

²⁹ Neste período o Serviço Social já contava com uma biografia própria, revista profissional com periodicidade regular (Serviço Social e Sociedade) e inúmeros eventos acadêmicos, que se alargaram pelo exterior. (NETTO, 1996)

Único de Saúde e o projeto ético-político profissional, colocando ambos como divisores de um objetivo comum: “à universalização dos direitos sociais através da democratização das ações e serviços”.

Embora o Serviço Social não tenha contribuído ativamente com seus profissionais desde a gênese da reforma sanitária, o reconhecimento legal da profissão enquanto participante do processo de trabalho em saúde ocorreu 08 de outubro de 1998, através da Resolução CNS nº 287, em que o assistente social, juntamente com outras categorias, passa a ser reconhecido perante o Conselho Nacional da Saúde, como profissional habilitado para atuar no campo da saúde.

Ressalte-se, porém, que desde 1990 o Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, a Associação Nacional de Assistentes Sociais – ANAS e a Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social – ABESS, já reconheciam a profissão enquanto categoria da área da saúde.

Convém, portanto, neste momento fazer a seguinte indagação: depois de 06 anos de reconhecimento legal perante o Conselho Nacional da Saúde, será que o Serviço Social está conseguindo conscientizar seus usuários a respeito dos direitos previstos na Constituição Federal de 1988, e regulamentada pela lei 8.080?

No Centro de Referência em Saúde do Adolescente, o trabalho do assistente social é realizado sob a perspectiva da práxis interdisciplinar, que busca visualizar o sujeito enquanto ser integral, ou seja, um indivíduo constituído por fatores biológicos, psicológicos e sociais que agregam sua realidade cotidiana.

VASCONCELOS (2002), designa a interdisciplinaridade como um grande desafio no campo da saúde, mas por outro lado, a considera como possibilitadora de reciprocidade, enriquecimento mútuo exigindo das equipes objetivo comum, princípios e conceitos fundamentais. Para o autor, a convivência não interfere na autonomia e na criatividade de

conhecimentos integrantes, que necessitam criar *uma* “vontade política para o trabalho em equipe em torno de um projeto teórico, político e assistencial, que contemple as novas perspectivas e experiências concretas” (2002, p.60).

Partindo desse pressuposto, verifica-se a importância no trabalho interdisciplinar na área da saúde, pois em se tratando da concepção ampliada, designa-se como primordial o trabalho em equipe, que possibilita não apenas a socialização de experiências, mas também um enriquecimento do trabalho humano.

Neste sentido, os assistentes sociais nas diferentes instituições, têm enfrentado uma problemática historicamente pertinente a profissão: a subalternidade do exercício profissional perante as outras profissões.

Para Ana Maria de VASCONCELOS (2002, p. 127), a superação dessa subalternidade acontece mediante a investigação e produção de conhecimentos no meio profissional, a fim de se tomar não apenas

um usuário/reprodutor de conhecimentos produzidos por outras áreas, mas por ser indispensável, na medida em que é a partir de uma apropriação criteriosa do conhecimento produzido sobre o econômico, o político, o social e o cultural, na sua historicidade – o que demanda uma formação profissional permanente, nessa direção -, que os assistentes sociais podem se construir como intelectuais/profissionais que, ao desvendarem o movimento da realidade, tomam-se capazes de captar as possibilidades de ação presentes nesse movimento, ao mesmo tempo que explicitam questões pertinentes que necessitam de uma investigação mais sistemática e aprofundada.

No campo da saúde, a legitimidade social da profissão toma-se grande desafio, principalmente pela tentativa incessante de se romper com traços herdados do conservadorismo profissional, e pela significativa disputa de papéis consagrada nesta área.

Para NETTO (1996, p. 109),

[...] esses desafios podem ser enfrentados positivamente através de novas competências, sociopolíticas e teórico-instrumentais. É nessa dupla dimensão

que se podem promover (re) legitimações profissionais, com o alargamento do campo de intervenção (espaço profissional) das profissões.

Com relação às novas competências, o autor acrescenta a importância da produção de novos conhecimentos e alternativas de instrumentalização, que no caso do Serviço Social, se materializa no alcance e análise da realidade social.

É nesse campo de lutas e conquistas, que o Serviço Social do Centro de Referência em Saúde do Adolescente vem vivenciando desde seus primórdios. A destacar pela fundação da própria instituição em 1987, que resultou da articulação política de uma assistente social, uma pediatra e uma enfermeira.

Foi partindo desse caráter propositivo e ousado dessas três profissionais, que hoje a instituição é referência, e atende adolescentes de 10 a 19 anos provenientes de toda a grande Florianópolis. Referente a esse assunto ressalte-se uma análise de NETTO (1996) quanto à atitude dos profissionais de serviço social frente às novas demandas societárias:

[...] inseguros pelas fragilidades da sua formação, desmotivados pelas baixas remunerações, pressionados pela concorrência de outros profissionais, e condicionados ainda por um lastro conservador em relação aos seus papéis e atribuições, é freqüente uma atitude defensiva e pouco ousada dos assistentes sociais em face às novas demandas, o que acarreta a perda de possibilidades de ampliação do espaço profissional.

Atualmente a dinâmica do Centro de Referência em Saúde do Adolescente mudou significativamente em decorrência das alterações ocorridas no próprio sistema, gerando novas demandas e um campo amplo de desafios para o exercício profissional.

Essas mudanças passaram a exigir novas competências, referenciadas num projeto de intervenção assentada em ações de caráter organizativo no processo de controle social e no acesso aos direitos garantidos por lei.

É nessa perspectiva, que as assistentes sociais no Centro de Referência começaram a refletir sobre em que nível a instituição estava garantido os direitos daqueles adolescentes atendidos diariamente pela instituição.

