

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Departamento de Informações para a Saúde

**MAPA DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO ADOLESCENTE
NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Maria Helena Ruzany

*Tese apresentada à Escola Nacional de
Saúde Pública como requisito parcial à
obtenção do Título de Doutor em Saúde
Pública com área de concentração em
Informação para a Saúde*

Orientador: Prof. Dr. Célia Landmann Szwarcwald

Co-orientador: Prof. Dr. Cláudia Travassos Veras

Rio de Janeiro
Março 2000

Ao meu pai que, infelizmente, não logrou acompanhar-me ascender em mais este degrau de minha formação pessoal e profissional, mas que forneceu grande parte dos atributos necessários para que eu pudesse alcançá-lo.

AGRADECIMENTOS

Os caminhos que levam um sujeito definir sua identidade profissional sempre são singulares. No meu caso, especificamente, vários profissionais influenciaram esta definição. Sem dúvida a pós-graduação nos Estados Unidos, no início dos anos 70, e a formação abrangente profissional lá conquistada, me respaldaram a aceitar, em março de 1975, o desafio de coordenar a Unidade Clínica de Adolescentes, atualmente, Núcleo de Estudos de Saúde do Adolescente (Nesa), no Hospital Universitário Pedro Ernesto. Nesta ocasião, destaco o Prof. Jayme Landmann que confiou na minha capacidade de liderança frente a um serviço que começava a se estruturar. Vale lembrar, saudosamente, o apoio incondicional que recebi, na mesma oportunidade, do Prof. Aloysio Amâncio da Silva (*in memoriam*).

Os estudos e pesquisas que realizamos, desde então, indicaram que este grupo populacional merecia meu empenho e dedicação, levando-me a buscar nos congressos da Sociedade Americana de Medicina de Adolescentes e, posteriormente, nos da Sociedade Brasileira de Pediatria, as bases teóricas necessárias para melhorar minha formação, até então voltada para a atenção pediátrica clássica. Sem dúvida começar no dia a dia a trabalhar em equipe multidisciplinar representou uma possibilidade de crescimento profissional relevante. Os longos momentos de reuniões interdisciplinares com os profissionais que compunham o corpo técnico do Nesa em seu início me apontaram uma forma própria de lidar com os padecimentos dos adolescentes internados nas nossas enfermarias, bem como no acompanhamento pós alta hospitalar. A todos os membros da equipe com os quais convivi, durante anos, eu agradeço e divido com eles a responsabilidade pelo sucesso do reconhecimento externo deste trabalho.

Dentro da experiência vivenciada, permanece o sentimento de frustração, observada nos olhos inquietos de adolescentes agonizantes. Por outro lado, a memória me traz a experiência adquirida nas horas passadas na escuta de histórias de vida de adolescentes sofridos, na luta insana pelos

seus direitos de cidadania. Em todos estes adolescentes eu deposito meu mais profundo sentimento de gratidão e dívida.

Não poderia deixar de mencionar o apoio que vimos obtendo da Fundação W.K.Kellogg, desde o primeiro projeto, em 1986, incentivado pela sensibilidade do professor Mário Chaves à causa da saúde dos adolescentes. Esta Fundação vem-nos patrocinando sistematicamente desde então, atendendo às nossas demandas de projetos. Desta forma, agradeço ao Prof. Marcos Kisil e Dra. Jana Arriagada, por nos apoiar através de projetos que têm permitido a manutenção de melhores condições de trabalho, possibilitando ao nosso serviço a prestação do atendimento de qualidade e liderança na saúde do adolescente no Brasil. De maneira individual, esta Fundação tem contribuído com minha formação profissional através de seminários e eventos nacionais e internacionais, viabilizando importante intercâmbio com profissionais da área.

Seria difícil agradecer a toda equipe do Nesa, hoje com quase 80 profissionais. Sem dúvida todos, em algum momento, contribuíram com meu aprendizado e colaboraram com os estudos. Neste caso, mencionarei os membros da atual coordenação que me propiciaram espaço e apoio para fazer meus estudos desta tese. Ao professor José Augusto da Silva Messias – companheiro de trabalho desde o início do desenvolvimento do Nesa –, professor José Henrique Withers Aquino, coordenador da enfermagem de adolescentes, professora Eloísa Grossman coordenadora da Atenção Secundária – por assumir a atenção aos meus pacientes e liderança junto aos colegas de trabalho, visto a falta de disponibilidade de tempo motivada pelo afastamento parcial para este trabalho – e à fonoaudióloga Margareth Attianezi, coordenadora da Atenção Primária, à qual estou diretamente vinculada, e que me tem facilitado a liberdade que preciso, neste momento, para executar as minhas tarefas.

Entre os profissionais do Nesa, gostaria de destacar a parceria de trabalho com a assistente social Zilah Meirelles, que me vem proporcionando uma fonte inesgotável de experiência em seu trabalho comunitário. A partir de nossas longas conversas, tem sido possível desenvolver projetos e pensar em alternativas de melhoria de vida para

adolescentes desfavorecidos e com dificuldades sociais. Além disso, Zilah tem-me ajudado em todos os momentos deste trabalho na coleta de dados, organização de alunos para participar da pesquisa de campo, bibliografia, discussão dos resultados. Enfim, tem sido de uma ajuda inestimável à conclusão deste documento.

