

Atenção Básica em Saúde e Juventude: Entre Velhos Dilemas e Novos Desafios

Primary Health Care and Youth: Between Old Dilemmas and New Challenges

ANA PAULA SERRATA MALFITANO¹
GIOVANNA BARDI²

RESUMO

Objetivos: Identificar e compreender as ações de saúde específicas para jovens existentes nas unidades de saúde da família de uma região periférica de um município do interior do estado de São Paulo, tendo como parâmetro as proposições do Ministério da Saúde para o atendimento em saúde da juventude brasileira. *Material e Métodos:* Utilizou-se de consulta a fontes documentais e realização de vinte entrevistas semi-estruturadas com: gestores, coordenadores e técnicos de serviços de atenção básica em saúde, coordenadores de equipamentos sociais de outros setores e jovens. Também se lançou mão da observação participante junto aos jovens a partir do acompanhamento de atividades em um Centro de Lazer, na região pesquisada. *Resultados:* Confirmou-se que os jovens não acessam os serviços de atenção básica em saúde e que os equipamentos oferecem poucas alternativas de atenção aos aspectos de vulnerabilidade social. Os técnicos pouco veem as reais necessidades dos jovens, repetindo demandas antigas de cuidado, distantes do momento atual de vida daquela população. São escassas as estratégias de atenção a este grupo, afastando-se dos preceitos previstos pelo Ministério da Saúde. *Conclusão:* Faz-se necessário criar estratégias e metodologias intersetoriais e interdisciplinares de atenção e cuidado para a população juvenil, a partir do paradigma contemporâneo, visando ao acesso ao direito à saúde.

DESCRIPTORIOS

Adolescente. Adulto Jovem. Direito à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Política Social.

ABSTRACT

Objective: To identify and understand specific health actions for the young people available from family health units of a peripheral region of a city in the state of São Paulo, using as parameter the guidelines of the Ministry of Health for health care of Brazilian youth. *Methods:* For this purpose, we used documentary sources and carried out twenty semi-structured interviews with managers, coordinators and professionals from the primary health care services, coordinators of social sectors and young people. A participating observation with youths in a Leisure Center for the youth in the surveyed area was also conducted. *Results:* It was confirmed that youths do not access primary health care services and that these facilities offer few alternatives for care concerning social vulnerability issues. The professionals/technicians hardly see the real needs of the young people, repeating old demands of care that are distant from the real needs of this population. There have been a few strategies for care towards this group, which does not meet the guidelines advocated by the Ministry of Health. *Conclusion:* It is necessary to develop strategies and intersectorial and interdisciplinary methodologies for care of young adults, based on a contemporary paradigm that provides access to health care.

DESCRIPTORS

Adolescent. Young Adult. Right to Health. Primary Health Care. Public Policy.

1 Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional e do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (Laboratório METUIA).

2 Professora Auxiliar do Departamento de Educação Integrada à Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo.

A juventude vem tornando-se pauta de discussões e ações públicas mundiais em proporções ascendentes e sob diversos prismas, sendo caracterizada como um grupo social plural e emergente. O debate sobre o tema insere-se num contexto contemporâneo caracterizado por rápidas mudanças de sociabilidades, de valores e de modos de vida que influenciam no arcabouço de investigação sobre quem é o jovem^{1,2}. Nessa discussão, propõe-se o termo “juventudes”, com destaque para o plural, em virtude da diversidade de situações existenciais que afetam os sujeitos a partir dos mais diversos recortes, como, por exemplo: classe, gênero, etnia, origem rural ou urbana, entre outros³.

Acerca dessa diversidade de situações, optou-se, neste trabalho, por uma abordagem com jovens populares, chamando de jovens aqueles indivíduos que possuem entre 15 e 29 anos, segundo a classificação da Política Nacional de Juventude⁴, e de populares aqueles que pertencem a uma classe social desfavorecida economicamente, fato que determina, mesmo que não totalmente, possibilidades de inserção na sociedade e de acesso aos direitos sociais. Tais direitos, por sua vez, encontram-se pautados de forma diferenciada para os sujeitos com até 18 anos, pois a Constituição Brasileira⁵ os reconhece como absoluta prioridade e o Estatuto da Criança e do Adolescente⁶ estabelece seus direitos básicos, reafirmando sua prioridade frente à sociedade brasileira.

No entanto, para aqueles que ultrapassam a maioria jurídica, ou seja, os 18 anos, configura-se um cenário composto por poucas ações direcionadas para esse público, formado por projetos desenvolvidos de forma isolada e fragmentada, que pouco contribuem para a garantia dos direitos dessa população⁷. Deflagrada tal lacuna, em 2006, é instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, que se propôs a trabalhar pela saúde desse grupo de uma forma holística. A presente política colocou a Atenção Básica em Saúde como estratégia prioritária de atenção à saúde dos jovens, executada primordialmente pela Estratégia de Saúde da Família, na qual o atendimento pode ser prestado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas Unidades de Saúde da Família (USF) ou nos domicílios. Descreve atividades de educação e promoção de saúde, a partir da crença de que a maioria dos agravos à saúde de adolescentes e jovens pode ser resolvida nesse nível de atenção⁸.