Após muita reflexão e discussão com os outros profissionais, percebeu-se que os direitos não estavam sendo realmente efetivados, pois o número de adolescentes que procurava o Centro de Referência apresentando queixas quanto à dificuldade em conseguir marcar exames, consultas, medicamentos, entre outras necessidades, era significativo. Dessa forma, as assistentes sociais atuantes na instituição decidiram articular novas formas de intervenção para que esses direitos garantidos no Estatuto da Criança e do Adolescente³⁰ fossem efetivamente cumpridos.

Partindo dessa nova concepção, as assistentes sociais procuraram o Centro de Promotorias da Infância do município de Florianópolis, com o objetivo de obter informações acerca dos procedimentos que deveriam ser tomados para que os adolescentes tivessem de fato, o acesso aos seus direitos. (REUTER, 2004).

O então, Coordenador do Centro das Promotorias da Infância, Dr. Gercino Gerson Gomes Neto, orientou as assistentes sociais de que havia um meio legal de se acionar o Estado para o cumprimento da lei: a representação. (Anexo C).

Com esse esclarecimento, as assistentes sociais se reuniram com os outros profissionais do Centro de Referência em Saúde do Adolescente, com o objetivo de socializar a informação obtida.

³⁰ O Estatuto em seu artigo 11º prevê:

É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do sistema único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

§ 1º A criança e o adolescente portadores de deficiência receberão atendimento especializado.

§ 2º Incumbe ao poder público fornecer gratuitamente àqueles que necessitarem os medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

A partir de então, todos os casos que apresentam dificuldades decorrentes do descaso estatal neste sentido, são solucionados mediante a utilização da representação perante o Ministério Público.

É neste sentido, que o Serviço Social no Centro de Referência em Saúde do Adolescente está conquistando seu espaço, num processo de legitimação contínua, em que seu exercício tem demonstrado o comprometimento com a construção da nova *direção social* para a profissão e o rompimento com o *conservadorismo* profissional³¹.

Dentre os procedimentos e ações mais desenvolvidas pelo Serviço Social do Centro de Referência em Saúde do Adolescente, pode-se destacar:

- Estabelecimento do primeiro contato com o adolescente por ocasião de sua admissão no Centro de Referência;
- Interpretação dos objetivos e normas do Centro de Referências, bem a informação detalhada sobre as atividades desenvolvidas, sugerindo ao adolescente sua inserção nessas atividades;
- Preenchimento do prontuário sócio-econômico para o conhecimento da situação familiar do adolescente, e identificação das dificuldades pertinentes a essa área promovendo o acompanhamento se necessário;
- Realização de representações junto às autoridades responsáveis em casos que se fazem necessários;
- Orientação aos adolescentes sobre o acesso aos direitos sociais como a viabilização do acesso à saúde e sobre os direitos e deveres postos pelo Estatuto da Criança e do

³¹ Para saber mais sobre o assunto, ler : “Transformações Societárias e Serviço Social – Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil”, de João Paulo Netto, 1996.

Adolescente, promovendo quando necessário o encaminhamento a outros setores da sociedade civil;

- Realização de contato com outras instituições, como escolas, conselhos tutelares, centros de saúde, em casos que se exijam ações externas à instituição;
- Promoção de contato com os pais e/ou responsáveis para orientação a respeito de assuntos que envolvem o adolescente. Encaminhamento dos pais para programas relacionados à dependência química e problemas de origem psicológica. Esclarecimentos e orientações sobre garantias relativas aos casos de separação conjugal para mães que sofrem ameaça, assim como encaminhamentos para órgãos comprometidos e viabilização de acesso à ajuda mútua aos adolescentes;
- Formação e acompanhamento de grupos de adolescentes;
- Formação e acompanhamento de grupos de pais.
- Divulgação do programa, nas escolas e associações comunitárias. (REUTER, 2004).

Quanto aos principais instrumentos técnico-operativos utilizados pelas assistentes sociais do Centro de Referência, REUTER (2004, p. 65) refere os seguintes:

Entrevistas com adolescentes e com seus pais; Elaboração de relatórios; Estudo de caso; Observação; Trabalho com grupos educativos; Recursos audiovisuais; Disponibilidade de material didático; Mobilização de recursos comunitários para encaminhamentos.

No plano teórico-metodológico REUTER (2004, p. 65), aponta como os principais referenciais:

Plano de ação do Serviço Social; Estudo da Constituição Federal do Brasil; Estudo da LOS (Lei Orgânica da Saúde); Estudo do Estatuto da Criança e do Adolescente; conhecimento de políticas sociais ligadas à saúde, educação e família; código de ética; apropriação de conhecimentos ligados à cidadania,

democracia, direitos sociais, gravidez precoce, mundo do trabalho, conflitos familiares, exclusão/inclusão; avaliação da prática profissional.

É partindo dessas bases técnico-operativas e teórico-metodológicas, que o Serviço Social do Centro de Referência em Saúde do Adolescente está superando os ranços históricos quanto à subalternidade da profissão e a perda de espaços institucionais. Porém compreende-se que é um processo contínuo e que exige grande mobilidade profissional, pois as demandas societárias são como o vento, que sopram a qualquer instante trazendo novos desafios e a exigência de habilidades ascendentes para campo profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do trabalho exposto, compreende-se que a construção do conceito e do reconhecimento legal do adolescente enquanto sujeito de direitos aconteceu em meio a um processo histórico marcado por grandes transformações societárias, traçadas num campo de grandes lutas e significativas conquistas.

Entretanto, pode-se considerar que hoje, mesmo com o alcance legal do Estatuto da Criança e do Adolescente, essa parcela peculiar da população ainda enfrenta grandes dificuldades ao fazer valer seu direitos já positivados constitucionalmente.

Essa consideração vem a incidir principalmente nos jovens em situação de vulnerabilidade econômica e social, que mesmo avançando para as desmistificações do discurso, ainda prevalece nos estigmas da prática.

A saúde no contexto das intensas transformações societárias, também foi alvo de grandes modificações que vieram se processando desde o movimento da reforma sanitária, até a regulamentação do Sistema Único de Saúde.

