

QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS: Interação promocionista da saúde do adolescente - uma questão de cidadania.

QUALITY IN PUBLIC SERVICE RENDER AS AN INTERECTIONIST STRATEGY OF PROMOTING ADOLESCENT'S HEALTH: a citizen point.

LA CALIDAD EN EL SERVICIO PÚBLICO DE UNA ESTRATEGIA DE INTERECTIO PARA DE PROMOCION DE LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES: un punto del ciudadano.

*Maria Liz Cunha de Oliveira,  
Elioenai Dornelles Alves<sup>1</sup>*

---

#### RESUMO

*Este trabalho busca relatar a experiência da comunidade de Santa Maria no Distrito Federal e vem sendo desenvolvido ao longo de 1 ano e 5 meses no auditório do Centro de Saúde 01 desta comunidade, buscando a excelência na prestação de serviço como uma estratégia interacionista de promover a saúde do adolescente. Este relato sobre o cuidar de adolescentes reafirma o valor do cuidar como ação terapêutica da enfermagem, abrindo a possibilidade para um grupo de jovens restaurar a autodeterminação, a auto-estima e a cidadania. Velar, cuidar, tomar de conta representa um conjunto de atos que tem por fim e por função, manter a vida saudável dos adolescentes com o objetivo de permitir a vida mais saudável de um do grupo de pessoas conscientes de sua cidadania.*

*Unitermos: Saúde do Adolescente, Promoção da Saúde, Metodologia de Ensino, Cuidado em Saúde.*

---

#### ABSTRACT

*This paper seeks to relatethe experience developed for one year and five months at Santa Maria's community, searching for excellence in service render as na interectionist strategy of promoting adolescent's health. The meetings were hel at the community's health center auditorium. This report on adolescent's care, restates the value of taking care as a nursing therapeutic, bringing new possibilities for adolescents to restore their self-determination, self-esteem and citizenship. Watching over and taking care represent acts that have as a purpose and as a role, to keep adolescent's lives healthy making them aware of their citizenship.*

*KEY WORDS: Adolescent's health; Health promotion; Learning methodology; Health care.*

---

#### RESUMEN

Esto articulo busca a experiencia del informe desarrollada durante un año y cinco meses a la comunidad de Santa Maria, mientras buscando la excelencia en el servicio como la estrategia de interectionist de para la promocion de la salud del adolescentes. Las reuniones estaban siendo cumplidas en el la caja de conferencia del centro de la salud de la comunidad. Este informe en salud del adolescente, reitera el valor de tener el cuidado como un terapéuticas lactantes, mientras trayendo las nuevas posibilidades para los adolescentes restaurar su libre determinación, autoestima y ciudadanía. Mirando encima de y teniendo el cuidado representan actos que tienen como un propósito y guardar las habitaciones donde los adolescentes vive el haciendo saludable ellos consciente de su ciudadanía como un papel.

**TÉRMINO CLAVES:** Salud de adolescente; Promoción de salud; Aprendiendo la metodología; El cuidado de salud.

---

<sup>1</sup> Professores Doutores do Núcleo de Estudos em Educação e Promoção da Saúde – NESPROM, do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM, da Universidade de Brasília. Endereço: UnB Nova Colina, Bloco H, Ap. 205, Asa Norte. Brasília –DF – CEP 70910.000. E.mail: [elioenai@unb.br](mailto:elioenai@unb.br).

## APRESENTAÇÃO

Até o final da década de 80, o cuidado com a saúde do adolescente, inclusive em outras áreas do conhecimento, ficava praticamente restrito ao processo de avaliação do crescimento e desenvolvimento. Isso se devia ao fato de que para se trabalhar e estudar o indivíduo adulto era preciso “passar” por essa faixa etária.

No ano de 1985, surge o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR) - uma organização não governamental (ONG) constituída por uma rede de educadores e colaboradores voluntários que juntamente com crianças e adolescentes de classes populares, passam a lutar pelo direito a ter direitos como forma de exercício e defesa de sua cidadania.

Em 1990, foi sancionado pela Lei nº 8069/90 o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), fruto de diversos movimentos sociais organizados que objetivavam evidenciar a falência do modelo de internato amplamente utilizado (nos moldes da sociedade disciplinar) e passam a compreender crianças e adolescentes como um sujeitos de direito. Pessoas que assim devem participar na construção das sociedades e de suas vidas<sup>(1)</sup>.

