

Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde*

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres¹

Yara Maria de Carvalho²

Mariana Arantes Nasser³

Rodrigo Marcinkevicius Saltão⁴

Valéria Monteiro Mendes⁵

AYRES, J.R.C.M. et al. Ways of comprehensiveness: adolescents and young adults in Primary Healthcare. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.40, p.67-81, jan./mar. 2012.

Adolescents and young adults constitute an important challenge in constructing comprehensiveness within primary healthcare. This is because of the complexity of understanding and responding to their set of healthcare needs, consequent to the growth and development process that is characteristic of this phase, and especially to the related sociocultural factors. The present study sought to recognize the reach and limits of how the comprehensiveness principle has been operated at a primary healthcare unit. Although it was possible to identify effective perception of the specific healthcare needs of this group, it was also possible to observe important limitations relating to construction of care projects capable of integrating the various aims of the day-to-day work, insufficiency of professional and sectorial interactions, and weaknesses in communications among professionals and between professionals and users.

Keywords: Adolescents. Young adults. Comprehensive healthcare. Primary healthcare.

Adolescentes e jovens constituem importante desafio para a construção da integralidade na Atenção Primária à Saúde (APS). Isso se deve à complexa apreensão e resposta ao conjunto de suas necessidades de saúde, decorrentes do processo de crescimento e desenvolvimento, próprio da fase, mas, sobretudo, dos aspectos socioculturais relacionados. O presente estudo buscou reconhecer alcances e limites em como o princípio da integralidade vem sendo operado em uma Unidade Básica de Saúde. Embora tenha sido possível identificar uma efetiva percepção da especificidade necessária à atenção à saúde desse grupo, também se verificaram importantes limitações relacionadas à construção de projetos de cuidado capazes de integrar as diversas finalidades do trabalho no cotidiano da Unidade, com destaque para a insuficiência de interações profissionais e setoriais, e fragilidades na comunicação de profissionais entre si e de profissionais e usuários.

Palavras-chave: Adolescentes. Jovens. Assistência Integral à Saúde (Integralidade). Atenção Primária à Saúde.

* Elaborado com base na pesquisa "Caminhos da integralidade: levantamento e análise de tecnologias de cuidado integral à saúde em serviços de atenção primária em região metropolitana – área temática Saúde do Jovem e do Adolescente", sob coordenação do Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, e com financiamento da Fapesp. Aprovado pelas comissões de ética em pesquisa do Hospital das Clínicas, FMUSP e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

¹ Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (FMUSP). Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º andar. São Paulo, SP, Brasil. 01.246-903. jrcayres@usp.br

² Departamento de Pedagogia do Movimento do Corpo Humano, Escola de Educação Física e Esporte, USP.

³ Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, Departamento de Medicina Preventiva, FMUSP.

⁴ Fisioterapeuta.

⁵ Programa de Pós-Graduação em Pedagogia do Movimento, Escola de Educação Física e Esporte, USP.

Introdução

O cuidado da saúde de adolescentes e jovens constitui um importante desafio para as práticas em saúde, seja pelas características próprias desse grupo populacional, seja pelas formas de organização dos serviços de saúde (Queiroz, 2011; Ayres, França Júnior, 1996).

As especificidades do grupo decorrem, de um lado, do processo de crescimento e desenvolvimento, que implica necessidades de monitoramento e suporte a aspectos morfofuncionais, mas, sobretudo, aos aspectos socioculturais relacionados a esse processo. Por essa razão, as definições de adolescência e juventude, normalmente utilizadas no campo da saúde, levam em consideração: os marcos pubertários e de crescimento e desenvolvimento, as experiências de vida em contexto, envolvidas no adolecer, como também os limites cronológicos associados às normas civis e jurídicas socialmente estabelecidas (Saito, Silva, Leal, 2008; Coates, Beznos, Françoso, 2003).

No Brasil, os principais critérios delimitadores nas práticas em saúde são os da Organização Mundial da Saúde (OMS) e os do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 2010). Segundo a OMS, a adolescência corresponde à segunda década da vida, de dez a 19 anos, e a juventude vai dos 15 aos 24 anos (OMS, 1975). Para o ECA, a adolescência é a fase situada entre 12 e 18 anos de idade, com algumas exceções, em que o estatuto se refere a pessoas de até 21 anos (Brasil, 1990).

A hebiatria, campo do conhecimento médico que estuda a saúde e a doença na adolescência, define essa fase como o momento de transição da infância à adultícia. Aponta a puberdade, dimensão biológica, corporal desse processo de maturação, como um marcador físico do mesmo, que não se restringe a ela. A puberdade manifesta-se mais claramente pelos primeiros sinais da maturação sexual; isto é, pelo surgimento dos primeiros caracteres sexuais secundários: na menina, o aparecimento do broto mamário; e, no menino, o aumento do volume testicular (Setian, Colli, Marcondes, 1979).

Os processos socioculturais que caracterizam a adolescência e a juventude dizem respeito, especialmente, à vivência e à percepção das referidas mudanças biológicas e, sobretudo, das novas descobertas, experimentadas nos contextos concretos em que vivem (Oliveira, 1999; Muuss, 1976).

Essa fase de vida é marcada por contradições entre desejos e responsabilidades relacionadas ao mundo infantil e adulto, o anseio por novas descobertas, e o medo do desconhecido, traduzidos pela sociedade por algumas noções e valores relativos à proteção/tutela *versus* emancipação; à imputabilidade legal; ao questionamento da capacidade para o mundo do trabalho; à imaturidade e à impulsividade; à valorização da beleza e ao preconceito pela falta de experiência; aos movimentos de contestação, de instauração do novo e provocação de mudanças (Ozella, 2003).

Outras categorias explicativas da sociedade, dentre as quais se destacam as de classe social, gênero e raça, influenciam tanto na vivência dos indivíduos como nos significados e nos julgamentos atribuídos a esse grupo, no que se refere, particularmente, às práticas em saúde, os quais podem, inclusive, determinar diferenças de classificação entre crianças, adolescentes, jovens, adultos, e, por conseguinte, nos modos de operar o cuidado junto a essa população. Nesse sentido, adolescentes e jovens compõem um grupo específico, porém não homogêneo: são diferentes em idade, nas condições de vida e saúde, raça, procedência, classe, escolaridade, gênero, orientação sexual, presença ou não de deficiência, estado civil, ter ou não filhos, entre outras condições, ainda que tenham características comuns que permitem a sua consideração e o seu cuidado como um coletivo (Abramo, Branco, 2005).