No que se refere à saúde do adolescente, pôde-se verificar no decorrer deste trabalho, que seu reconhecimento legal partiu da Constituição Federal de 1988, sendo que a oficialização do Programa de Atenção à Saúde do Adolescente – PROSAD, só veio a acontecer em dezembro de 1989.

Compreende-se, portanto, que a Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde, e o Estatuto da Criança e do Adolescente constituem-se como indiscutíveis avanços legais na dimensão da garantia do direito ao adolescente e no exercício de sua cidadania, porém é evidente que existem inúmeras problemáticas interceptoras que prejudicam a real efetividade desse processo.

Uma dessas problemáticas vigentes da atualidade, é o Neoliberalismo que propõe um Estado reducionista, de práticas sociais focalizadoras e seletivas. Isso significa que as políticas sociais não são prioridade do Estado neoliberal, fazendo com que os direitos já conquistados tornem-se cada vez mais esquecidos pelo poder estatal.

No contexto do Centro de Referência em saúde do adolescente, as faltas de incentivo e apoio do Estado para com as políticas públicas ficaram evidentes na pesquisa, principalmente aquelas que deveriam ser universais, como a saúde e a educação.

Neste sentido, os dados quantitativos da pesquisa demonstraram que há uma defasagem significativa das instituições públicas de ensino, pois 26% dos adolescentes atendidos durante o período de março a julho de 2004 apresentavam problemas escolares, como: repetência, desinteresse, abandono e indisciplina na escola.

Outro dado significativo foi à procura por atendimento médico e psicológico que somados resultou em 33% da demanda. Esse percentual comprova a ineficiência dos centros de saúde, pois esses dois serviços deveriam ser disponibilizados pela atenção básica do município.

Partindo desse pressuposto, compreende-se que o Centro de Referência em Saúde do Adolescente atende tanto as demandas do nível de média complexidade como as demandas de atenção básica. Isso significa que mesmo com a sua reestruturação, a instituição continua atuando na promoção da saúde e na prevenção de agravos, porém as situações problemas se apresentam mais consolidadas ao comparar-se com o ano de 1998, período em que a perspectiva curativa não assumia prioridade no plano de intervenção do Centro de Referência.

É nesse contexto de intensas transformações e novas demandas, que o Serviço Social vem lapidando sua ação interventiva sobre a realidade social contemporânea, construindo

maiores espaços e lutando a favor da consolidação de uma nova direção social, comprometida com a efetivação dos direitos sociais e com a sua universalização.

Conclui-se, portanto, que a conjuntura apresenta imensos desafios para o campo profissional, e é partindo desse “chão duvidoso” que a profissão vem primando por novos tempos, em que a mobilização se fará em prol da concretização dos direitos e na construção de uma cidadania livre de amarras e plena de conquistas.

REFERÊNCIAS

- AGUSTINI, Josiane. **A intervenção do Serviço Social no CLS através do estágio curricular obrigatório no Centro de Saúde do Bairro Saco Grande** – Programa Docente Assistencial – PDA no Programa de Saúde da Família. Relatório de estágio. UFSC, 2004.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec- Abrasco, 1995.
- BUSS, Paulo Marchiori. **Saúde e Desigualdade: o caso do Brasil**. In **Sistemas de Saúde – continuidades e mudanças**. São Paulo -Rio de Janeiro: Hucitec – Fiocruz, 1995.
- BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988**. São Paulo: Atlas, 2003.
- BRASIL, lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **O serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.
- CARREIRÃO, Elizabeth Callado de Oliveira. **O perfil do Adolescente usuário do programa de atenção integral à saúde do adolescente**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Metodologias de Atendimento à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco). UDESC. Florianópolis, 1998.
- _____. **O Adolescente e o atendimento público de saúde: as mudanças com o advento do Estatuto da Criança e do adolescente**. Dissertação (Mestrado em Saúde pública). UFSC. Florianópolis, 2002.
- CARVALHO, Gilson. **Análise Conjuntural do Financiamento em Saúde**. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>.
- CARVALHO, Pedro Caetano de. **Falando dos direitos da criança e do adolescente**. Florianópolis: CEDCA, 1997.
- CONSELHO FEDERAL DE ASSISTENTES SOCIAIS. **Intervenção Profissional do Assistente Social no campo da Saúde**. Brasília, 1990.
- COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais**. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 62. São Paulo: Cortez, 2000.
- DUTRA, Márcia Aparecida. **Conflitos familiares como fator agravante para as dificuldades no aproveitamento escolar: um estudo com os adolescentes atendidos no**

Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). UFSC, Florianópolis, 1999.

FELIPPE, Flávia Maria Lacerda. A abordagem interdisciplinar no serviço de atendimento a adolescentes. In. **Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social - ENPESS**. Juiz de Fora: ENPESS, 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, Romeu. A análise dos dados em pesquisa qualitativa. In. MINAYO, Maria C. S (org). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

IAMAMOTO, Marilda Villela **O serviço social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas**. Fortaleza: CFESS, 1997.

JORNAL DO BRASIL. Brasil tem mais alunos reprovados. **Brasília, 24 de maio de 2002**.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1996.

• MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Saúde dos Adolescentes – Bases programáticas. **Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde – Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil**. Brasília, 1989.

• MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, Técnica e Arte: O Desafio da Pesquisa Social. In. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

• MIOTO, Regina Célia Tamasso. O Trabalho com Redes como procedimento de intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços. **Revista Katálysis** v. 5 n. 1. Florianópolis: UFSC, 2002.

NETTO, José Paulo. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, ano XVII, n. 50. São Paulo: Cortez, 1996.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **O Marco conceptual da saúde integral do adolescente e seu cuidado**. Washington D. C., 1990.

REIS, José Roberto Tozoni. Família, emoção e ideologia. In: LANE, S e CODO, W. (orgs) **Psicologia social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 2001.

REUTER, Elaine Cristina da Silva Pereira. **O papel do Serviço Social na efetivação do direito ao atendimento público de saúde aos adolescentes: a experiência do Centro de Referência em Saúde do Adolescente**. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em serviço social). UFSC, Florianópolis, 2004.