O ECA possui como instrumento de operacionalização os Conselhos Municipais de Direitos da Criança e os Conselhos Tutelares. A implementação desses conselhos pressupõe um redirecionamento da atenção dispensada a crianças e adolescentes no país, uma vez que considera a humanização dos procedimentos, a capacitação dos agentes, a modernização de estratégias e a compreensão da infância e adolescência como momentos singulares no desenvolvimento desses sujeitos e que merecem proteção integral como instrumento necessário à construção de sua cidadania<sup>(2)</sup>. Quanto à saúde da criança e adolescente, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), define e divulga já no início da década de 90, o marco conceitual para a saúde integral do adolescente, que serviu de subsídio para o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), lançado pelo Ministério da Saúde. Esse Programa estabeleceu as diretrizes e ações em saúde direcionadas a essa faixa etária específica<sup>(3)</sup>.

No que se refere à população alvo dessas políticas de saúde, o enfoque continua sendo predominantemente dirigido aos adolescentes oriundos de famílias de baixa renda, residentes em

bairros periféricos. Isso pode ser de certa forma explicado pelo fato de que esses indivíduos, na falta de uma rede de proteção social, tornam-se mais susceptíveis de ter contato, cada vez mais precoce, com drogas, atividades sexuais desprotegidas e comportamentos violentos e anti-sociais.

Existem muitas concepções teóricas a respeito da adolescência. No entanto, concretamente o adolescente foi e, ainda é, bastante marginalizado. O olhar da saúde para este grupo, taxado normalmente pelos adultos de “criaturas insuportáveis”, focaliza geralmente os problemas, antes sociais do que de saúde, pois conviver com adolescentes que interagem com o mundo costuma provocar questionamento sobre nossos valores e crenças.

Viver a adolescência representa, também, o enfrentamento de riscos relacionados a situações de ordem bio-psico-social, com possíveis alterações de conduta. Essa etapa da vida caracteriza-se por ser um processo dinâmico e impreciso, no qual ocorrem profundos e intensos conflitos na busca constante de auto-afirmação pessoal.

Em contrapartida, são poucas as abordagens existentes na literatura, que ressaltam o viver saudável e a beleza dessa fase da vida mesmo face a todos os problemas que são passíveis de emergir na vivência desse ser em transição.

Desde o seu nascimento, o homem se expressa por desejos, necessidades, buscas, criações, produções, em uma sociedade altamente competitiva e excludente. Uma sociedade que é manejada por códigos cruéis de sobrevivência, onde o papel ativo das pessoas é o fator de maior aceitação, inclusive na convivência social humana locus de inserção do contexto familiar e individual.

A carência de condições básicas (como alimentação adequada, moradia, educação, salário digno, lazer, entre outras questões) que garantam o bem estar do indivíduo e sua família, traz consequências danosas para toda a sociedade. No Brasil, o quadro que temos da população jovem está ligado ao ingresso no mundo do trabalho de um grande número de adolescentes em condições de subemprego e no mundo da marginalidade por força de uma realidade perversa e violenta.

Apesar de ter transcorrido uma década desde a publicação do ECA e PROSAD, trabalhar com adolescentes em unidades básicas de saúde é, ainda, uma “incomoda novidade” para a agenda de Saúde Pública. Isso acontece, em primeiro lugar, porque o adolescente que se apresenta inserido em

grupos “desafia” os saberes instituídos no campo da Saúde. A adolescência não tem sua origem no ataque invasivo de micro-organismos, sua causa não é nenhuma desordem orgânica – campo de notório saber da atuação médica –, portanto, o jovem não é doente. Ao contrário, é um ser cheio de desejos, necessidades, possibilidades e limitações, embora passe por depressões, dores, sofrimento e até possa morrer, seja por morte biológica ou causa externa. O certo é que essa clientela está cheia de vida e necessita ser ouvida e enxergada.