Nota-se que, a partir de tal promulgação, estruturam-se iniciativas, estudos e algum delineamento para a constituição de uma política pública para a área, mas sua institucionalidade ainda não é consolidada, na medida em que são predominantes “experiências

fragmentadas, com fraco poder de impacto e disseminação não favorável à criação de elementos consistentes de uma nova cultura política na formulação de ações para a juventude”⁹. A pouca efetividade das diretrizes pautadas tornam-se concretas nas realidades das rotinas dos equipamentos sociais, como unidades de saúde ou serviços de assistência social, locais de onde os jovens são frequentemente excluídos e nos quais raramente podem ser encontrados¹⁰.

Criam-se instituições isoladas que pouco dialogam com a escola, com a comunidade e com a família, confirmando o viés histórico da institucionalização e da estruturação de práticas que não são efetivas para fazer frente às condições de vida de indigência, precariedade e vulnerabilidade extremas a que estão submetidos grande parte dos jovens¹¹. Somado a isso, tem-se a compreensão do imaginário social sobre os mesmos como “desocupados”, “perigosos”, “violentos”, fato que se reflete, indiretamente, no precário estabelecimento de ações direcionadas a essa população⁷.

Acerca do referencial legislativo, consideramos relevantes e necessários os estudos que se dediquem ao conhecimento, incentivo e aplicação de tais princípios nas ações na atenção básica para a população juvenil, contribuindo para a discussão sobre os avanços, retrocessos, limites e possibilidades da legislação em curso no que toca os jovens. Assim, propomos a realização de uma pesquisa no campo da saúde pública, especificamente da Atenção Básica em Saúde, buscando identificar e compreender as ações de saúde específicas para jovens existentes nas unidades de saúde da família de uma determinada localidade, tendo como parâmetro as diretrizes nacionais e municipais previstas para o atendimento em saúde da juventude brasileira.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa, de cunho qualitativo, foi realizada numa região periférica de uma cidade de porte médio do interior paulista, constituída por bairros que ainda necessitam de infraestrutura e cuja rede pública e privada de serviços é precária para atender seus habitantes¹¹, apesar de acoplar duas regionais de saúde, das cinco que compõem o município. Nestas regionais, centramos foco na situação de vulnerabilidade social existente, com vistas à compreensão do atendimento prestado especificamente aos jovens que se encontram, em sua grande parte, imersos nessa condição ou ainda, em situação de desfiliação¹¹.

Para tanto, no decorrer de um ano, realizamos entrevistas semiestruturadas com 20 colaboradores de

diversificadas categorias: gestores do município, técnicos de serviços de saúde de todas as oito unidades de saúde das regionais estudadas, técnicos de serviços não pertencentes à saúde e jovens. No que concerne aos gestores e técnicos de saúde, foram realizadas 12 entrevistas, com: o Secretário Municipal de Saúde e a Diretora da Atenção Básica de Saúde do município, as Chefes das duas Divisões Regionais de Saúde pertencentes à região, quatro enfermeiras da rede de atenção básica em saúde, duas médicas e duas terapeutas ocupacionais, sendo uma delas residente. Ressalta-se que não houve preferência por uma categoria profissional específica, por isso foram entrevistados aqueles profissionais que se disponibilizaram a colaborar com a pesquisa, após apresentação da proposta junto às coordenações das unidades de saúde.

Com o intuito de verificar a avaliação de outros profissionais, não ligados ao setor saúde, sobre as demandas dos jovens e sua atenção na região, foram entrevistadas três pessoas: a Diretora de Políticas Públicas para a Infância e Juventude (atuante na Secretaria Municipal Especial da Infância e Juventude do município), a Coordenadora do Ensino Médio de uma escola que possui a maior concentração de jovens na grande região estudada e a Coordenadora Pedagógica de um centro de Lazer, Esporte e Cultura também inscrito na região. Objetivou-se a identificação de demandas juvenis por saúde nestes locais e suas resoluções ou encaminhamentos.

Na busca da composição do material com a percepção dos jovens sobre os serviços de saúde e a sua participação (ou não) nos mesmos, foram entrevistados também cinco jovens, dos quais nos aproximamos anteriormente por meio de observação participante, junto a um projeto de extensão universitária desenvolvido no referido Centro de Lazer, Esporte e Cultura da região.