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria SES n. 011/90**

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde – SUS: **legislação básica. Secretaria de Estado da Saúde**, -2 ed. -. Dispõe sobre a NOB – SUS 01/96 e a LOAS –SUS 01/02. – Florianópolis: SES, 2002.

SOUZA, Marli Palma. Crianças e adolescentes: absoluta prioridade? **Revista Katálysis** n.2. Florianópolis: UFSC, 1998

SILVA, Maria. **Aprendizagem e Problemas**. São Paulo: Ícone, 1997.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões Teóricas Sobre Democracia e Reforma Sanitária. In **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989.

VASCONCELOS, Eduardo (Org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

VERONESE, Josiane Petry. **Os direitos da criança e do adolescente**. São Paulo: LTr Editora, 1999.

ZIMERMAM, David; OSÓRIO, Luiz Carlos. **Como Trabalhamos com Grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

APÊNDICE A

Relação das atividades desenvolvidas pela estagiária com o grupo educativo de abril a julho de 2004

13/04/04

Hoje foi o nosso primeiro encontro com o grupo educativo. Antes de relatar todo o processo de intervenção convém destacar alguns itens necessários:

Temática – Grupo de adolescentes: Um trabalho educativo

Coordenadora: Keila Cristine Arimura

Faixa etária: 10 à 13 anos

Grupo aberto

Nº máximo de participantes: 15

Encontros quinzenais – das 15:00 às 16:00h

Técnica nº I – Memorização de nomes

Objetivo: Fazer com que todos os participantes guardem o nome de seus colegas.

Estratégia: O coordenador inicia dizendo seu nome, e o colega do lado tem que repetir e acrescentar o seu. Como por exemplo: Meu nome é Maria... O meu é Maria e Joana... O meu é Maria, Joana e Joaquina... E assim por diante.

Após a técnica de memorização, cada um foi se apresentando falando sobre suas aspirações enquanto adolescente, horas de lazer, estudos, família e expectativas com relação ao grupo.

Num terceiro momento foi aplicada a seguinte técnica:

Técnica nº IV – Dinâmica do boneco

Objetivo: Demonstrar a importância que cada um dos participantes tem para o adequado funcionamento do grupo.

Estratégia: Foi solicitado que o grupo se posicionasse em círculo e em seguida tirasse cada qual um “papelzinho” que se encontrava no meio da roda. No mesmo, estava escrita a parte do boneco que eles teriam que recortar, colar e escrever o seu nome.

Ao final da dinâmica foi explicado como cada um de nós era parte fundamental do grupo, sendo que representávamos cada qual uma parte essencial do boneco.

Depois de terminada a técnica, finalizamos nosso encontro com propostas e sugestões para as próximas reuniões.

27/04/04

Hoje foi realizado o nosso segundo encontro com o grupo educativo. Compareceram seis adolescentes, sendo que cinco eram meninos e uma era menina.

Como a maioria dos adolescentes era diferente dos que tinham vindo do primeiro encontro, resolvi fazer minha apresentação e pedi para que todos se apresentassem da forma que se sentissem mais à vontade.

Num segundo momento, foi proposto para que fizéssemos a dinâmica “adolescer”, que tem por objetivo possibilitar aos adolescentes uma reflexão sobre como vivenciam e compreendem o processo da adolescência.

Percebi que o grupo não se entusiasmou com a proposta, pois todos estavam atentos somente a um deles que com suas “peraltices” chamava a atenção de todos.

Foi solicitado então, que o mesmo parasse de se comportar daquela forma, pois estava prejudicando o bom andamento do grupo.

A dinâmica foi modificada a fim de despertar maior entusiasmo dos integrantes. Foi proposto “ a dança da cadeira”, com o objetivo de fazer com que todos refletissem sobre a significância da palavra, competição!

Cada participante que saia da brincadeira ganhava um pirulito, onde estava escrita a seguinte frase: “você já é um vencedor”! Ao término da dinâmica abriu-se uma roda de discussão sobre o que expressava aquela frase, e assim todos puderam contribuir com suas impressões.

Finalizando, discutimos o que trabalharíamos no nosso próximo encontro...!

11/05/04

Hoje aconteceu o nosso terceiro encontro com o grupo educativo. Compareceram ao todo 15 adolescentes , que foram chegando aos poucos e se integrando ao grande grupo.

A temática trabalhada foi às especificidades da adolescência representada através do filme: Radicalmente Pateta 2, que através de uma abordagem lúdica consegue transmitir as características mais marcantes dessa fase da vida.

Anteriormente ao filme, utilizamos a técnica da apresentação para que todos se conhecessem, pois em se tratando de um grupo aberto a rotatividade de pessoas faz com que a cada encontro se integrem novos adolescentes.

A técnica da memorização dos nomes também foi utilizada no intuito de gerar uma maior interação entre os integrantes do grupo.

Antes de começar nossa “sessão cinema”, foi distribuído a cada adolescente papel e caneta, para que eles pudessem escrever no decorrer do filme tudo aquilo que identificassem como semelhante à sua vida.

Enquanto o filme transcorria, ocupei-me de observa-los, muitos estavam tão atentos que os olhos quase não se moviam, já outros se movimentavam o tempo todo olhando para o relógio e fazendo comentários como:

- A que horas acaba esse filme chato?
- Hiii, é desenho, não tenho mais idade para isso!

Percebi então, o quanto alguns queriam ser reconhecidos como pequenos adultos e não suportavam a idéia de serem confundidos como crianças. Já outros “curtiam” cada momento , pois se identificavam com a fase vivida por eles.