Se os profissionais de saúde pararem para ouvir – escutando de fato o adolescente –, perceberão a complexidade, a diversidade e a simplicidade dos apelos desses seres. Se derem conta do quanto não os conhecem e nem sabem lidar com eles. Da lacuna enorme do que significa cuidar no sentido inequívoco da “formação de seu ser” nesse processo de estar-no-mundo. Merecem destaques os estudos que enfatizam o ensino, a pesquisa e o cuidado na promoção da saúde integral do adolescência, abordando a interdisciplinaridade dentro do enfoque filosófico multiprofissional que vem sendo desenvolvidos pelo Núcleo de Estudos em Educação, Promoção da Saúde e Projetos Inclusivos – NESPROM<sup>(4,5,6,7)</sup>.

Assim dentre as várias ações desenvolvidas pelo Centro de Saúde Nº 01, de Santa Maria - Distrito Federal, elegemos relatar o trabalho desenvolvido com adolescentes, pelo desafio, entraves vivenciados e, principalmente, pelo resultado alcançado.

## **DESENVOLVIMENTO**

A comunidade de Santa Maria - DF é formada por 98.679 mil habitante<sup>(8)</sup>, possui 12 equipes do Programa Saúde da Família e dois Centros de Saúde. Como muitas outras cidades do Distrito Federal, tem sua estrutura sanitária e ambiental representada pela precariedade das instalações. Somente as ruas principais são pavimentadas, algumas moradias precárias, uma boa quantidade de animais domésticos – cachorros – estão soltos pelas ruas. A população desta comunidade conta com um grande número de migrantes de outros estados do Brasil, que se deslocam para a cidade grande e possui um dos mais altos índices de gravidez na adolescência e de estupro do DF. Porém, esta, também, é uma comunidade onde subsistem organizações comunitárias, como associação de moradores, centros comunitários, diversas organizações religiosas, creches comunitárias, e conta, ainda, com escolas públicas de ensino fundamental e especial.

O Centro de Saúde Nº 1 existe a cerca de nove anos nesta comunidade e possui uma boa área física, com 11 consultórios, uma sala de curativo, uma sala de imunização, uma sala de medicação e nebulização, uma sala de colheita de exames, um ambulatório odontológico com 5 cadeiras de odontologia, um RX odontológico, uma sala de RX e um auditório para 40 pessoas.

Quanto aos recursos humanos, este Centro de Saúde possui uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiras, assistentes sociais, odontólogos, nutricionista, auxiliares de enfermagem, técnicos de laboratório e agentes administrativos.

Durante este período de sua existência, o CS Nº1 nunca havia desenvolvido um trabalho direcionado aos adolescentes conduzido exclusivamente pela enfermagem. Durante algumas tentativas de implantação desse serviço específico, nos deparamos com várias dificuldades. Estas estavam ligadas tanto ao medo da violência praticada pelos adolescentes quanto à uma falsa idéia de que as necessidades dos jovens resumiam-se simplesmente a um apoio psicoterápico, e como não possuímos uma psicóloga, persistia a idéia de que tal trabalho não podia ser desenvolvido. Não existia uma consciência dos diferentes níveis das necessidades advindas da própria idade em que os jovens estavam, nem o que poderíamos fazer para promover a saúde e qualidade de vida deles.

Passamos, como grupo, a discutir a situação entre nós e freqüentemente nos víamos às voltas com sentimentos de inadequação que envolvia, por exemplo, as nossas dificuldades para lidar com a sexualidade, com a expressão dos desejos dos jovens, ou, ainda, nos sentíamos impotentes diante das situações de vida, a questão dos valores, as drogas. Em nossos debates, fomos amadurecendo a idéia do que queríamos e assim, propusemos e executamos um trabalho de Promoção da Saúde de Vida do Adolescente.

A operacionalização do projeto foi realizada com base nos seguintes pontos temáticos:

- Prevenção de doenças transmissíveis e uso de drogas;
- Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação de direitos e deveres;
- Promoção da qualidade de vida dos adolescentes;
- Organização de oficinas e teatro;
- Oferecimento de um curso de capacitação na área escolhida pelos adolescentes.

O trabalho foi desenvolvido no período de janeiro de 2003 a junho de 2005, junto a um grupo de 62 adolescentes, sendo 31 meninas e 31 meninos. Alguns deles foram captados pela equipe de saúde quando procuravam o centro por qualquer motivo. Outros foram levados por colegas e 05 vieram encaminhados pelo Conselho Tutelar de Santa Maria, por faltas em audiências com o juiz, falta de estrutura do próprio Conselho em atender a sua demanda. Do total de 62 jovens, 15 faziam uso – declarado – drogas do tipo: cola, tiner, maconha, merla.