Ressalta-se que foram utilizados roteiros diferenciados para as entrevistas, a depender da categoria abordada (gestores, profissionais e jovens). De forma geral, todos os roteiros, com exceção daqueles aplicados com os jovens, buscaram apreender que tipos de ações eram previstas na Atenção Básica em Saúde do município para a população juvenil (mais especificamente das regionais estudadas), partindo das problemáticas de saúde existentes e reconhecidas. Além disso, visaram compreender quais eram as principais demandas apresentadas por essa população, a concepção que os entrevistados tinham sobre os jovens e outras questões no tocante a este grupo, como a existência de: políticas específicas, responsabilidade do setor saúde com as problemáticas não tradicionais deste

campo (jovens que não estão na escola; usuários de droga; vítimas de violência doméstica), parcerias com outros serviços e processos de formação/educação permanente para os profissionais de saúde com temáticas sobre atenção à saúde de jovens.

Especificamente no roteiro utilizado com os jovens, buscou-se compreender quais as problemáticas costumavam levá-los para os serviços de saúde (e quais eram esses serviços), assim como a capacidade de resolução das mesmas nos locais procurados. Atentou-se também para a opinião dos jovens sobre o tratamento recebido (abrindo espaço para sugestões), para a existência de situações de conflitos vividas nos serviços procurados e de abordagens que levassem em conta diversas questões de sua vida, como sua família, sua casa, sua orientação sexual, sua raça, dentre outras.

Além das entrevistas, utilizou-se de pesquisa documental, sendo feita uma busca sobre os documentos oficiais federais que legislam sobre a atenção em saúde para a população juvenil, via Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, e leis específicas do Ministério da Saúde, assim como documentação municipal local disponível na Secretaria Municipal de Saúde.

Todos os procedimentos éticos previstos foram assegurados, procurando-se garantir que os participantes aderissem voluntariamente ao projeto, cientes da natureza do estudo, que foi exposta com clareza por meio da submissão e assinatura ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para a concessão das entrevistas. Trabalhou-se com a premissa de que o consentimento deve ser livre, voluntário e consciente, não comportando vícios e erros. A informação revelada deve ser compreendida, não sendo suficiente que a pessoa seja mera receptora¹².

O material coletado foi analisado qualitativamente na perspectiva de levantamento de categorias que obtiveram destaque na abordagem feita pelos diferentes atores que estavam em campo, buscando chaves de leitura sobre a juventude em interface com a atenção básica em saúde. Após tal análise, as categorias obtidas para discussão foram: *o atendimento prestado ao jovem nas regionais de saúde; juventude e gravidez; o uso de substâncias psicoativas e a juventude; e concepção acerca da juventude tida pelos profissionais.*

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O atendimento prestado ao jovem nas regionais de saúde

O primeiro apontamento acerca do panorama

local que nos propusemos a investigar consiste na não identificação de ações de saúde específicas para jovens nas Unidades de Saúde da Família, com exceção de uma ação realizada por uma profissional terapeuta ocupacional junto às escolas da região com vistas à prevenção do uso de drogas. O fato contrasta com a necessidade posta pela unanimidade dos entrevistados de empregar abordagens específicas com essa população, por considerarem que é detentora de características peculiares e com as diretrizes pautadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes, que prezam por uma série de ações direcionadas para a população alvo na Atenção Básica em Saúde⁸.

Outro resultado relevante consiste no fato de que mais de 50% dos entrevistados apontaram que os jovens pouco procuram as unidades de saúde, sendo que quando o fazem, costumam ter como demanda questões pontuais de saúde como dores de cabeça, gripe, dentre outras. Destaca-se, contudo, que com relação às demandas de maior complexidade há apontamentos que se confluem em grande parte das 15 entrevistas realizadas com gestores e técnicos. Os dados nos revelam que 11 entrevistados apresentaram como uma das demandas que mais acometem aos jovens a gravidez precoce, 11 fizeram menção sobre a questão da drogadição e três trouxeram as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) como problemáticas centrais.

De forma a fazer frente à escassez da adesão dos jovens ao atendimento na Atenção Básica em Saúde, alguns profissionais destacaram a necessidade de que a Equipe de Saúde da Família se locomova até os espaços nos quais os jovens se encontram, como uma tentativa de estabelecer uma vinculação com os mesmos e de possibilitar o contato destes com a unidade, para, então, realizar efetivamente o acompanhamento da família, sem exceção de um determinado grupo a ela concernente: os jovens. Porém, ressalta-se que até o momento de conclusão da pesquisa nenhum plano sobre tal ação havia sido traçado.