Ao final do filme, pedi que me entregassem os papéis no qual haviam escrito. Muitos se recusaram pois o papel estava em branco, outros só iniciaram algumas palavras e não finalizaram o raciocínio. Ao todo, apenas quatro me devolveram o papel com as seguintes considerações:

- Os pais deles pensam que eles ainda são crianças, e eles são adolescentes.... o filho fica com raiva do pai! (Laura - 12 anos)
- Os nossos pais, apesar de sermos crescidos, eles ainda nos vêem como seus bebês e dão o melhor para nos cuidar dando todo seu amor por nós. (Nara – 11 anos)
- Bagunça e Esportes! (Mariana – 12 anos)
- Andar de Skate, quarto bagunçado, sair com os amigos, montar brinquedos, andar de roller, estudar e competir! (Marcos – 12 anos)

Apesar de muitas recusas, percebi que nosso objetivo foi alcançado, pois em todo o momento foi possível observar que cada um identificava e refletia sobre o que o filme tinha de semelhante com sua vida, tanto que chegavam até a comentar: - Ah! Meu quarto não é assim como aparece no filme, é muito mais bagunçado. (risos)

Concluímos por fim nosso encontro, com propostas e sugestões para o próximo dia do grupo educativo que será no dia 25 de maio.

OBS: Os nomes citados são fictícios, a fim de preservar a verdadeira identidade dos adolescentes.

25/05/04

Hoje foi o nosso 4º encontro com o grupo educativo. Compareceram 7 adolescentes, sendo que quatro eram meninas e três eram meninos.

Como é um grupo operativo aberto, sempre procuramos fazer de início, uma breve apresentação com fins interativos e de aproximação.

Após a exposição de todos, foi sugerido a dinâmica: minha família!

Objetivo: Fazer com que os adolescentes reflitam sobre relação familiar e afetiva.

1º Momento: Foi dada uma folha A4 para cada adolescente, no qual deveriam escrever “minha família”, e desenhar os integrantes da mesma. Depois, deveriam nomear cada um, dizendo um defeito e uma qualidade que definia cada um deles.

O resultado obtido foi o seguinte:

Laura - Mãe - *chata e legal*, Pai - *bravo e legal*, Avô - *bravo e legal*, Avó - *legal e às vezes um pouco chata*, Irmão - *folgado e legal*, Primo - *folgado e legal*, Eu - *Bagunceira e legal*.

Cláudia - Mãe - *chata e legal*, Pai - *chato e legal*, Avô - *dorminhoco e legal*, Avó - *chata e legal*, Tio - *chato e bom*, Tia - *emburrada e bonita*, Eu - *preguiçosa e bonita*.

Márcia - Mãe - *chata e legal*, Padrasto - *chato e legal*, Avô - *bravo e legal*, Irmão - *folgado e ótimo*, Eu - *bagunceira e estudiosa*.

Marina - Mãe - *briguenta e amiga*, Pai - *nervoso e feliz*, Eu - *Bagunceira e simpática*.

Gustavo - Mãe - *brava e boa*, Pai - *bravo e amigo*, Irmã - *às vezes chata e amiga*, Irmão - *amigo e chato*, Eu - *brigão e amigo*.

Pedro - Mãe - *brava e amiga*, Pai - *chato e amigo*, Irmã - *chata e boa*, Eu - *chato e amigo*.

Guto - Mãe - *super legal e pra mim ela não tem nenhum defeito*, Pai - *bravo e legal*, Eu - *encrenqueiro e legal*.

2º Momento: Foi solicitada uma rodada, em que cada participante falava os defeitos dos membros de sua família, sendo que depois todos foram convidados a falar das qualidades de seus entes queridos.

3º Momento: Para finalizar a dinâmica, foi sugerida a “dança da cadeira”, com o propósito de fazer com que todos aqueles que fossem saindo da brincadeira refletissem sobre a ideologia da “família perfeita”, pois foi solicitado a cada um que dissesse novamente um defeito e uma qualidade de algum de seus familiares. Foi explicado então, que todas as famílias tinham seus pontos negativos e positivos, e que o modelo ideal de família não existe, devido a singularidade que cada uma trás consigo.

Ao falar que os problemas eram comuns em todas as famílias, alguns adolescentes se sentiram a vontade para falar sobre seus conflitos familiares:

- “Lá em casa, o maior problema é que minha mãe é muito brava, pois ela já chegou até a me bater com o fio do telefone!” (Cláudia, 11 anos)

Ao término da dinâmica, todos deram sua opinião sobre o que significava a auto-estima, a maioria disse ser um sentimento, mas não conseguiram dar maiores explicações. Dessa forma, foi explicado que auto-estima é o sentimento que a pessoa tem sobre si mesma, seja essa uma concepção negativa ou positiva, o que irá determinar o grau da auto-estima que a pessoa sente dela mesma.

22/06/04

Hoje foi o nosso penúltimo encontro com o grupo educativo. Neste dia participaram 08 adolescentes, sendo 03 meninas e 05 meninos.

No primeiro momento foi feita a apresentação dos integrantes, pois havia alguns que estavam participando pela primeira vez.

A pedido de alguns adolescentes, levou-se argila para que os mesmos pudessem esculpir suas criatividade. Dessa forma, cada um pegou um pedaço e começou-se o trabalho.

Durante todo o tempo observou-se a concentração dos mesmos com a confecção do objeto imaginado. Todos foram convidados a deixar a imaginação “correr solta”, sentir a argila e colocar um sentimento de afetividade no artefato.

Depois de terminada a confecção do trabalho, todos foram convocados de trazer no nosso último encontro o objeto feito. Deram-se também recomendações de que eles deveriam cuidar muito bem de seu artefato, colocando-o diariamente no sol, e protege-lo de qualquer ameaça.

O objetivo da dinâmica foi trabalhar a questão da responsabilidade, partindo da indagação: *é fácil ou difícil ser responsável nessa idade?*

OBS: A continuidade da dinâmica será dada na próxima semana juntamente com a confraternização de despedida e “arraiá do grupo educativo”.

06/07/04

Estava previsto para o dia de hoje o último encontro com o grupo educativo. Mas como estagiária que fará a substituição só poderá iniciar em agosto, optou-se pela continuação do grupo até a data prevista para a transferência da coordenação.