Nesta etapa inicial, o objetivo principal da equipe era conseguir estruturar um grupo de jovens, na faixa etária de 13 a 18 anos, de baixa renda, e retirar estes jovens da rua, do ócio, do crime e das drogas, acentuando a condição de sujeitos plenos e plurais.

Estruturar o programa de adolescentes dentro do Centro de Saúde foi um desafio. Vários foram os entraves encontrados. Dentre eles destacamos dois: o “medo” e o sentimento de impotência da própria equipe. O medo de não saber lidar com este tipo de clientela e de nos sentirmos impotentes frente a qualquer tipo de violência.

A preocupação expressa pelo policial militar que faz a guarda do Centro de Saúde representa bem o temor da equipe: “Dona enfermeira, a senhora não sabe quem são os adolescentes que a senhora vai colocar aqui dentro, é tudo marginal, dona, vão vir aqui espreitar o que temos para depois roubar, pense bem....”. Esta observação atrasou o processo, mas não desanimamos.

No cotidiano de nossas vidas, o cuidado está relacionado à esfera afetiva, pois cuidamos de quem conhecemos, de quem temos afeto. Já no trabalho, cuidamos de quem não conhecemos, de quem naturalmente não temos afinidades, mas, sobre a influência do princípio da solidariedade e da excelência na prestação de nosso serviço, nos motivamos e nos movimentamos para montar o grupo, mesmo diante da resistência da equipe.

A segunda dificuldade foi fazer o Diretor – coordenador – de Saúde da Regional na época, compreender que o Centro de Saúde poderia ser usado como local para ministrar um curso profissionalizante. O Centro de Saúde existe para a promoção da saúde e não da doença. Para termos saúde é necessário possuímos Vida.

Infelizmente, a compreensão do que é Saúde para alguns médicos está restrita a ausência de

patologia. Este foi o pior entrave e resultou em idas e vindas ao nível central – Secretaria de Saúde – em busca de amparo superior para conseguir realizar o curso dentro de uma Unidade Básica de Saúde – UBS. Em alguns momentos, ficamos abatidos com as dificuldades internas e começamos a ver no meio profissional uma enorme falta de colaboração, sendo que os valores, conceitos de saúde e de vida e a própria política de saúde pareciam perdidos frente à prática.

Isto demonstra que não existe uma consciência de alguns gestores públicos do que fazer para Promover a Vida à qualidade de vida da população enquanto profissionais de saúde, o reconhecimento do adolescente como parte integrante dos programas sociais e de saúde, representa um avanço significativo nas políticas e estratégias de desenvolvimento, visto que, representa a compreensão dos efeitos do cenário sócio, político, econômico e cultural do país em uma determinada clientela preconizados pela OMS<sup>(3)</sup>.

Superada esta fase passamos a procurar parcerias para desenvolver o trabalho e encontramos os seguintes parceiros - Secretaria de Estado de Educação, Centro de Desenvolvimento social - CDS, e a Organização não Governamental -ONG - Brasil Internacional Sokagakai - BSGI. Estes últimos com larga experiência e vivência com adolescentes nos emprestaram instrutores e material. Paralelamente esta busca de parceiros passamos a nos instrumentar enquanto grupo - uma enfermeira e dois auxiliares de enfermagem - de dinâmicas para poder trabalhar o conteúdo com o grupo de jovens.

Os conteúdos e atividades dos encontros foram desenvolvidos a partir de um processo participativo onde o coordenador, a princípio, é o mediador que traz a sua cultura, seus sentimentos e conhecimentos teóricos/práticos para desenvolver com os participantes. Com um mês de encontros o conteúdo passou a ser explorado a partir da expectativa, necessidade e queixas do grupo.

As atividades passam a ser desenvolvidas pelo Método Construtivista onde as atividades e os conteúdos foram construídos com os participantes. Sem dúvida, os processos participativos são mais difíceis e os coordenadores nunca sabiam o conteúdo que os jovens desejavam desenvolver ou o que ia acontecer nos encontros.