Todos esses aspectos tornam bastante complexas a apreensão e a resposta ao conjunto das necessidades de saúde de adolescentes e jovens. A consideração ativa desses aspectos é fundamental, porém, para um adequado cuidado da saúde desse grupo, capaz de efetivamente acolhê-los como sujeitos plenos, com suas necessidades e demandas específicas, favorecendo um trabalho integrado entre promoção, prevenção e recuperação/reabilitação (Ayres, 1994).

Adolescência e juventude constituem, assim, identidades populacionais que desafiam a organização do trabalho em saúde, no sentido de efetivarem um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS): o princípio doutrinário da integralidade, definida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Vasconcelos, Pasche, 2006).

A operacionalização do princípio da integralidade não é, contudo, matéria simples. Mattos (2001) já apontava a situação aparentemente paradoxal de ser a integralidade o mais polissêmico princípio do SUS e, ao mesmo tempo, uma das mais fecundas “imagens-objetivo” a mobilizar os sujeitos na consolidação da reforma sanitária brasileira. O autor sintetiza essa mobilização na dupla perspectiva de uma forma de responder às necessidades de saúde dos cidadãos e de um modo de organizar a atenção à saúde:

[...] o que caracteriza a integralidade é obviamente a apreensão ampliada das necessidades, mas principalmente esta habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde. (Mattos, 2004, p.1414)

Ayres (2009) corrobora essa posição, ao analisar o lugar da integralidade entre os princípios doutrinários do SUS:

[...] universalização, equidade e integralidade são mutuamente referentes, cada um reclamando os demais. [...] O princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas a integralidade nos desafia a saber e fazer o “quê” e “como” pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um. (Ayres, 2009, p.13)

Buscando apreender esse sentido prático do princípio da integralidade, sem deixar escapar a riqueza expressa em sua polissemia, adota-se aqui uma definição de integralidade que a remete a quatro eixos estreitamente inter-relacionados na organização da atenção à saúde:

A) eixo das necessidades: diz respeito à qualidade e natureza da escuta, acolhimento e resposta às demandas de atenção à saúde; o impulso mais relevante aqui é o do desenvolvimento de sensibilidade e capacidade de resposta a necessidades que não se restrinjam à prevenção, correção e recuperação de distúrbios morfológicos ou funcionais do organismo, sem descuidar destas;

B) eixo das finalidades: diz respeito a graus e modos de integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos, e recuperação da saúde/reinserção social; o sentido dominante aqui é o de não segmentar as ações, mas, ao contrário, criar sinergismos que otimizem o desenvolvimento das ações, tanto da perspectiva da racionalização meios-fins, como do conforto e conveniência para indivíduos, famílias e comunidades;

C) eixo das articulações: refere-se aos graus e modos de composição de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais no desenvolvimento das ações e estratégias de atenção à saúde; o propósito aqui é criar as melhores condições para oferecer resposta efetiva às necessidades de saúde em uma perspectiva ampliada, tal como descrito no item A;

D) eixo das interações: refere-se à qualidade e natureza das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado; a motivação das propostas identificadas nesse eixo é a construção de condições efetivamente dialógicas entre os sujeitos participantes dos encontros relacionados à atenção à saúde, sejam de pessoa a pessoa, sejam na perspectiva de equipes/comunidades, sem o que as aspirações dos eixos anteriores não podem ser realizadas (Ayres et al., 2006 apud Ayres, 2009, p.14).

Embora o princípio da integralidade, como os demais, seja aplicado a qualquer nível do sistema de saúde, é na Atenção Primária à Saúde (APS) que ele adquire maior importância estratégica. Isso porque, por definição, é responsabilidade central dela a identificação, execução e articulação das ações de saúde que, transversal e longitudinalmente, devem ser desenvolvidas para responderem às necessidades de saúde de indivíduos, famílias e comunidades (Starfield, 2002; Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996).

A APS também tem sido definida segundo diferentes interesses e perspectivas privilegiados na análise: pela natureza das necessidades e demandas que lhe são peculiares, como um dos níveis de organização do sistema, ou como uma tecnologia, isto é, como modo de operar o processo de trabalho efetivamente realizado nas Unidades Básicas de Saúde (Mendes-Gonçalves, 1994).

Ainda que as três dimensões estejam completamente vinculadas, no plano concreto, privilegiaremos, no presente estudo, a dimensão tecnológica, por ser aquela que nos parece melhor flagrar a dinâmica na qual se determinam mutuamente as necessidades e demandas de saúde postas (e repostas) para os serviços, os recursos técnicos e organizacionais que são dispostos para responder a tais necessidades e demandas (reconstruindo-as continuamente), e a perspectiva prática (política, ética, moral) dos sujeitos que interagem como construtores e destinatários das ações de saúde.

A APS será aqui tomada, portanto, como uma tecnologia composta por um conjunto de instrumentos não materiais e materiais voltados de forma integrada a: programas e ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação da saúde de indivíduos, famílias e comunidades, utilizando equipamentos de baixa complexidade, empregando saberes e organização de alta complexidade, e orientando-se pela integralidade como norteadora de suas ações.

Como tecnologia concretamente operada no SUS, a APS caracteriza-se por ser, preferencialmente, a primeira alternativa de atendimento do usuário, por constituir a porta de entrada para o sistema, por ter caráter estratégico na estruturação das ações de assistência, e por resolver as necessidades básicas de saúde. A complexidade do trabalho na APS refere-se, portanto, menos ao grau de comprometimento fisiopatológico dos seus usuários – embora também lide com doentes muito graves, em geral crônicos –, do que ao papel que desempenha e às situações com as quais deve lidar cotidianamente, e que implicam o manejo de aspectos sociais, culturais e econômicos, diretamente relacionados aos carecimentos que demandam respostas nesse nível (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996).