Sobre a oferta de abordagens específicas à saúde dos jovens nas unidades de saúde, o Secretário Municipal de Saúde e a Chefe de Divisão de uma das regionais de saúde relataram que a principal estratégia utilizada tem sido aproveitar a vinda daqueles que procuram o serviço por questões pontuais, notadamente relacionados a doenças esporádicas, para a identificação de demandas não referidas através da abordagem de outros temas pertinentes à faixa etária, que são, por

vezes, pouco tradicionais ao campo da saúde, como o abuso sexual, o uso de drogas, a inserção escolar, dentre outros.

Por outro lado, a alta demanda que recai sobre as equipes de saúde da família na função de criar respostas às doenças concretas existentes nos territórios onde estão inseridas exige um grande investimento, restando pouco tempo para as demandas não tradicionais da atenção básica em saúde como as concernentes aos jovens. É o que nos diz uma médica de uma unidade de saúde da família, que ainda enfatiza o quanto é trabalhoso estruturar tais programas, fato que compromete, por conseguinte, a execução de outros:

O jovem não vem muito a este serviço de saúde e eu acho que a equipe nunca chegou a organizar alguma estratégia. Eu não sei o quanto a gente se dedicou a isso também porque nós temos grupos de prioridades que dão muito pano pra manga como o hipertenso, o diabético, o bebê, o acamado. Então você acaba tentando estruturar primeiro esses programas, que são considerados prioritários pelo Ministério da Saúde, para depois passar para os outros e, geralmente, você não avança porque você demora muito tempo para estruturar tudo isso.

Já na opinião de um jovem, os atendimentos nas Unidades da Saúde da Família:

É uma coisa bem artificial [o atendimento] e às vezes no meio da saúde você tem que se envolver um pouco, tem que se aprofundar um pouco mais no assunto para poder ajudar de outros modos. Às vezes você mesmo chega lá e fala de um problema que você acha que você está tendo, mas aí se tem uma pessoa que tem um interesse maior, vai ver que às vezes não é nem aquilo.

Assim, observou-se incongruência entre a visão dos gestores acerca das estratégias metodológicas de intervenção e a efetiva ação dos técnicos que se encontram no cotidiano do serviço. Para reforçar essa incompatibilidade, trazemos à tona o relato de uma residente em terapia ocupacional sobre o que dizia pensar das ações destinadas aos jovens na Estratégia da Saúde da Família do município em que prestava serviço:

Eu acho praticamente inexistente, o jovem está invisível na [Estratégia] Saúde da Família, salvo se ele bate na porta e fala que tem um problema. Não é uma temática que é debatida cotidianamente nas equipes e não há ações de prevenção a doenças específicas, não há uma saúde voltada diretamente para o adolescente e para o jovem.

Desse modo, frente à alta demanda de trabalho, junto à autonomia e à centralidade do profissional de saúde para a execução efetiva das proposições alicerçadas pelos gestores, a atenção integral a determinado grupo populacional, como os jovens, aparece quase como uma opção, de acordo com a formação e a sensibilidade dos profissionais da unidade, ficando em suas mãos, no cotidiano concreto dos serviços, a realização da atenção integral¹³.

No que concerne a esse caráter opcional, cabe um questionamento sobre as ações na Atenção Básica em Saúde, pois, se as mesmas encontram-se organizadas via Estratégia de Saúde da Família, de acordo com as diretrizes nacionais, o foco deveria estar em todos os membros da família, no ciclo de vida completo dos indivíduos e suas famílias¹⁴. Entretanto, a pesquisa foi realizada numa região de predominância populacional juvenil e revelou, pelo discurso dos técnicos e também dos jovens, que a atenção básica em saúde não atinge esse grupo. Há uma desarticulação no cerne da proposição: o acompanhamento de toda a família, na medida em que os adolescentes e jovens pertencentes a muitas das famílias, e numericamente expressivos na composição das populações territoriais, parecem não estarem incluídos nas ações.

Trata-se, portanto, de uma temática que requer aprofundamento, do ponto de vista acadêmico e de intervenção, na medida em que deflagra a invisibilidade de uma faixa etária para os serviços de saúde. Coloca-se a necessidade de organização da Atenção Básica, via Estratégia de Saúde da Família, através do fomento de metodologias que condigam com seus preceitos de atenção a toda a família adscrita e, mais especificamente, do planejamento de abordagens específicas para o trabalho realizado com os jovens, necessidade colocada como unanimidade por gestores, técnicos e pelos próprios jovens.

Juventude e gravidez: (Des)Construindo a questão?

O tema da gravidez apareceu em 73,3% das falas

dos gestores e profissionais entrevistados, apresentando-se como uma das demandas que mais atinge as jovens locais, sendo problematizada principalmente nos casos em que estas possuíam menos de 18 anos de idade. A gestação foi colocada sob a ótica do problema que necessita ser evitado, indo ao encontro dos discursos reproduzidos pela mídia acerca da questão que têm se pautado, frequentemente, em um discurso vitimizador, homogeneizador e alarmista da questão, no qual o evento assume um caráter unicamente negativo, instaurador de mudanças radicais na vida das jovens e de suas famílias¹⁵.