No cotidiano com os jovens a realidade nos impôs incessantemente situações que jamais

hávamos visto, entretanto o nosso sentimento para com o grupo fez despertar a nossa consciência e criatividade. Viver este sentimento foi poder soltar-se, tornar-se receptivo em relação ao mundo dos adolescentes, mundo esse, que sempre nos falava de modo diferente e sensível.

Foi pelo sentimento e pelo conhecimento que desenvolvemos um esquema integrador com os jovens. Segundo Tavares<sup>(9)</sup>, entramos no sentimento quando temos a certeza que não podemos compreender o mundo da afetividade a partir do já conhecido.

### ***Conteúdo desenvolvido***

O enfoque proposto nas políticas de saúde sobre os conteúdos que devem ser desenvolvidos com os adolescentes era e continua sendo centralizada nos problemas biológicos relacionados ao crescimento e desenvolvimento do adolescente, a questão da sexualidade entendida principalmente como sinônimo de fertilidade, gravidez e doenças sexualmente transmissíveis - DST e o uso indevido de substâncias tóxicas. Nas políticas os aspectos relacionados com o desenvolvimento social e psíquico do adolescente continuam sendo abordados de forma isolada de seu contexto social.

Em nossa prática avançamos nos conteúdos abordando questões correlatas ao contexto social. Foram abordados os seguintes conteúdos:

- Apresentação dos participantes e instrutores através de dinâmica de grupo.
- Sexualidade menino ou menina? Em seguida, iniciou-se discussão a respeito do sistema reprodutivo masculino formação dos espermatozoides e feminino (ovulação e menstruação)
- Sexualidade e contracepção. Apresentação do Vídeo “planejamento Familiar”, enfocando os métodos contraceptivos disponíveis no Centro de Saúde.
- Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST. Exposição seguida de perguntas. Recursos: Uso de álbum seriado.
- Drogas com ênfase na Cola, Tiner, Alcoolismo e no Tabagismo.
- Como sou bonito! (auto-estima)<sup>(10)</sup> a auto-estima se constrói num valor de bem viver, de competência para a vida, podendo num estágio negativo funcionar ao revés, desde que os dramas de nossas vidas são reflexos das visões mais íntimas que temos de nós mesmos.

Recursos - Foi confeccionado um cartão com papel A4 e um quadrado de espelho. Na face anterior estava escrito “A coisa mais linda que deus criou! Abrindo o cartão estava o espelho e a palavra VOCÊ.”

- Aborrecente não adolescente sim;
- Preconceito homossexualismo, racismo, machismo;
- Viver em sociedade, políticas públicas, renda, guerra;
- que vou ser quando crescer? Expectativa de vida. Identificar seus valores de vida;
- FAMÍLIA encontros e desencontros; Relato de história de vida
- Violência doméstica; Trabalhamos a Representação Social da violência doméstica. Recursos: pincéis atômicos e folhas de papel presas na parede onde o adolescente ia escrevendo o que entendia por violência.
- Histórias de meu Vô / Respeito ao idoso; Tarde de encontros dos avós e a eles era solicitado contar um fato do seu passado. Recursos: música, refrigerantes, bolos, salgadinhos.
- Direitos e deveres do adolescente - ECA ;
- Direitos Humanos e Sociedade.

## METODOLOGIA

Este trabalho vem sendo desenvolvido ao longo de 1 ano e 5 meses no auditório do Centro de Saúde 01 de Santa Maria e foi dividido em quatro fases.

A primeira fase foi desenvolvida em 4 encontros por mês (1 por semana) durante 6 meses e envolveu: dinâmica de grupos, aulas expositivas com recursos audiovisuais, teatro, leitura de textos, análise de músicas, expressão corporal, apresentação de vídeos educativos e avaliação verbal.

Os conteúdos foram intercalados com encontros enunciados como “desabafo” onde o eixo central foi a imagem que o adolescente tem de si mesmo e as barreiras enfrentadas no seu dia - a - Dia e consistia de depoimento sobre experiências de cada adolescente do grupo, com os pais e irmãos, suas fraquezas, potencialidades, talentos, capacidades e necessidades. Os depoimentos eram conduzidos por uma enfermeira e dois auxiliares de enfermagem um do sexo masculino e

outro do sexo feminino.