De posse do quadro conceitual aqui construído, caberá, então, arguir até que ponto e de que modo a APS, como tecnologia operada no contexto do SUS, vem logrando oferecer uma atenção integral à saúde desse grupo. Nesse sentido, é objetivo do presente estudo levantar e analisar ações de APS de adolescentes e jovens examinando o caso de um serviço com atividades específicas para o grupo localizado na região oeste da cidade de São Paulo.

Método

Resultante de um protocolo mais amplo de investigação sobre as formas de operação prática do princípio da integralidade em Unidades Básicas de Saúde da região oeste de São Paulo, SP, o presente trabalho constitui uma pesquisa qualitativa, na forma de um estudo de caso, baseado em observação densa de serviço de saúde e entrevistas semiestruturadas com usuários e profissionais.

O protocolo geral da pesquisa envolveu 14 Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo/Supervisão Técnica de Saúde do Butantã, três delas organizadas segundo a Estratégia de Saúde da Família (ESF), e as demais, segundo modelos tradicionais ou mistos (UBS). Compôs-se de seis subprotocolos, ou áreas temáticas de investigação sobre a integralidade da atenção: organização do processo de trabalho e equipe de saúde; gênero e saúde; raça e saúde; saúde e envelhecimento; saúde do adolescente e do jovem; e saúde mental e atenção primária. Embora a pesquisa, também no subprotocolo relativo a adolescentes e jovens, tenha envolvido uma unidade ESF, os resultados apresentados neste artigo referem-se somente à observação direta e entrevistas com usuários e profissionais de uma UBS.

Após uma fase preliminar de inventário sobre as características das 14 Unidades da região (realizada de junho de 2008 a maio de 2009), a UBS aqui analisada foi selecionada para estudo nesse subprotocolo, por ser a única entre as unidades da região (excluindo-se um serviço-escola com características muito peculiares, enquanto unidade de ensino, pesquisa e docência) a desenvolver um programa especificamente voltado para o atendimento a adolescentes. Essa situação pareceu privilegiada para estudar o processo de trabalho com esse grupo em serviço de atenção primária, o que certamente seria mais difícil de fazer em Unidades nas quais os adolescentes e jovens não são diferenciados no conjunto da demanda. Optou-se, portanto, por sacrificar, em alguma medida, a extensão da análise aqui efetuada, por tratar-se de uma situação não muito frequente em Unidades Básicas de Saúde, nos moldes UBS ou ESF, em benefício da maior profundidade e sensibilidade da investigação.

Após os devidos esclarecimentos e consentimentos éticos, o trabalho de campo aqui relatado foi realizado entre maio e setembro de 2009. Os pesquisadores de campo (entrevistas e observação) foram dois docentes (médico e profissional de educação física) com experiência na área de saúde de adolescentes, além de três profissionais por eles treinados e supervisionados (uma médica, um fisioterapeuta e uma profissional de educação física).

Durante os meses citados, foram realizadas dezessete observações do serviço (aproximadamente sessenta horas) em diferentes áreas (recepção, sala de espera, consultório, sala de grupo) e atividades (consultas médicas, atendimentos de outros profissionais, atividades educativas, reuniões de equipe), cobrindo o que se poderia chamar de uma “semana típica” – no que se refere a atividades de relevância desenvolvidas em diferentes períodos. Observações essas registradas em diários de campo.

Foram realizadas, aproximadamente, 14 horas de entrevistas, envolvendo cinco adolescentes e 12 profissionais, entre gestores, profissionais de nível superior e funcionários. Esse número resultou de uma combinação de critérios: 1) capacidade operacional da pesquisa; 2) abrangência, diversidade e expressividade dos entrevistados em relação ao conjunto de profissionais e usuários do serviço pesquisado; 3) o acúmulo de material julgado suficiente para responder aos objetivos do estudo.

A eleição dos jovens entrevistados procurou abranger ambos os sexos e variedade etária – menores e maiores de 15 anos. Por características do serviço e de demanda, só foi possível acessar e entrevistar, no período do trabalho de campo, jovens do sexo feminino – perfil francamente dominante na demanda do programa, muito associado, na cultura do serviço, ao seguimento pediátrico, e também por ser o mais acessível à participação. A eleição dos profissionais procurou incluir diferentes níveis de formação e perfis de atuação, do gestor ao funcionário não especializado, buscando olhares diversos sobre o processo de trabalho na Unidade.

Como a apresentação/discussão dos resultados, em função do referencial teórico adotado e da natureza do objeto do estudo, depende do cotejamento das visões dos usuários, dos profissionais e dos próprios pesquisadores, os fragmentos expressivos do trabalho de campo serão apresentados de modo articulado. Para facilitar a identificação das diferentes participações, os depoimentos de adolescentes serão assinalados pelo nome fictício, seguido da idade; os dos profissionais, pelo nome fictício e categoria profissional; e as observações e impressões dos pesquisadores serão assinaladas pela denominação de “caderno de campo”.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, sendo este material, juntamente com o registro das observações nos cadernos de campo, o *corpus* sobre o qual foram baseadas as análises. Os roteiros de observação de campo e das entrevistas, assim como sua interpretação, foram baseados no quadro da *integralidade como tecnologia* de APS e seus quatro eixos analíticos, descritos na Introdução deste artigo.

Resultados e discussão

A área da UBS eleita para o estudo – segundo o Censo IBGE de 2000 e as projeções populacionais para o ano de 2007, dados disponíveis à época do trabalho de campo – cobre uma população de 24.281 habitantes, com discreto predomínio de mulheres (51,8%), sendo 26,2% com idade entre dez e 24 anos. A renda familiar média da população atendida era de cinco salários-mínimos, ou menos, para 40,68% dos domicílios. Quanto à escolaridade, 37,1% dos habitantes tinham quatro ou menos anos de estudo.

A UBS contava com: quatro consultórios médicos (hebiatria, pediatria, clínica médica, ginecologia), um consultório dentário, seis consultórios para outros profissionais (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, enfermagem, serviço social e psicologia), uma sala para atividades em grupo do programa de adolescentes, uma brinquedoteca, uma sala de curativo, uma sala de imunização, uma sala de coleta de exames e uma sala de nebulização. Sua equipe era composta por 48 profissionais, sendo: 11 médicos (três clínicos gerais, quatro pediatras, quatro ginecologistas), quatro dentistas, dois enfermeiros, 15 auxiliares de enfermagem, dois psicólogos, dois terapeutas ocupacionais, um fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, um assistente social e nove profissionais administrativos.