Num primeiro momento perguntou-se se eles aceitavam continuar, e os mesmos aceitaram dizendo, que “gostavam de participar do grupo, pois costumava ser muito divertido”. (sic)

Fez-se então uma retrospectiva para o encontro anterior, e perguntou-se quem havia trazido o artefato feito naquela aula. Apenas 01 adolescente se prontificou em mostrar seu trabalho que havia sido arrumado em casa, cheios de detalhes e pintura.

Os outros adolescentes disseram não ter levado o objeto, porque foi muito difícil de cuidar-lo, e acabou quebrando. Uns falaram, que a cabeça do boneco foi decepada, outros disseram que perderam, e o restante disse que havia simplesmente esquecido o objeto dentro do armário.

Disseram que cuidar do artefato foi muito difícil, e que ficaram de “saco cheio”, de prestar-lhe os devidos cuidados.

Avaliou-se então, a dificuldade do “ser responsável” nesta fase, pois nenhum deles demonstrou preocupação e entusiasmo em cuidar de seu objeto. Sendo que mesmo a adolescente que o levou, também reclamou do trabalho que teve durante esses 15 dias de cuidados.

Depois dessa discussão, foi aberta a confraternização para comemorar o arraiá do grupo educativo, com muita comida típica e animação.

– “Pra mim, a maior dificuldade que a gente enfrenta, é ter minha irmã internada na Colônia Santana, pois ela é viciada em drogas!” (Márcia, 12 anos)

– “O que mais é difícil pra mim, é ter meus pais separados, pois é muito ruim vê-les longe um do outro!” (Lia – 11 anos)

Com todas essas declarações foi possível perceber que todos se sentiram mais familiarizados com as problemáticas que cada um enfrentava em sua família, pois muitos foram encorajados a falar, devido ao sentimento de identificação que tiveram com os outros participantes.

Ao final do encontro, foram feitas sugestões e propostas para a próxima reunião que acontecerá no dia 08 de junho.

08/06/04

Hoje foi o nosso 5º encontro com o grupo educativo. Compareceram ao todo 08 adolescentes sendo que 04 eram meninos e 04 eram meninas.

Num primeiro momento foi proposta a apresentação pessoal de cada um para que todos pudessem ter conhecimento de seus colegas. Muitos disseram o que gostavam de fazer, quantos anos tinham e em que escola estudavam, outros já se intimidaram e resumiram a apresentação somente ao nome.

Num segundo momento todos foram convidados a se posicionarem em círculo para que assim pudessem observar uns aos outros com mais facilidade, a fim de darmos início ao jogo do toque e observação.

Objetivo do jogo: Fazer com que os adolescentes sintam o toque de outra pessoa em seu corpo, e possam descobrir a importância do carinho e afetividade para com o próximo.

Estratégia: De início foi cronometrado 03 minutos, para que todos pudessem observar uns aos outros. Depois, ao som de uma música, todos começaram a andar em círculo de olhos fechados, e foram instruídos a encontrar um parceiro para dar continuidade a brincadeira. Ao tocar o amigo, o participante tinha que adivinhar quem era o seu escolhido, e depois dizer o que sentiu quanto foi tocado e vice-versa.

Todos disseram ter gostado de sentir o toque do parceiro, e discorreram sobre como é “legal” sentir o carinho dos colegas.

Num terceiro momento foi proposto o jogo da auto-estima.

Objetivo: Fazer com que os adolescentes reflitam sobre si mesmos e aprendam a admirarem a si mesmos.

Estratégia: Novamente, os participantes foram convidados a se colocarem em círculo, fecharem os olhos e a caminharem pela sala. Ao decorrer da caminhada eram dadas as seguintes instruções: Sinta seu corpo, agora toque-o começando pela cabeça, agora os olhos, nariz... Depois foi sugerido que parados e de olhos fechados, comessem a imaginar a parte do corpo que mais admiravam em si mesmos.

Após esse momento de concentração pessoal, todos foram convidados a sentar e escrever num papel o que foi imaginado. Depois de escrito, cada um dobrou o seu “papelzinho” e o deixou no centro da sala, onde todos foram misturados.

Para dar continuidade à dinâmica, foi solicitado um voluntário para que enchesse um balão. Depois, ao som de uma música, todos posicionados em círculo começaram a passar o balão um pro outro, até a melodia ser interrompida, aquele que ficava com a bexiga na mão, era convidado a retirar um papelzinho daqueles que estavam no centro da sala, para lê-lo em voz alta.