Estes momentos foram de grande riqueza e interação entre os profissionais e os jovens, observando-se que as afinidades eram direcionadas, inclusive pelo sexo dos coordenadores, como uma busca de identidade. O “estar com<sup>(11)</sup>”...“é uma necessidade social básica de toda pessoa<sup>(12)</sup>”. Sentir-se acolhido reconhecido e amparado, ouvido, sentido, solidarizado, faz parte da nossa exigência gregária e de comunicação.

Nesta vivência o que ficou claro é a luta das famílias destes jovens em equilibrar consumo com a produção do lar em condições de crescente escassez. Como sabemos, o viver saudável, ocorre num contexto de equilíbrio entre os níveis sócio-cultural-afetivo assim, estas famílias possuem grande possibilidade de desenvolver processos patológicos que acabam sendo acentuados pela falta de lazer e outras formas de entretenimento. Todos estes fatores contribuem para um risco de desestruturação familiar concorrendo para a vulnerabilidade do adolescente.

A Segunda fase é marcada pela parceria entre o Centro de Saúde e a organização não governamental BSGI. Esta organização organizou um evento com 1500 adolescentes vindos das várias regiões administrativas de Brasília.

Durante três meses os jovens que faziam parte do nosso grupo de adolescente foram levados, acompanhados por dois auxiliares de enfermagem, de ônibus – ora da Administração de Santa Maria, ora alugado com recursos dos próprios adolescentes – todos os sábados ao Corpo de Bombeiros de Brasília local onde ocorreram os ensaios das diversas coreografias, em vários ritmos musicais a saber: samba, lambada, forró, sertanejo, bolero, gafieira dentre outros. Esta prática é conhecida como vinculação cultural.

A vinculação cultural é uma terapia voltada para a promoção da saúde , com o objetivo de reconectar a pessoa à sua cultura de origem, em particular, e à cultura hegemônica em geral<sup>(13)</sup>. Nesta terapia a re-conexão com a cultura hegemônica ocorre de pessoa para pessoa, de igual para igual, de ser humano para ser humanos. Por meio desta prática o jovem tem a oportunidade de visitar o seu sistema de valores, segundo sua herança regional.

Durante todo o período dos ensaios os coordenadores, por várias vezes, interferiram e

reorganizaram pensamentos e práticas de modo não agressivo e saudável, estimulando uma relação de confiança e solidariedade com os adolescentes.

Para a apresentação final era necessário adquirir uma roupa típica. Muitos jovens não possuíam dinheiro para a compra desta fantasia. Foi o momento mais importante onde o grupo vivenciou uma prática de cooperação, solidariedade e compromisso com o outro.

O grupo construiu de modo articulado uma saída para essa necessidade. Surgiu a proposta da realização de um bazar e a venda de latas recicláveis. Todos inclusive os coordenadores passaram a recolher latas de refrigerantes na rua para vender e organizaram um bazar com doações de roupas e objetos que foram vendidos e desse modo ninguém ficou de fora todos conseguiram suas fantasias.

A apresentação final ocorreu no Americel Hall com a presença de autoridades. O local é ícone da hegemonia burguesa e os jovens puderam descortinar este universo irreal. Neste momento podemos afirmar que é fácil sair do gueto, porém é difícil manter-se fora dele sem apoio das instituições sociais.

O evento foi todo documentado em fita de vídeo, como também, divulgado na mídia impressa inclusive no Japão.

A terceira fase é decorrente do entendimento de que apresentamos um elevado grau de satisfação e alta estima quando nos sentimos útil e ativo na sociedade e estes sentimentos, vão determinar o que chamamos de “capacidades”. As capacidades de uma pessoa são os atributos e qualidades que estas possuem para o bom funcionamento dentro da sociedade.

O adolescente como um ser em desenvolvimento necessita de certas capacidades para enfrentar esta vida de competitividade e muitas vezes dentro desta sociedade não lhes são dadas oportunidades para um desenvolvimento pleno e de expressão de suas habilidades.

Para podermos conseguir o desenvolvimento de habilidades trouxemos um curso profissionalizante para dentro do Centro de Saúde. O curso foi resultado de uma parceria com o Centro de Desenvolvimento Social – CDS de Santa Maria e a Granja das Oliveiras que cedeu o material – taças, pratos, bandejas etc. – e o professor.