A região de cobertura da UBS não dispunha de outros serviços públicos de saúde e contava com poucos equipamentos sociais – no inventário inicial das Unidades foram citadas algumas Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEI), uma Organização Não Governamental de DST/Aids, um grupo de convivência de idosos, um Centro Educacional Unificado, da Secretaria Municipal de Educação (CEU), e um centro cultural comunitário, sendo alguns deles distantes do bairro em que está a Unidade.

Os sujeitos diretamente participantes da pesquisa (entrevistados) estão listados, com nomes fictícios, no Quadro 1. O Quadro 2 sintetiza as atividades de observação do serviço, registradas em caderno de campo.

Quadro 1. Síntese do perfil dos entrevistados

Profissionais			Usuários		
Nome*	Sexo	Profissão	Nome*	Sexo	Idade
Ana	Feminino	Fisioterapeuta	Nadja	Feminino	13
Paula	Feminino	Assistente Social	Glória	Feminino	10
Beatriz	Feminino	Médica Hebiatra	Maria	Feminino	10
Letícia	Feminino	Gerente	Ludmila	Feminino	10
Antônio	Masculino	Vigilante	Fernanda	Feminino	15
Carlos	Masculino	Aux. Téc. Administrativo 1			
Rafael	Masculino	Aux. Téc. Administrativo 2			
Priscila	Feminino	Auxiliar de gerente			
Catarina	Feminino	Terapeuta Ocupacional			
Joaquim	Masculino	Ginecologista			
Denilson	Masculino	Ginecologista			
Keyla	Feminino	Aux. de Farmácia			

*Os nomes dos usuários e profissionais são fictícios, para preservação do sigilo.

Quadro 2. Síntese dos espaços e atividades observados em campo

Descrição geral da UBS e da ocupação do espaço por adolescentes e jovens	Reuniões	Atividades do programa de adolescentes	Atendimentos de adolescentes e jovens em espaços externos ao programa
<ul style="list-style-type: none"> - estrutura física da UBS; - materiais de comunicação visual; - fluxo interno dos usuários; - adolescentes e jovens na sala de espera e na fila de atividades; - sala da administração. 	<ul style="list-style-type: none"> - reunião geral da UBS; - reunião de equipe do programa de adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - grupo educativo para adolescentes do sexo feminino, mais novas; - grupo educativo para adolescentes mais velhos, misto; - grupo educativo de gestantes adolescentes; - consulta médica hebiátrica; - atendimento de fisioterapia em grupo; - atividade de sala de espera do programa; - atividade lúdica para crianças e adolescentes mais novos; - atividade especial em comemoração ao Estatuto da Criança e do Adolescente. 	<ul style="list-style-type: none"> - atendimento de adolescentes e jovens no balcão da recepção, na farmácia; - atendimento de saúde bucal (dirigido às escolas da região); - consulta de pediatria; - consulta de pré-natal; - consulta de ginecologia; - consulta de clínico geral.

Necessidades de saúde de adolescentes e jovens

A diversidade na experiência vivida da adolescência e juventude pode ser apreendida nas entrevistas realizadas com as usuárias do serviço, mesmo em igual contexto socioeconômico, já no modo com que se percebem em relação à identidade adolescente:

“[Sente-se criança ou adolescente?] Adolescente. [Quando sentiu?] Quando comecei a “criar pelinhos”. [Quantos anos você tinha?] Nove anos”. (Glória, 10 anos)

“Eu me sinto criança. É legal ser criança, eu posso brincar com minhas amigas”. (Ludmila, 10 anos)

A diversidade se estende ainda a outros aspectos, como: o grau e o tipo de responsabilidade doméstica, a relação com a escola, as redes de sociabilidade, as atividades de lazer, os padrões de inclusão social e o exercício da cidadania.

As necessidades, tais como emergem do encontro entre os adolescentes e jovens e o programa da UBS, apresentam um padrão mais homogêneo, relacionando-se, sobretudo, a aspectos da sexualidade e reprodução; queixas clínicas referentes a essa fase da vida, com ênfase na busca do atendimento com hebiatra; acompanhamentos específicos de terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicoterapia e fisioterapia, encaminhadas desde o programa de adolescentes; e dificuldades socioeconômicas e familiares.

Em relação ao tema da sexualidade, as necessidades do grupo são traduzidas, no dia a dia do serviço, pela busca de “camisinha” e da “pílula do dia seguinte”, e pela procura de teste de gravidez e de acompanhamento pré-natal. Mas as entrevistas com adolescentes demonstram que há demandas potenciais e diversas, antes mesmo de se traduzirem em questões de saúde reprodutiva, e também articuladas a um universo ainda infantil:

“Só fiquei uma vez com um menino da rua. [...] minha prima pegou e falou para minha mãe, que me colocou de castigo. [...] Foi bom, porque beijei e foi mal, porque minha prima me viu. [...] Brinco de mamãe e filhinho com minhas amigas. A gente brinca no quintalão em frente da casa da minha amiga. [...] A gente entra no orkut. [...] Tem um monte de meninos pedindo pra ficar comigo, mas eu já excluí todos, mas já entrou um monte de novo”. (Glória, 10 anos)

As demandas no campo da sexualidade são apreendidas pelos profissionais segundo um modelo de cuidado no qual prevalece um olhar normativo e praticamente restrito à esfera reprodutiva. No entendimento dos profissionais, os adolescentes e jovens procuram a UBS com a intenção de evitar a “gravidez precoce” e prevenir as DST/Aids, sem uma discussão mais aprofundada sobre os sentidos, valores e significados da vivência da sexualidade e da reprodução.

VOCÊ

Garota ou mulher

Que tal engravidar na hora certa?

Venha conhecer todos os métodos anticoncepcionais, podendo, assim, planejar a sua gravidez.

Agende na recepção a sua participação no grupo de

PLANEJAMENTO FAMILIAR.