ANEXO A

IDENTIFICAÇÃO

NOME				REGISTRO	
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		COR	
ENDEREÇO				FONE	
BAIRRO/CIDADE					

INSCRIÇÃO NO PROGRAMA

DATA

ESTRUTURA FAMILIAR

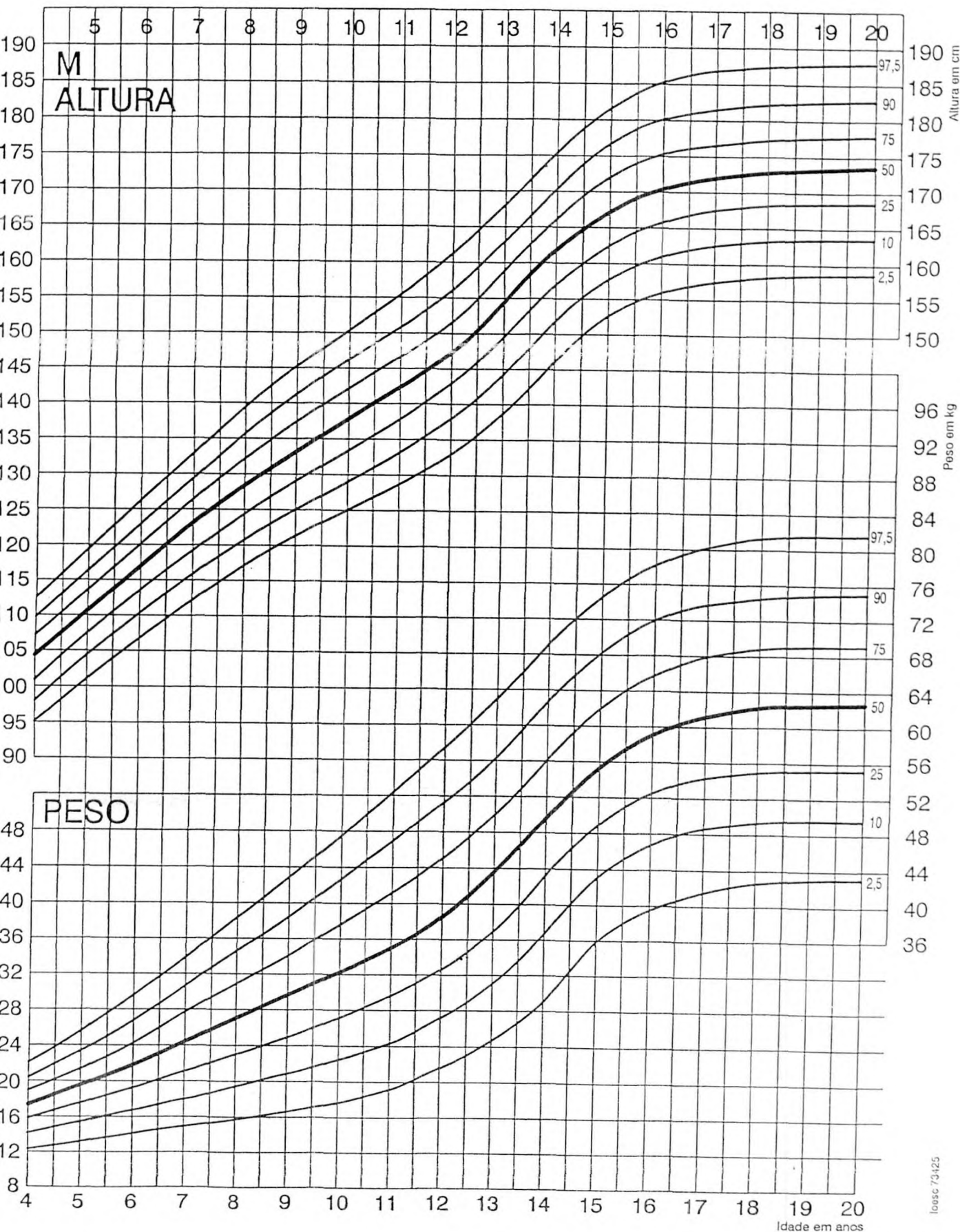
Nº	NOME	DATA NASC.	VINC.	ESTADO CIVIL	INST.	PROFISSÃO	REL.	ETNIA

MOTIVO DA CONSULTA

EVENTOS RELACIONADOS AO MOTIVO DA CONSULTA

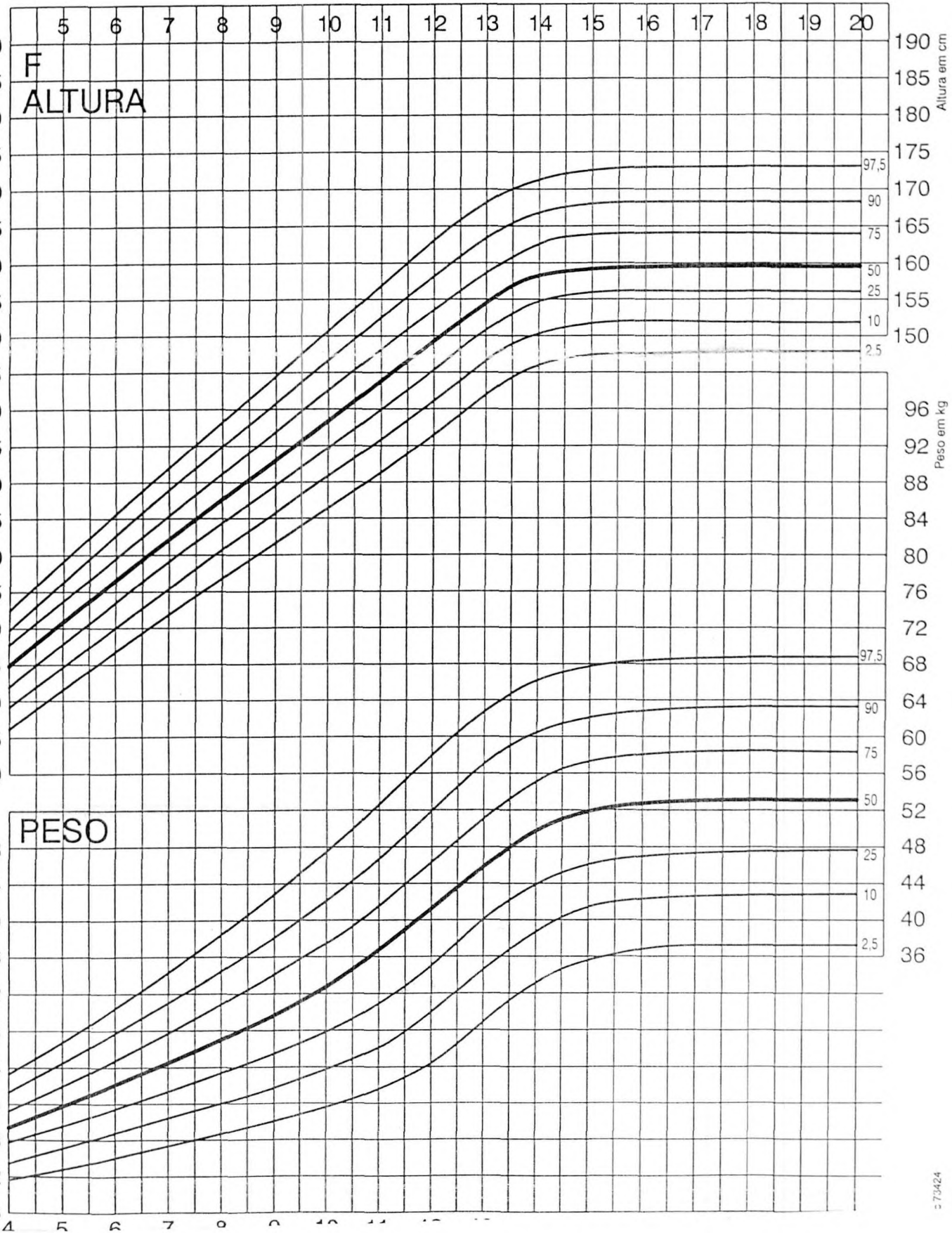


CURVA DE PONDO ESTATURAL





CURVA DE PONDO ESTATURAL



NOME	REGISTRO
------	----------

MOTIVO DA CONSULTA

PARÂMETROS CLÍNICOS GERAIS

<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> OBESIDADE
<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES VASCULARES	<input type="checkbox"/> DISTÚRBIOS HEMATOLÓGICOS	<input type="checkbox"/> PATOLOGIA URINÁRIA
<input type="checkbox"/> CARDIOPATIAS	<input type="checkbox"/> DISTÚRBIOS VISUAIS	<input type="checkbox"/> PNEUPATIA
<input type="checkbox"/> CEFALÉIA	<input type="checkbox"/> DISRITMIA	<input type="checkbox"/> TABAGISMO
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS	<input type="checkbox"/> DIST. PSÍQUICOS	<input type="checkbox"/> TONTURAS
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS PÉLVICAS	<input type="checkbox"/> HEPATIPATIAS	<input type="checkbox"/> TUMORES
<input type="checkbox"/> CONVULSÃO	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/> USO DE ANTICOAGULANTES
<input type="checkbox"/> DERMATOPATIAS	<input type="checkbox"/> INFERTILIDADE	
<input type="checkbox"/> OUTRAS		

ANTECEDENTES FAMILIARES

HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	CEMELAR <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
TUBERCULOSE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DIABETES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	OUTROS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

ANTECEDENTES MENSTRUAIS - HISTÓRIA MENSTRUAL

FLUXO MENSTRUAL DIAS	INTENSIDADE DO FLUXO <input type="checkbox"/> LEVE - (1/2 ABSORVENTES/TAMP. POR DIA) <input type="checkbox"/> REGULAR (3/4 ABS./TAMP. POR DIA)	<input type="checkbox"/> INTENSO (5 OU + ABS./TAMP. POR DIA) <input type="checkbox"/> VARIÁVEL
SANGRAMENTO INTERMENSTRUAL <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> MÍNIMO/DIAS <input type="checkbox"/> MÁXIMO/DIAS		
DESCONFORTO MENSTRUAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL <input type="checkbox"/> DISMENORRÉIA <input type="checkbox"/> TENSÃO	ÚLTIMA MENSTRUÇÃO (DIA/MÊS/ANO) / /
ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS: MAMAS <input type="checkbox"/> MASTALGIA <input type="checkbox"/> DESCARGA PAPILAR <input type="checkbox"/> NÓDULOS <input type="checkbox"/> OUTRAS PATOLOGIAS		

CORRIMENTOS VAGINAIS

<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	COR	INTENSIDADE