Para a realização do curso o grupo de adolescentes foi dividido em duas turmas, uma pela manhã e outra de tarde. Esta fase é marcada por encontros diários entre a equipe de saúde e os jovens onde além de receberem aulas teóricas e práticas sobre a arte de servir, estes jovens passaram a receber um lanche composto de achocolatados e cachorro quente.

No final do ano momento de confraternização e de prova final do curso de garçom, foi preparado um evento de encerramento para avaliarmos o desempenho dos novos profissionais. A arte de servir foi realizada com seriedade e comprometimento pelos jovens, estes cortaram um bolo do tipo confeitado (típico de casamento), serviram salgadinhos, refrigerantes para os alunos do turno contrário e equipe de saúde que esteve envolvida no trabalho.

Este momento culminou com lançamento de um desafio este, consistia na organização de uma cooperativa de garçons e divulgação da mesma em eventos e jornais da comunidade.

A Quarta fase denominamos de observação e é caracterizada por encontros esporádicos normalmente por demanda espontânea em que os adolescentes nos procuram quando sentem necessidade, e nos informam como o anda o grupo, os encontros realizados, festas etc...

## RESULTADOS

Hoje, estamos no desenvolvimento da fase de observação. Continuamos a acompanhar os adolescentes nestes seis primeiros meses de 2003, conscientes de que o que mais promove e mantém a participação dos sujeitos é a confiança mútua que emerge desse tipo de prática.

No que se refere à consulta propriamente dita, todos os adolescentes abriram prontuário no Centro de Saúde e foram realizados uma consulta de enfermagem com exame físico detalhado, solicitação de exames de rotina (EAS, Fezes, Hemograma completo, VDRL) e 02 encaminhamentos para oftalmologista, 03 encaminhamentos para odontologia, 01 para psicologia. O agravo à saúde mais encontrado foi a verminose, seguida de gripe com comprometimento de vias respiratórias. Todas meninas foram encaminhadas para uma consulta de prevenção do colo de útero com o ginecologista.

Neste contexto, a enfermeira teve papel importante sendo responsável pela criação de um vínculo entre o adolescente e a unidade desenvolvendo um atendimento que abarcasse as

necessidades de saúde dos jovens clientes.

Das 31 meninas adolescentes nem uma até o momento apareceu grávida. Dos 15 adolescentes envolvidos com droga do tipo cola, tiner, maconha e álcool, apenas um adolescente continua drogando-se. Dos 5 adolescentes encaminhados pelo Conselho Tutelar, todos freqüentam as audiências com o juiz e estão bem perto de estar em liberdade.

Os adolescentes responderam ao desafio e fundaram uma cooperativa de garçons e já estão atuando no mercado de trabalho agora a cooperativa adquiriu 200 taças, 200 pratos com o dinheiro advindo do trabalho do grupo.

Estão trabalhando como garçom ou garçonete 25 jovens, em estabelecimentos particulares e 1 adolescente está trabalhando em um lava-jato, além de atuar na cooperativa.

Atualmente estamos percorrendo escolas e igrejas convocando os adolescentes para a formação de um novo grupo. A nossa equipe cresceu recebemos 4 adolescentes oriundos do antigo grupo que nos procuraram e querem trabalhar como monitores neste novo grupo.

A inspiração em uma política de saúde mais abrangente e a confiança em nossa capacidade para pensar e enfrentar desafios comemora a vitória, uma vitória na evolução da consciência, que pressupõe um cuidar com conhecimento de especificidades que favoreçam a promoção do auto-conhecimento e do auto-crescimento, buscando organizar forças que podem alterar os seres em seus destinos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os gestores notadamente os médicos, pois só a estes profissionais é permitido ocupar os cargos de decisão dentro do sistema de saúde do DF necessitam entender que os centros de saúde, em muitos casos, são o único ponto de apoio para uma comunidade carente assim, os gestores necessitam de ser sensibilizados a repensar seu papel na sociedade no sentido de diminuir o grande descompasso entre as diretrizes políticas e a execução e implementação comprometida desta.

O sistema de saúde não pode continuar isolado preso ao seu cordão umbilical, seus

gestores tem que exercer o papel de co-participação enquanto órgão da comunidade e buscar parcerias com setores da sociedade com o objetivo de estimular o desenvolvimento comunitário implementando políticas sociais abrangentes e permanentes.