(Caderno de campo: texto de mural de divulgação de atividades)

As necessidades relacionadas às queixas clínicas são questões pontuais, de pronto atendimento, consumo de exames ou encaminhamentos para especialistas, e, em alguns casos, reportam a preocupação dos responsáveis com o crescimento. Nessa perspectiva, as queixas são identificadas como necessidades de saúde, conforme abordagem que privilegia o componente biológico do atendimento clínico e favorece a medicalização, o consumo de exames e os encaminhamentos

internos e externos. Chama a atenção a baixa incorporação à abordagem hebiátrica dos outros componentes da vida dos jovens, como a relação com a escola e, também, seus interesses e desejos. Vale ressaltar que, nos períodos em que não há atendimento hebiátrico, o pronto atendimento dessa clientela é realizado por pediatras e clínicos, quando tende a acentuar-se o padrão queixa-conduta.

Nos casos em que os carecimentos dos adolescentes e jovens se referiam às dificuldades de adaptação escolar, de fonação e letramento, à adequação social, ao sofrimento psíquico, às desordens posturais e às queixas respiratórias, eles foram encaminhados, internamente, aos profissionais do Programa: terapeuta ocupacional, assistente social, psicóloga, além de outros externos a ele - fonoaudióloga e fisioterapeuta. Observou-se que existe pouca interação entre essas atividades, bem como escassos mecanismos de busca ativa de casos novos, o que é atribuído, pelo serviço, à escassez de profissionais.

Necessidades socioeconômicas e familiares, como desemprego, escolarização precária, drogadição, são perceptíveis entre os usuários, sem contar situações cotidianas de violência doméstica.

“[...] A violência, o abuso, a maconha, a covardia, espancamento, tortura. Se fosse eu, não cometeria crimes. Uma amiga já foi abusada. É complicado acabar com isso”. (Fernanda, 15 anos)

“Só que o pai da minha amiga morreu com facada. A filha viu. O pai morreu no colo da filha. É... foi triste!”. (Glória, 10 anos)

Tais necessidades são, porém, pouco incorporadas ao processo de trabalho com o grupo, o que é atribuído, entre outros aspectos, a fragilidades da formação dos profissionais.

“[...] falta formação dos profissionais, falta a visão real do que é esse jovem, como esse jovem está se colocando no mundo de hoje, na sociedade de hoje [...] a gente fica muito centrado nas questões da saúde física e mental. [...] Precisava de um pouco mais de abertura, de um mapeamento desses jovens no território [...] há jovens muito diferentes na cidade de São Paulo, com vivências, com perspectivas... Se você não mapear isso, entender isso, você vai dar com os burros n'água”. (Priscila, auxiliar de gerência)

As observações e entrevistas evidenciam que existe um olhar específico para o grupo, particularmente para os adolescentes – os mais velhos tendem a ser atendidos de forma mais diluída em atividades de saúde da mulher e clínica. Mas a leitura dessas necessidades específicas, seja pela ênfase biomédica, seja por posições preestabelecidas de caráter normativo, por vezes impregnado de juízos morais, acaba obstaculizando possibilidades de um efetivo diálogo com esses sujeitos.

Marcela, 13 anos, sexo feminino, parda. Vem em consulta de retorno, acompanhada pela mãe. Sua queixa é em relação à menstruação que considera muito abundante. Dra. Beatriz faz interrogações sobre o fluxo, a duração, a periodicidade, etc., e explica que está dentro do normal. A menina tampouco sente dor ou muita indisposição. Dra. Beatriz diz que mãe e observadora podem ficar durante o exame, que é normal. Dra. Beatriz faz orientações sobre a aceitação da menstruação e sua importância, como sinal de normalidade e saúde. Solicita exames de hormônios relacionados à menstruação. A menina sai do consultório com um semblante que indica que ainda não ficou satisfeita.
(Caderno de campo: observação de consulta de hebiatria)

Finalidades do trabalho em saúde com adolescentes e jovens

Apesar de dispor de um programa específico para adolescentes e jovens, há pouca discussão no serviço sobre projetos de cuidado que integrem os diversos saberes e ações dos profissionais, assim como restritas interfaces entre promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

“Existem algumas outras interações; por exemplo, vai ter uma ação de educação e... educação e saúde, parece-me que na semana que vem. [...] Esses detalhes quem sabe dizer mais é a Catarina (TO), porque ela é que tem participado. Porque... como eu tenho uma restrição de tempo, né? Eu faço a minha carga horária, 20h por semana. Então eu fico, logo cedinho, aqui, depois eu tenho os outros tempos todos ocupados. Então eu faço muito pouca participação”.

(Beatriz, hebiatra)

As interações entre os profissionais estão pautadas na lógica de encaminhamentos internos. Percebe-se que um importante objetivo do serviço reside em responder às demandas pelas quais se é interpelado no dia a dia – o que fica expresso tanto nas consultas marcadas pela lógica “queixa-conduta” como no enfoque das reuniões na resolução de casos particulares, restritas ao planejamento da próxima atividade sem maiores discussões sobre projetos de cuidado singularizados, ou um projeto para o Programa em geral.

Não há uma tecnologia de organização do acesso à Unidade. O encontro entre jovens e serviço é baseado no “boca a boca” e na demanda espontânea. De forma geral, o serviço faz pequeno uso de protocolos para orientação de suas ações, bem como para oferta de cada tipo de atividade para os usuários; e o condicionante para que determinado atendimento seja marcado é o interesse do usuário e a disponibilidade de vagas, em detrimento de uma discussão sobre o impacto das ações para as necessidades que estão em questão, sejam individuais ou coletivas. Além disso, o modelo de atenção toma, como universo das ações de saúde, os usuários matriculados, e não o território, havendo escassa possibilidade de instrumentos para busca ativa de usuários.

Um menino de 13 anos solicita uma consulta com a médica hebiatra para o irmão mais novo, de 11 anos, que o acompanha. A recepcionista diz que só tem vaga para o dia 25 de novembro e pergunta se pode ser. Eles concordam. Ela, então, faz o agendamento no computador e marca no cartão. [...] Questionada pela observadora se segue alguma orientação, ela responde que, em geral, apenas atende ao que a pessoa solicita, verificando quando tem data. (Caderno de campo: observação da recepção)

Articulação entre saberes e ações no cuidado de adolescentes e jovens

A maior parte dos profissionais sabe que existe o Programa para adolescentes e jovens e o vincula, sobretudo, aos profissionais de Terapia Ocupacional e de Hebiatria, mas, em geral, desconhece o que é feito nele, sendo que alguns trabalhadores do serviço sequer têm conhecimento de sua existência.