Nas falas dos gestores e profissionais reforçou-se o fato de que as ações com a juventude nas unidades de saúde da família das regionais estudadas encontravam-se centradas na população gestante, com as quais travavam ações prioritárias em detrimento de outras que poderiam se constituir com essa faixa etária nestes locais. Deflagrou-se, assim, uma situação segundo a qual o fato de engravidar demarcaria o momento em que a menina passaria a ter visibilidade dentro do serviço de atenção básica em saúde.

Acerca deste assunto, a Diretora da Atenção Básica relatou que nas Unidades Básicas de Saúde existe dificuldade em encontrar profissionais que se responsabilizem pelo atendimento aos jovens, pois, tanto pediatras quanto clínicos consideram que sua especialidade não abrange tal faixa etária. Porém, quando a jovem engravida passa a ser atendida pelo médico obstetrício, não porque neste ponto nos deparamos com uma ação direcionada para a mesma, mas porque ela passa a ser incluída no grande grupo de “gestantes”, no qual todas as mulheres saudáveis devem receber o mesmo atendimento médico, tenham 14 ou 35 anos. Não se prevê, por exemplo, uma abordagem sobre a sexualidade ou sobre os significados de ser mãe/pai para os jovens.

Tal abordagem configurou-se apenas em debate com a Chefe de Divisão de uma das regionais de saúde estudadas, que trouxe também a necessidade de trabalhar com aspectos de sexualidade da população em questão, extrapolando o caráter preventivo focado apenas no uso e na distribuição do preservativo. Tal discussão é condizente com parte da literatura, que debate, por uma perspectiva social e cultural, os motivos e percepções de jovens mulheres acerca do fenômeno da gravidez^{16,17,18}. Assim se coloca a gestora supracitada:

O que nós vemos quando falamos em saúde

reprodutiva e sexual é que a gente não pode ficar só na questão de oferecer o preservativo e o anticoncepcional, porque eu acho que a saúde reprodutiva é muito maior que isso [...]. Há anos que a gente oferece o tal do anticoncepcional, a tal da camisinha, e nem por isso a saúde reprodutiva vem melhorando. Enquanto a gente não conseguir entender o que significa ter filhos para uma menina de 16 anos a gente não pode ficar falando que é um absurdo ela querer ter filho. Por isso eu acho que a saúde reprodutiva vai muito além e a atenção básica é capaz de trabalhar e de promover saúde, mas temos que olhar para isso, essa discussão precisa ser feita.

Sobre os significados da maternidade e da paternidade, trazemos que a gravidez pode também ser compreendida como uma estratégia de mobilidade¹⁹, quando a sua ocorrência se dá num âmbito pontuado por oportunidades restritas, poucas opções de vida e marcado por interrupções na trajetória escolar. Em cenários como esse, a maternidade, sobretudo, pode adquirir centralidade, impondo-se muitas vezes como uma alternativa de vida para as jovens através da qual podem acessar maiores possibilidades de autonomia e ganhar visibilidade, inclusive nas unidades de saúde¹⁵. A possibilidade de interface com esses aspectos, portanto, seria essencial no entendimento dos profissionais sobre os casos de gravidez de meninas atendidas e na posterior formulação de ações junto a essa população.

Porém, na prática, associa-se a discussão de gravidez na juventude ao planejamento familiar e ao uso de métodos contraceptivos. No que concerne à contracepção, houve um consenso dos profissionais sobre sua importância, porém pouco se costuma fazer com relação a esse tipo de intervenção dentro das Unidades de Saúde da Família visitadas. Há oferta de preservativo, porém os jovens não consideram esta via adequada, pois o acesso é expositivo, não garantindo nenhum recurso de privacidade para quem o quer acessar. Assim, um dos jovens expressou seu descontentamento quando questionado sobre o acesso ao preservativo, dizendo:

Na verdade eu nunca peguei, eu pedi pra minha tia pegar, eu fiquei com vergonha porque é muito aberto, tem que chegar ali no balcão e falar ali pra pessoa que você quer. Expõe muito, não é

nada em sigilo, nada pessoal. Eu acho que deveria ter um método diferente, uma coisa mais acessível pra que você não tivesse que se expor tanto.

Levando em consideração todos os aspectos apresentados, enfatizamos a necessidade de que a gravidez na juventude seja compreendida a partir dos seus significados socioculturais, já que para além daquilo que é normatizado como fracasso, pode estar implícita a concretização de projetos de vida. Adotar essa perspectiva permite o reconhecimento do evento, senão como parte importante, pelo menos como possibilidade a ser considerada dentro das experiências que permeiam a faixa etária²⁰. Ressalta-se, ainda, a demanda latente, por trás das questões de gravidez, de discussão e de abordagem da sexualidade e do gênero para com essa população.