Durante o período em que estive como consultora da Organização Pan-Americana de Saúde, em Washington DC, em 1995, apresentei minha proposta de doutorado na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Na ocasião recebi, prontamente, o apoio dos professores João Yunes – grande amigo e constante estimulador de meu trabalho – e Akira Homma, através das cartas de apresentação. Aos dois agradeço a confiança depositada.

Com relação à ENSP/ Fiocruz, o apoio e a discussão do projeto de tese com a professora Claudia Travassos foram imprescindíveis para minha aceitação pela comissão de pós-graduação. Agradeço muito sua colaboração na fase inicial deste trabalho. Da mesma forma agradeço aos professores das disciplinas que freqüentei, principalmente aos professores Firmin Roland Schramm e Rosalina Koifman, pois tiveram a paciência de lidar com uma neófito na área de saúde pública e me passaram ensinamentos fundamentais para o desenvolvimento desta tese.

À minha orientadora, a professora Célia Landmann Szwarcwald, os meus mais efusivos agradecimentos pela competência, dedicação e carinho com que assumiu este compromisso. Sempre procurou incentivar-me nos momentos de angústia motivados pelas dificuldades naturais do desenvolvimento de uma tese. Nesta convivência, houve oportunidade de reatar os laços de uma antiga amizade. Sem dúvida, ficarão na memória os momentos agradáveis que dividimos neste período de trabalho.

Entre as pessoas que apoiaram o desenvolvimento deste projeto de tese, destacam-se Carla Lourenço Tavares de Andrade, mestranda da Escola de Saúde Pública, e Maria Ângela Esteves, auxiliar de pesquisa do DIS/CICT, que colaboraram com as análises estatísticas e estudos geográficos dos mapas temáticos. Apesar de minhas dificuldades técnicas em

áreas tão específicas, em todos os momentos foram extremamente prestativas e agradáveis no lidar.

Para o desenvolvimento da pesquisa foi relevante a participação dos alunos de graduação, bolsistas de extensão, que participaram da coleta de dados, todos muito interessados e entusiasmados com o trabalho. Entre eles, destaco a estudante de medicina Rebecca Guimarães de Oliveira, que digitou os dados e trouxe informações importantes para a análise dos resultados obtidos.

Dentre os que apoiaram a realização deste trabalho, devo ressaltar a inestimável ajuda do Gary Barker que se dispôs a rever meus textos em inglês, facilitando a redação de um idioma que ele domina melhor. Agradeço também, na revisão dos textos em português, o apoio de João Batista de Abreu Júnior, professor de Comunicação da Universidade Federal Fluminense, que, com paciência, tem tentado me ensinar a manejar melhor meu próprio vernáculo.

No percurso deste trabalho tive a sorte de contar com a professora Regina Herzog, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que desde a idéia de entrar para o doutorado até os momentos da finalização deste documento vem-me auxiliando através de críticas, discussão e revisão dos textos. Esta ajuda tem sido fundamental para minha segurança e a certeza de que estou seguindo no caminho certo. Posso afirmar que foi o amparo necessário para enfrentar este desafio sem retrocessos.

Também devo mencionar que, tratando-se de apoio psíquico, tive a boa chance de contar com o Dr. Chaim Samuel Katz, meu psicanalista, que conseguiu proporcionar-me equilíbrio emocional durante o desenvolvimento deste trabalho.

Além de todos os mencionados e muitos outros não citados, porém com participações também relevantes nas várias etapas do trabalho, ressalto o companheirismo e ajuda do professor Fred Ruzany, meu parceiro na vida e que me proporcionou tranquilidade emocional para dar conta desta tarefa.

Importante também foi a participação afetuosa de André, meu filho, sempre atento às minhas crises e dificuldades, procurando ajudar-me da forma que considera mais adequada. A minha filha Giselle que, mesmo de longe, acompanha minha trajetória e fica numa torcida para que tudo dê certo.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo principal apreciar as condições das Unidades de Saúde (US), diante da situação atual do Programa de Saúde do Adolescente do Município do Rio de Janeiro (PROSAD) e dos problemas mais freqüentes de saúde deste grupo etário.

Para atingir este objetivo, foram desenvolvidos os seguintes estudos quantitativos: 1) Estudo piloto do questionário sobre Oportunidades Perdidas desenvolvido pela Organização Pan-Americana de Saúde; 2) Mortalidade do Adolescente no Município do Rio de Janeiro – de 1981 a 1995; 3) Mapa da situação de saúde do adolescente no Município do Rio de Janeiro.