O trabalho é centrado em algumas pessoas, particularmente na figura da Terapeuta Ocupacional, a profissional mais procurada pelos adolescentes já inscritos no Programa, e que polariza a organização do trabalho, conforme atestam as observações de suas atividades no dia a dia, assim como a sua forma de condução nas reuniões semanais do grupo, ainda que seja perceptível um esforço de integração. Outro exemplo de centralização é o controle dos casos de adolescentes que passam em atendimento hebiátrico em uma pasta paralela ao prontuário e arquivo da UBS, não acessado pelos outros profissionais.

Ainda sobre o atendimento hebiátrico, este é baseado na demanda espontânea, cuja divulgação é feita pelo “boca a boca”, por parte de adolescentes, sobretudo do sexo feminino. O encaminhamento de adolescentes para atividades em grupo está relacionado à detecção de riscos sociais e às dificuldades de aprendizado, sobretudo pela hebiatra, e, em menor escala, por outros profissionais da clínica e pediatria; ginecologia e obstetrícia – encarregados, respectivamente, do pronto atendimento e responsáveis pelo pré-natal de adolescentes e jovens. A observação verificou que a integração se dá, sobretudo, pela referência interna das próprias usuárias e, menos, por mecanismos formais e pelo desenvolvimento de trabalhos conjuntos. Alguns dos profissionais entrevistados consideram, contudo, que a relação entre o Programa de adolescentes e os responsáveis pelo pré-natal é satisfatória.

“[...] a gente tem o Doutor [...], um ginecologista que não faz parte, que não participa das discussões, mas é uma pessoa que já tem uma abertura pra estar fazendo mais o acolhimento dessas nossas adolescentes. Tanto é que a Paula (assistente social) fazia um grupo, já no dia em que ele fazia o atendimento, e já tinha um canal aberto pra estar encaminhando algumas situações pra ele”. (Beatriz, hebiatra)

Outro ponto de articulação dentro da UBS se dá entre a fisioterapeuta e os profissionais que integram o Programa, sobretudo com a Terapeuta Ocupacional, a quem busca ajudar com atividades para além da reabilitação. Adicionalmente a encaminhamentos de usuários para fisioterapia motora e respiratória, há, ainda, o de adolescentes para um trabalho de consciência corporal por meio da atividade física, visando agir sobre situações de comprometimento da autoestima.

“A Catarina, por exemplo, TO, acredita que o corporal não está bom, e que, se ele melhorar, que vai ajudar a questão de estar trabalhando. Ela manda para mim, mesmo que essa pessoa que eu vou atender não tenha nenhum problema respiratório, nem ortopédico; a gente vai estar fazendo um trabalho corporal levando a uma melhora”. (Ana, fisioterapeuta)

Destaque-se, aqui, o exemplo de uma rica possibilidade de interação interdisciplinar na produção do cuidado, embora, como já apontado, operado de modo informal e dependente de demanda clínica.

Há também um grande fluxo de adolescentes e jovens no serviço de saúde bucal oferecido na UBS, que desenvolve um trabalho com escolas da região, embora não se verifique uma interação entre eles e os profissionais do Programa. A propósito, a área de saúde bucal tem pouca articulação também com os demais setores da UBS e com o território adscrito. São atendidas escolas externas à área de referência da UBS, sendo a recepção e marcação de consultas independentes dela.

Em síntese, predomina, na equipe, um caráter de justaposição de saberes, e não de construção compartilhada, além de ser marcado pela tendência ao monopólio e centralização de competências. Há falta de espaços efetivos de comunicação entre os profissionais. É possível que isso se relacione à falta de tecnologia para operá-la concretamente, e, sobretudo, de mecanismos de gestão que favoreçam a integração entre profissionais e atividades do serviço.

No que se refere a articulações intersetoriais, não houve relato, nas entrevistas ou nas observações, de atividades sistemáticas com grupos ou instituições externas à Unidade, exceto pela iniciativa de utilização de aparelhos de lazer da área adscrita à UBS, como quadras esportivas em praça pública e parques, em parceria com profissionais de equipamentos culturais da região.

No decorrer da pesquisa, notou-se que o eixo das articulações é um ponto delicado para o serviço, pois, ainda que existam algumas iniciativas, são pontuais e têm baixa institucionalização pela UBS, o que significa dizer que elas são dependentes de atitudes individuais de alguns profissionais. Esse fato tem relação com o modelo de organização da equipe, a justaposição de saberes e a centralização de papéis, além de um modelo de gestão que não favorece o compartilhamento dos instrumentos de trabalho nem dos projetos terapêuticos e institucionais (Campos, 2010; Brasil, 2007; Peduzzi, 2001). Um aspecto que se mostrou positivo é que a UBS tem um conhecimento amplo da rede intersetorial da região, mas o mesmo não se verifica em relação aos equipamentos comunitários que poderiam também ser parceiros.

Interação entre sujeitos no cotidiano do trabalho

A interação entre os adolescentes e jovens e os profissionais de saúde mostra-se cordial, mas tende à assimetria e verticalidade, sobretudo, nos espaços assistenciais, quando considerados os aspectos relativos ao caráter “demandante” e “pouco disciplinado” do grupo. Algumas atividades que poderiam ser ampliadas, tanto em termos de espaço físico como de distribuição nos períodos de atendimento, por vezes, não foram incentivadas com base na crítica – relativamente comum entre os trabalhadores que não integram o Programa específico – de que adolescentes e jovens são inconvenientes.

“E a brinquedoteca criou uma situação de adolescente, de criança, onde eles vêm para a Unidade, ficam brincando no estacionamento, eles ficam em volta da Unidade... e isso cria mais... as situações as mais hilárias possíveis. Os funcionários se reúnem para dizer que trabalhar com o barulho da brinquedoteca não é possível. [...] O barulho das crianças chorando na vacina, que ecoa aqui para cima, não tem problema, mas, brincando... realmente é um negócio que incomoda”. (Priscila, auxiliar de gerente)

Quanto aos profissionais, destaca-se a reduzida possibilidade institucional para a interação a partir de espaços formais para a discussão de temas, tecnologias, concepções e projetos para a integralidade do cuidado, ou mesmo, a troca de experiências sobre o cuidado de adolescentes e jovens, haja vista que as reuniões de equipe são centradas em questões gerenciais ou técnicas pontuais, e a participação é condicionada pela disponibilidade individual.