PRURIDO	ODOR	DURAÇÃO
TRATAMENTOS ANTERIORES		

ANEXO B

Metodologia "SOAP"

S - Dados Subjetivos:

- São as informações e observações do cliente (família, amigos ou responsáveis);
- O que ele sente (queixas);
- Suas reações e/ou acredita ser.

O – Dados Objetivos

- Observação clínica (sinais, sintomas);
- Dados do exame físico;
- Dados mensuráveis (T, P, PA, Peso, Altura, etc);
- Resultados dos exames ou tratamentos;
- O que o técnico realmente constata.

A – Análise dos Dados

- Explica os significados dos dados subjetivos;
- Registra sua opinião sobre como definir o problema num maior grau de precisão;
- Avalia ao mesmo tempo a evolução da conduta adotada;
- Identifica novos problemas;
- Explica as razões para manter, mudar ou abandonar a conduta.

P – Plano

- Mostra qual o tratamento;
- Ensino (educação do cliente);
- Ou que orientações/observações são projetadas para o futuro muito próximo.

Regras Gerais na Anotação:

- Obedecer à ordem de apresentação de cada letra da sigla: S – O – A - P
- Observar a redação, ortografia, usar a 3ª pessoa gramatical.
- Fazer anotações precisas e sistemáticas,
- Usar termos técnicos.
- Procurar escrever com a mesma cor da caneta.
- Considerar o sigilo profissional.
- Colocar a data.
- Após a última anotação, carimbar e rubricar.

ANEXO C

EXCELENTÍSSIMO SR. DR.
D. D. PROMOTOR DA INFÂNCIA e
JUVENTUDE DA COMARCA DE

Nome, endereço, data de nascimento,... Vem mui
respeitosamente expor a V. Exa. o que segue: Contar o
problema e a seguir fundamentar com a Lei:

O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal nº 8069,
no artigo 7 diz: "A criança e o adolescente têm direito à
proteção, à vida, à saúde, mediante a efetivação de políticas
sociais públicas que permitam o nascimento e o
desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas
de existência".

Mais adiante no artigo 11 diz: "É assegurado o atendimento
médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único
de Saúde, garantindo acesso universal e igualitário às ações
e serviços para a promoção, proteção e recuperação da
saúde". Parágrafo 1: "A criança e o adolescente portadores de
deficiência receberão atendimento especializado".

O artigo-4º diz que a criança e o adolescente têm
"precedência de atendimento nos serviços públicos ou de
relevância pública".

Já o artigo 98 fala sobre: "As medidas de proteção à criança e
ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos
reconhecidos nesta lei forem ameaçados ou violados: I - Por
ação ou omissão da Sociedade ou Estado".

Diante do exposto pergunta a V. Exa. A Lei está sendo
cumprida?

Solicita a vossa ajuda para que seus direitos sejam
assegurados.

DATA e ASSINATURA