O uso de substâncias psicoativas e a juventude

O tema referente ao uso de substâncias psicoativas, junto ao da gravidez, também esteve presente em 73,3% das falas dos profissionais e gestores na correlação entre atenção em saúde e juventude. Porém, aqui foi relatado o despreparo dos profissionais e a escassez de condutas adequadas para atender os jovens que batem às portas das unidades. Segundo uma enfermeira local, os casos fogem à “governabilidade” (sic) dos serviços, que não contam com diretrizes específicas para lhes dar continência, remetendo-os ao nível secundário ambulatorial, com exceção de um projeto caracterizado por ações em parcerias com escolas da região para o desenvolvimento da prevenção e do controle do uso de álcool e outras drogas.

Assim, trabalha-se na base dos encaminhamentos, realizados, normalmente, para o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS-ad do município, equipamento que tem como função o atendimento clínico às pessoas com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas em regime de atenção diária, além do fornecimento de suporte à rede de atenção básica para a saúde dessas pessoas⁽²¹⁾. Enfatiza-se que, embora hoje o CAPS-ad em questão receba indivíduos de todas as faixas etárias, no período de realização da pesquisa atendia apenas crianças, adolescentes e jovens até os 21 anos, fato que, segundo o Secretário Municipal de Saúde, fazia com que os profissionais do local utilizassem de metodologias específicas para o trabalho. Entretanto, nas entrevistas realizadas, houve uma avaliação geral pelos profissionais

sobre os baixos índices de adesão ao equipamento, em função do distanciamento geográfico existente entre ele e a região estudada, e ainda pela falta de abordagem específica para a faixa etária com a qual se comprometia a trabalhar.

Certos profissionais, críticos com relação à dificuldade de adesão dos pacientes, relataram ainda a busca por hospitais psiquiátricos da região, com o apoio financeiro da gestão municipal, em detrimento do encaminhamento ao CAPS. A alternativa se coloca na medida em que o município não oferece leitos em hospitais gerais, conforme previsto pelo Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas²² e necessita “comprar” esse serviço de outros locais. Dessa forma, se configura uma ação contrária à reforma psiquiátrica que preza, desde 1992, pela existência de uma rede integrada de atenção à saúde mental²¹.

Outra questão de extrema importância no que concerne à região estudada e a questão das drogas corresponde ao fato de possuir, desde a década de 1990, sua história fortemente marcada pela existência do tráfico de drogas, sendo este configurado como possibilidade ilegal de geração de renda em meio à pauperização existente²³. Diante desse contexto, mais uma vez o Secretário Municipal de Saúde se manifestou, discorrendo sobre uma preocupação que ultrapassa o tratamento disponibilizado nas unidades de saúde. Advogou pela promoção, via políticas públicas, de oportunidades de inserções sociais diversas para os jovens, para que possam ter outras perspectivas de vida e inclusões de renda efetivas. Ele relatou:

Você tem hoje uma questão de saúde no país todo que é o uso de crack, que é uma coisa maluca, nós temos que construir ações para que a gente consiga dar continência e oportunidades para você poder dar uma perspectiva para esses jovens. Aqui na nossa cidade isso é uma grande preocupação, a população usuária está bastante grande, você pode tirar o cidadão de uma situação aguda, você pode fazer uma desintoxicação, mas você tem que dar uma oportunidade, uma perspectiva, senão você não vai ter sucesso e a pessoa vai voltar para aquela vida.

Tal abordagem encontra respaldo na Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, que afirma a necessidade de uma intensa capilaridade em suas ações, já que o tema compete de

forma transversal a diversas áreas como a saúde, a justiça, a educação, a área social e o desenvolvimento social. Dessa forma, as articulações com a sociedade civil, movimentos sindicais, associações e organizações comunitárias são fundamentais para a elaboração de planos estratégicos dos estados e municípios²⁴.

Dessa forma, há reconhecimento sobre a importância de abordagens mais contextuais sobre o tema, como a que foi trazida pelo gestor, em se tratando de uma localidade que apresenta problemáticas na articulação dos componentes da rede de atendimento aos jovens usuários de drogas e falta de consenso entre os diversos discursos apresentados sobre o CAPS-ad. A partir dessas constatações, destaca-se a relevância das ações da atenção básica em saúde para acolhimento e atenção inicial a jovens que estejam fazendo uso prejudicial de drogas, já que, a Estratégia da Saúde da Família prevê uma atuação territorial e a identificação de demandas contextuais, permitindo aos profissionais acompanharem os jovens e os auxiliarem, desde que se aproximem verdadeiramente deles¹⁴.