“[...] eu não participo da reunião de equipe por questões pessoais... mais ou menos dois anos... porque já eu estou muito velha pra ouvir algumas coisas, entendeu? E muito velha pra não falar outras. Então, por questões pessoais que eu não participo mais de algumas... de todas as reuniões, pra ser bem sincera, né?”. (Ana, fisioterapeuta)

Cabe, nesse aspecto, discutir o sentido de pessoalidade na “escolha” de participar ou não das reuniões – que não são, portanto, uma exigência da gestão do trabalho –, além da necessidade de apontar para um padrão de intersubjetividade em que há dificuldades em relação ao reconhecimento mútuo das identidades e alteridades e no lidar com as divergências.

É possível traçar um paralelo entre esse padrão de inter-relacionamento profissional e a forma de interação entre a UBS e sua supervisão técnica, marcada por forte unidirecionalidade. Menciona-se, nesse contexto, que algumas tentativas que visam facilitar a apropriação do espaço físico da Unidade pelos usuários, por exemplo, por meio da utilização de comunicação visual, foram questionadas pela supervisão técnica da região, trazendo constrangimentos aos profissionais que a propunham e limites ao acolhimento da clientela.

A análise das interações entre profissionais e adolescentes demonstra baixo reconhecimento, por parte dos primeiros, sobre a importância de se valorizar a dimensão intersubjetiva no processo de trabalho em saúde. Particularmente expressivas, nesse aspecto, são as ações de cunho disciplinador e normalizador relacionadas à permanência dos adolescentes no ambiente da UBS, que desconsidera características dessa fase da vida. O trabalho em saúde reclama, fundamentalmente, encontros entre usuários e trabalhadores, e tais momentos podem se configurar de diferentes formas: isto é, desde situações extremas que enfatizam a impessoalidade das práticas até a busca de reconhecimento mútuo, caracterizando-se, de fato, como um diálogo (Ayres, 2004).

Uma síntese dos resultados em relação aos quatro eixos analíticos da integralidade encontra-se no Quadro 3.

Quadro 3. Achados sobre cuidado integral à saúde de adolescentes e jovens no serviço de APS

Eixos	Resultados (alcances e desafios)
Necessidades	Adolescentes trazem questões sobre sexualidade, reprodução, problemas socioeconômicos e familiares. Profissionais tendem a trabalhar com demandas ativamente expressas, com abordagem centrada em queixas e leitura biomédica.
Finalidades	Ações diversificadas, mas com pouca discussão sobre projetos de cuidado integradores e restritas interfaces entre promoção, prevenção, cura e reabilitação.
Articulações	Cuidado baseado em ações individuais; limitada integração da equipe multiprofissional; ações intersetoriais relevantes na região, mas não há política de articulação institucional e intersetorial com resultado efetivo.
Interações	Relações cordiais, mas com tendência à verticalidade e assimetria entre jovens, profissionais e gerência. Pouca efetividade tecnológica de espaços de construção intersubjetiva de projetos institucionais de cuidado. Fragilidade dos processos de reconhecimento e escuta mútua.

Conclusão: pontos de chegada e horizontes nos caminhos da integralidade

A investigação nos mostra que, embora haja efetiva percepção da especificidade da atenção à saúde de adolescentes e jovens, assim como propostas positivas de resposta no serviço estudado, estas são ainda insuficientemente exploradas e excessivamente dependentes de iniciativas individuais, erguidas sobre as demandas trazidas por esse público à UBS. Assim, não só parte das necessidades do grupo não é apreendida, como é trabalhada de maneira tímida, diante das potencialidades identificadas no serviço para a construção de projetos de cuidado integral; destacando-se, aqui, a insuficiência das interações profissionais e setoriais e a fragilidade da dimensão comunicacional nos encontros entre profissionais e usuários.

A construção de um espaço efetivamente acolhedor e de atividades programáticas eficazes para esse público ainda requer estudos, atenção e interesse por parte dos trabalhadores e gerentes, bem como investimentos nos diversos caminhos para a prática da integralidade. Exige corresponsabilidade da equipe, a começar por processos de gestão que potencializem o trabalho multiprofissional e encontros, priorizando o trabalho em equipe orientado para mudanças no cotidiano do serviço e melhora na qualidade dos atendimentos prestados.

A APS exige uma atenção à saúde integrada como contrapartida à fragmentação na forma de especialidades; o reconhecimento das necessidades sociais de saúde dos indivíduos e grupos; e o compromisso com a produção de saúde e cuidado integral. Isso implica instigar as práticas integradoras, de distintas ordens e distribuídas em distintos planos.

Além disso, a APS agrega condições propícias para propor tais mudanças e realizá-las, dado que é a principal porta de entrada no SUS; é orientada tendo em vista o atendimento a territórios específicos, e não a agravos, como é o caso da atenção secundária e terciária; traz inúmeros elementos para a atuação multiprofissional, transdisciplinar e intersetorial; e pode ser um espaço perene de encontros e diálogo permeado por trocas intersubjetivas capazes de produzir relações mais saudáveis e promover a comunicação e a construção de redes.

Não podemos esquecer que a natureza e a qualidade desse tipo de produção, que não é material (um produto palpável, como um medicamento, por exemplo), mas imaterial (serviço, encontro), são uma forma de fazer e refazer os modos de pensar e agir em saúde.

Os achados deste estudo apontam, em síntese, que o desenho de ações em APS, especificamente voltadas para adolescentes e jovens, funciona positivamente como um diferencial capaz de propiciar, simultaneamente, a particularização de projetos de cuidado – segundo uma identidade específica do

modo de ser (físico, mental, cultural etc.) – de determinados sujeitos e a identificação de necessidades e finalidades que vão além do espontaneamente demandado e clinicamente definido nos serviços de saúde, ampliando-as para aspectos relativos à sociabilidade, escola, trabalho, lazer, sexualidade, reprodução, entre outros. Esse potencial de caminhar na direção visada pelo princípio da integralidade não encontra ainda, contudo, instrumentos para integrar e qualificar o cuidado, no cotidiano do trabalho da equipe e do serviço, segundo essa perspectiva mais ampla e complexa.