Outra consideração é que as Secretarias de Saúde especificamente as coordenações da criança e do adolescente devem incluir em seus planejamentos programas de sensibilização quanto ao programa para os gestores e capacitação do cuidar para os profissionais e que atuam com os adolescentes.

O cuidar deve ser trabalhado em uma perspectiva de cidadania incluindo assim encaminhamentos em direção às atividades e ações que promovem e/ou influenciam a busca de um estado de cidadania, com um referencial de direitos e deveres.

Este relato sobre o cuidar de adolescentes reafirma o valor do cuidar como ação terapêutica da enfermagem, abrindo a possibilidade para um grupo de jovens restaurar a autodeterminação, a auto-estima e a cidadania.

Estudos recentes afirmam que o “setor de saúde tem que desenvolver um modelo de atenção que mescle condições materiais de existência e bem-estar da população tornando-se, espaços de acolhimento e fortalecimento das políticas de promoção de saúde, contribuindo para minorar a situação de vulnerabilidade e incrementar a qualidade de vida dos adolescentes.<sup>(14)</sup>” A promoção de vida é pois manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis, mas que são diversificadas na sua manifestação e são sintetizadas pela palavra saúde.

Velar, cuidar, tomar de conta representa um conjunto de atos que tem por fim e por função, manter a vida saudável dos adolescentes com o objetivo de permitir a vida mais saudável de um do grupo de pessoas conscientes de sua cidadania.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. BRASIL, Ministério da Saúde/Ministério da Criança. Projeto minha gente. Lei nº 8.069, de 13 de junho de 1990. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília, 1991. INFORME EPIDEMIOLÓGICO DO SUS. Brasília, 1 (2), jul. 1992.
2. HIRATA, M.C. Processo de cuidar do adolescente em situação de rua numa perspectiva alternativa. Associação Brasileira de Enfermagem. Projeto Acolher. Brasília. ABEn/ Governo

- Federal, 2000.169p.
3. Organização Pan-americana da Saúde. O marco conceitual da saúde integral do adolescente e de seu cuidado. Washington, 1990.
  4. DE SANTI, M.C. e ALVES, E.D. (org.) Caderno de Educação e Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo, Universidade de Brasília, São Paulo – Brasília, (2), maio, 1998.
  5. ALVES, ED., COSTA L.<sup>a</sup>T. e MATOS, D.G. de. O Cotidiano na Construção Solidária para o Adolescer. PARTICIPAÇÃO. Decanato de Extensão, Universidade de Brasília, 5 (9) : 76-91, Edição Especial, 2001.
  6. ALVES, E.D. e SERPA, M.G.N. Promoção da Saúde, via rede: uma visão planetária. PARTICIPAÇÃO. Decanato de Extensão, Universidade de Brasília, 5 (10) : 126-17, nov., 2001.
  7. ALVES, E.D. e COSTA, L.AT. Mais consciências, saudáveis. UnB Notícias. Assessoria de comunicação, Universidade de Brasília, 5 (48) : 14-15, jun. jul., 2002.
  8. IBGE, Censo Demográfico. 2000.
  9. TAVARES, C.M.M. A poética do cuidar: a perspectiva da imaginação criadora na enfermagem. Rio de Janeiro: SENAI, 1999, 207p.
  10. BRADEN, N. Auto-estima: como aprender de gostar de si mesmo. 26.ed.São Paulo: Saraiva, 1996.43p.
  11. MURARO, R. M. BOFF, L. Feminino e Masculino: uma nova consciência para o encontro das diferenças. Rio de Janeiro: Sextante, 2002. 287p.
  12. SALLES, R. TAVARES, C. SANTOS, I. SILVEIRA, F. Sensibilizando a formação do cuidador. 2000, 8p.
  13. COLLIÈRE, Marie-Françoise. Promover a vida: das práticas das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Tradução de Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 1989, 385p.
  14. DYTZ, J.L.G. e ROCHA, S.M.M. O modo de vida e seu impacto na saúde reprodutiva da adolescente de baixa renda. Associação Brasileira de Enfermagem. Projeto Acolher. Brasília. ABEn/ Governo Federal, 2000.169p.