Concepções acerca da juventude

Na medida em que se objetivou a discussão acerca das ações empregadas (ou não) na atenção ao público juvenil na atenção básica em saúde, pontuou-se como essencial o conhecimento sobre a visão dos profissionais com relação a esse público. Notou-se que a totalidade de profissionais entrevistados trouxe a concepção de que esta faixa etária costuma ser permeada por conflitos, traduzindo-se num “período difícil” (sic) e de muita “confusão” (sic). Além disso, demarcaram uma credibilidade de que é nos primeiros anos de juventude que haverá a formação permanente do indivíduo, definindo o que o sujeito será para o “resto de sua vida” (sic).

Essas conceituações confluem com a proposição biomédica que assumiu, na produção e concepção social, o lugar de principal norteadora da produção de conhecimento e das práticas correspondentes à juventude no país. Esta descreve a fase dos 10 aos 20 anos como transição entre a infância e a idade adulta, marcada por transformações biológicas desencadeadoras de um período crítico na vida dos indivíduos, por se tratar de momento de definições de identidade - sexual, profissional, de valores - capaz de gerar crises e traços patológicos que caracterizam uma verdadeira síndrome²⁵.

Analisando tal paradigma, deparamo-nos com uma visão que homogeneiza os sujeitos, classificando-os/enquadrando-os a partir de um critério generalizante. Dessa forma, transforma-se a história social dos seres humanos em uma história natural, que não se aplica aos sujeitos concretos com suas contradições, rupturas e descontinuidades, tampouco percebe a influência que o contexto possui sobre os mesmos²⁶.

Tal homogeneização pejorativa pode trazer consequências indelévels aos jovens se partirmos do princípio de que os conceitos tidos sobre os mesmos podem ser norteadores das políticas públicas formuladas para a própria população¹. Dessa forma, tendo como premissa uma concepção do jovem como um indivíduo que infraciona a lei, podemos ter como consequência políticas e ações preconceituosas e de controle social²⁷. Ou, ainda, caso não se lance um olhar sobre esse grupo, deixando-o numa condição de invisibilidade social, re-afirmamos a sua não assunção ao exercício do direito à saúde.

Por outro lado, se partirmos da concepção integrativa dos jovens como sujeito de direitos, respaldamos a proposição do desenvolvimento de uma política participativa, que permite um diálogo entre a população em questão e as diretrizes políticas, contando com eles para delimitar suas reais necessidades e seus projetos de vida²⁷. Assim, evidencia-se a importância dos processos de formação continuada que abordem a intervenção com essa população, a fim de evitar que concepções reducionistas deem consonância às políticas e práticas em desenvolvimento.

CONCLUSÕES

A realização dessa pesquisa permitiu traçar um panorama das ações realizadas para o público juvenil, no nível da atenção básica em saúde, em um município paulista de médio porte. Podemos inferir que o quadro apresentado refere-se não apenas às realidades locais estudadas, mas ao cenário que concerne às ações dirigidas à juventude, de maneira generalizada, nos serviços de atenção básica em saúde. Tal inferência é possível na medida em que as problemáticas levantadas ainda encontram respaldo na literatura em geral e demonstram o distanciamento entre as práticas efetivadas e os preceitos outorgados pelas diretrizes dos documentos oficiais nacionais.

Inicialmente fica ressaltada uma invisibilidade

desse grupo populacional e, conseqüentemente, seu não acesso ao direito à saúde pela não implementação de ações previstas pelos documentos referentes a essa faixa etária, especialmente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens⁸. A política prevê como parte de sua estrutura de ação na atenção básica em saúde temas referentes à equidade de gêneros, aos direitos sexuais e reprodutivos e aos projetos de vida, dimensões bastante distantes da prática cotidiana das unidades de saúde estudadas.

Assim, embora a preocupação com o público juvenil tenha alcançado o nível formal legislativo, no contexto nacional, ainda precisa alcançar as agendas locais para que, efetivamente, se configure como intervenção real e política pública concreta.

Os dados apresentados demonstram que há categorias que se consolidaram no campo da saúde como demandas do público juvenil, cristalizadas sobre um único viés de interpretação que desconsideram, atualmente, as transformações sociais contemporâneas e a complexidade das tramas da vida daqueles meninos e meninas. Portanto, a repetição de ações, descontextualizadas e com explicações valorativas sobre os fenômenos sociais, encontra pouca consonância na oferta de resposta efetiva às necessidades e aos descontentamentos apontados pela população dessa faixa etária.

Igualmente, destaca-se a necessidade de que a Estratégia de Saúde da Família, prioridade nacional para operacionalização da atenção básica em saúde, reveja sua intervenção ao grupo familiar, não afastando à invisibilidade um importante componente: jovens, que, assim como os demais, requerem atenção e acompanhamento das demandas pertinente ao seu momento de vida.