Nesse sentido, reitera-se que o maior desafio na construção da integralidade está, de fato, na intimidade do processo de trabalho com adolescentes e jovens, como talvez, também, para outras identidades demandantes da integralidade na organização do cuidado em saúde. Mesmo quando as necessidades e finalidades já estão em pleno processo de ampliação e requalificação, como no caso aqui estudado, será difícil responder a elas de modo efetivo enquanto não forem superadas barreiras que estão, especialmente, no plano das articulações (entre saberes, profissionais, atividades e setores de atividade) e das interações (entre sujeitos profissionais e usuários).

Por isso, ressaltam-se, aqui, como caminhos para a construção/fortalecimento de tecnologias de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na APS (e, possivelmente, também para outros recortes identitários que suscitem a abordagem integral): o aperfeiçoamento de espaços e mecanismos de escuta atenta e livre de preconceitos e condenação moral das necessidades de saúde de indivíduos e populações; o exercício ativo da inter e transdisciplinaridade, bem como da gestão democrática e participativa no cotidiano do trabalho das equipes – com discussão de projetos de cuidado, por exemplo; o estabelecimento de vínculos sólidos entre usuários e profissionais, por meio da garantia do sigilo profissional e da oferta de locais acolhedores; o trabalho em grupo com metodologias problematizadoras, que propiciem, a partir das vivências dos sujeitos, as análises de situações e as construções de respostas possíveis em relação às necessidades de saúde; o registro sistemático das atividades e seu acesso/uso compartilhado por todos os profissionais e nas diversas atividades do serviço; as atividades de formação permanente de usuários e profissionais sobre o SUS, seus objetivos e seus princípios; os trabalhos em rede, formais e informais, com outros serviços de saúde e equipamentos sociais e comunitários.

Colaboradores

José Ricardo Carvalho de Mesquita Ayres coordenou a elaboração e realização do projeto de pesquisa, o protocolo geral e o componente adolescentes e jovens; participou da análise final e da redação do artigo. Yara Maria de Carvalho participou da elaboração e realização do projeto de pesquisa, o protocolo geral e o componente adolescentes e jovens; participou do trabalho de campo, das diversas fases de análise e da redação do artigo. Mariana Arantes Nasser, Rodrigo Marcinkevicius Saltão e Valéria Monteiro Mendes participaram do trabalho de campo, das diversas fases de análise e da redação do artigo.

Referências

ABRAMO, H.W.; BRANCO, P.P.M. (Orgs.). **Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2005.

AYRES, J.R.C.M. Organização das ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saude Soc.**, v.18, n.2, p.11-23, 2009.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saude Soc.**, v.13, n.3, p.16-29, 2004.

_____. Ação programática e renovação das práticas médico-sanitárias: saúde e emancipação na adolescência. **Saude Debate**, v. 18, n.42, p.54-8, 1994.

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JÚNIOR, I. Saúde do adolescente. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.66-85.

BRASIL. Palácio do Governo. Casa Civil. **Lei n. 8069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 17 jul. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A, Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização. **Cartilha HumanizaSUS: gestão participativa/co-gestão**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_co_gestao.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2011.

CAMPOS, G.W.S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Cienc. Saude Colet.**, v.15, n.5, p.2337-44, 2010.

COATES, V.; BEZNOS, V.W.; FRANÇOSO, L.A. (Orgs.). **Medicina do adolescente**. São Paulo: Sarvier, 2003.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saude Publica**, v.20, n.5, p.1411-6, 2004.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001. p.39-64.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 1994.

MUJSS, R. **Teorias da adolescência**. 5.ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1976.

OLIVEIRA, M.C. (Org.). **Cultura, adolescência, saúde: Argentina, Brasil, México**. Campinas: Consórcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina (CEDES/COLMEX/NEPO-UNICAMP), 1999.

OMS. **El embarazo y el aborto en la adolescencia**. Genebra: OMS, 1975.

OZELLA, S. (Org.). **Adolescências construídas: a visão da psicologia sócio-histórica**. São Paulo: Cortez, 2003.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saude Publica**, v.35, n.1, p.103-9, 2001.

QUEIROZ, L.B. **A medicina de adolescentes no estado de São Paulo de 1970 a 1990: uma dimensão histórica**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2011.

SAITO, M.I.; SILVA, L.E.V.; LEAL, M.M. (Orgs.). **Adolescência, prevenção e risco**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.29-47.

- SETIAN, N.; COLLI, A.; MARCONDES, E. (Orgs.). **Adolescência**. São Paulo: Sarvier, 1979.
- STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.
- VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.531-62.

AYRES, J.R.C.M. et al. Caminos de la integralidad: adolescentes y jóvenes en la Atención Primaria de Salud . **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40, p.67-81, jan./mar. 2012.

Adolescentes y jóvenes constituyen importante desafío en la construcción de la integralidad en la Atención Primaria en Salud. Eso se debe a la compleja aprehensión y respuesta al conjunto de sus necesidades, resultantes del proceso de crecimiento y desarrollo inherente a la fase, pero sobre todo, a los aspectos socio-culturales relacionados. Este estudio buscó reconocer los alcances y límites en la manera como el principio de la integralidad viene siendo manejado en una unidad básica de salud. A pesar de que ha sido posible reconocer una efectiva percepción de la especificidad necesaria a la atención a la salud del grupo, se han verificado importantes limitaciones en la construcción de proyectos de cuidado capaces de integrar las diversas finalidades del trabajo en el cotidiano de la unidad, resaltando la insuficiencia de las interacciones profesionales y sectoriales, así como las fragilidades en la comunicación entre los profesionales, y entre ellos y los usuarios.

Palabras clave: Adolescentes. Jóvenes. Atención Integral en Salud (Integralidad). Atención Primaria en Salud.

Recebido em 03/02/2011. Aprovado em 14/06/2011.