Por fim, preconiza-se que o cotidiano dos serviços de saúde aproxime-se das diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, as quais visivelmente propõem uma ampliação do olhar sobre a realidade e das respostas necessárias a serem ofertadas a partir do campo da saúde. Além disso, lança-se o desafio da constituição de uma agenda que se direcione para a formulação de uma política pública para a juventude, de caráter universalista, que atenda a todos os jovens, e vale o destaque na palavra todos, na diversidade cultural, na equidade e na universalização dos direitos, segundo o princípio que compreende o jovem como sujeito autônomo e com possibilidades de participação.

AGRADECIMENTOS

Fonte de auxílio: CNPq, por meio do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal de São Carlos – PIBIC/CNPq/UFSCar.

Financing: CNPq, through the Scholarship Program of Scientific Initiation of the Universidade Federal de São Carlos (Federal University of Sao Carlos) - PIBIC/CNPq/UFSCar.

REFERÊNCIAS

1. Abramo HW, León OD. Juventude e adolescência no Brasil: referências conceituais. São Paulo: Editora Ação educativa; 2005.
2. Pais JM. Ganchos, tachos e biscates: jovens, trabalho e futuro. Porto: Editora Âmbar; 2005.
3. Sposito M. Trajetórias na Constituição de Políticas Públicas de Juventude no Brasil. In: Freitas MV, Papa FC. (Orgs.). Políticas públicas: Juventude em pauta. São Paulo: Editora Cortez; 2003. p. 57-75.
4. Novaes R, Cara DT, Silva DM, Papa FC (Orgs.). *Política Nacional de Juventude: Diretrizes e Perspectivas*. São Paulo: Conselho Nacional de Juventude, Fundação Friedrich Ebert; 2006.
5. Brasil. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília : Centro Gráfico; 1988.
6. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. São Paulo: Cortez; 1990.
7. Lopes RE, Silva CR, Malfitano, APS. Adolescência e juventude de grupos populares urbanos no Brasil e as políticas públicas: apontamentos históricos. *Revista HISTEDBR*. 2006; (23): 130-114.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
9. Sposito MP, Carrano MCR. Juventude e políticas públicas no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*. 2003; (24): 16-39.
10. Adorno RCF. Capacitação solidária: um olhar sobre os jovens e sua vulnerabilidade social. São Paulo: AAPCS; 2001.
11. Lopes RE, Adorno RCF, Malfitano APS, Takeiti BA, Silva CR, Borba PLO. Juventude pobre, violência e cidadania. *Saúde e Sociedade*. 2008; 17 (3): 76-63.
12. Fortes PAC. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. *Bioética*. 1994; 2 (2): 135-129.
13. Campos GWS. Políticas de formação pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. *Cadernos RH Saúde*. 2006; 3 (1): 56-52.
14. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: A Construção de um Novo Modelo de Assistência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2005; 13 (6): 1034-1027.
15. Pantoja, ALN. Ser alguém na vida: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19 (2): 343-335.
16. Gonçalves H, Knauth DA. Aproveitar a vida, juventude e gravidez. *Revista de Antropologia da USP*. 2006; 49 (2): 643-626.
17. Ximenes Neto FRG, Dias MSA, Rocha, J, Cunha ICKO. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60 (2): 285-279.
18. Andrade PR, Ribeiro CA, Ohara CVS. Maternidade na adolescência: sonho realizado e expectativas quanto ao futuro. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30 (4): 668-662.
19. Heilborn ML, Salem T, Rohden F, Brandão E, Knauth D, VÍctora C. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes Antropológicos*. 2002; 8 (17): 45-13.
20. Santos SR, Schor N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. *Rev. Saúde Pública*. 2003; 37 (1): 23-15.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília; 2005.
22. Brasil. Decreto nº. 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Brasília; 2010.
23. Rosa TT. Fronteiras em disputa na produção do espaço urbano: a trajetória do 'Gonzaga' de favela a bairro de periferia, [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2008.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília; 2004.
25. Peres F, Rosenberg CP. Desvelando a Concepção de Adolescência/ Adolescente Presente no Discurso de Saúde Pública. *Saúde e Sociedade*. 1998; 7 (1): 86-53.
26. Peres F. Adolescência: em Busca dos Sujeitos Sociais [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1995. 342p.
27. Andrade EA. Gestão Municipal de Políticas Públicas Dirigidas à Juventude e Possíveis Aproximações com a Promoção da Saúde [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008. 189p.

Correspondência

Ana Paula Serrata Malfitano
Endereço: Universidade Federal de São Carlos,
Departamento de Terapia Ocupacional
Rodovia Washington Luís, km 235.
CEP: 13.565-905 - São Carlos – São Paulo – Brasil
E-mail: anamalfitano@ufscar.br