Como resultados do estudo piloto da avaliação de oportunidades perdidas, levantaram-se hipóteses sobre as lacunas na prestação da atenção integral a este grupo populacional. O segundo artigo constata que os elevados índices de mortalidade da população adolescente deste município estão ligados a questões que poderiam ser evitadas, entre elas os óbitos por causas externas, sobretudo os homicídios por arma de fogo, e os problemas relacionados à sexualidade, como o aumento das taxas de incidência de Aids. No terceiro artigo, o mapa temático sobre as condições de atendimento das US aponta uma distribuição inadequada das unidades em melhores condições de atendimento ao adolescente, nas áreas de maior concentração de problemas deste grupo.

Conclui-se que o PROSAD precisa redimensionar seus objetivos e metas, possibilitando um impacto positivo na morbi-mortalidade deste grupo populacional. Para isso, os responsáveis pelo programa devem concentrar esforços em atividades de promoção de saúde, buscando indicadores de efetividade das ações desenvolvidas. Sugere-se ainda a vigilância permanente do atendimento a este grupo etário, evitando-se oportunidades perdidas na prestação da atenção integral.

SUMMARY

The main purpose of this paper is to investigate the situation of the Health Units involved in the Adolescent Health Program of the City of Rio de Janeiro (PROSAD), with regard to providing full care to the most common health problems of this age group.

Accordingly, the following quantitative studies were carried out: 1) a pilot-study of the questionnaire on Lost Opportunities developed by the Pan-American Health Organization; 2) adolescent mortality in the City of Rio de Janeiro between 1981 and 1995; and 3) a geographic analyses of the adolescent health situation in the City of Rio de Janeiro.

As a result of the pilot-study to evaluate lost opportunities, hypotheses were raised as to the flaws in the provision of full care to this segment of the population. The second article verified that the high mortality rates among the adolescent population sprang from problems that could have been avoided. Predominantly deaths were due to external causes, including homicides by firearms, and issues related to sexuality, such as the increase of Aids incidence rates. The thematic maps revealed improper distribution of Health Units providing better care in areas where the problems of this group concentrated most.

The conclusion is that PROSAD has to redimension its objectives and aims so that these can be attained and impact positively on the morbidity-mortality rates of the adolescent segment. To this end, those in charge of the program should concentrate their efforts on implementing activities to promote health by seeking indicators of the efficacy of the actions undertaken. It is suggested that the lost opportunities in providing full care to this age group be given permanent surveillance.

FICHA CATALOGRÁFICA

Ruzany, Maria Helena

Mapa da situação de saúde do adolescente no Município do Rio de Janeiro.

xlii, 111P.:il.

Orientador: Célia Landmann Szwacwald

Tese (Doutorado) – CICT/FIOCRUZ.

Adolescente; 2. Saúde; 3. Oportunidades perdidas; 4. Mortalidade; 5. Organização de serviços; 6. Análise espacial.

ÍNDICE

	<u>Pg.</u>
INTRODUÇÃO	Xvi
<u>PARTE I</u> – Apresentação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD)	Xxv
<u>PARTE II</u> – Projeto de Estudo: mapa da situação de saúde do adolescente do Município do Rio de Janeiro	Xi
<i>Capítulo 1</i> – Oportunidades Perdidas da Atenção Integral ao dolescente: Resultados do estudo-piloto ...	42
<i>Capítulo 2</i> – Mortalidade de Adolescente no Município do Rio de Janeiro, de 1981 a 1995: quantos óbitos poderiam ser evitados?	59
<i>Capítulo 3</i> - Mapa da Situação de Saúde do Adolescente no Município do Rio de Janeiro	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
ANEXOS	114
• Estimativa de complexidade e condições de eficiência dos serviços ambulatoriais para adolescentes.	1-16
• Resultados adicionais do estudo sobre o PROSAD no Município do Rio de Janeiro.	1-13

ABREVIATURAS

PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
PAISC	Programa de Atenção à Saúde da Criança
US	Unidade de Saúde
MS	Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
UNICEF	Fundação das Nações Unidas para a Infância
FUNUAP	Fundo de Populações das Nações Unidas
CONAISS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
SES-RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
NESA	Núcleo de Estudos de Saúde do Adolescente
PEE	Programa Especial de Educação
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAM	Posto de Atendimento Médico
CMS	Centro Municipal de Saúde
UACPS	Unidade de Atendimento Clínico Primário de Saúde
UMAMP	Unidade Municipal de Atendimento Médico Primário
PS	Posto de Saúde

LISTA DE QUADRO, FIGURAS E TABELAS

Capítulo 1	Tabela 01	Distribuição dos participantes segundo o motivo da procura do serviço.
	Tabela 02	Distribuição dos participantes segundo aspectos relacionados ao funcionamento do serviço.
	Tabela 03	Proporção de oportunidades perdidas na promoção de saúde segundo temas não abordados e categoria profissional.
	Tabela 04	Resultados da análise estatística por componentes principais, cargas das variáveis originais nos 4 fatores selecionados.
Capítulo 2	Tabela 01	Mortalidade proporcional (%) segundo os grandes grupos de causas e sexo. Município do Rio de Janeiro, 1991-1995.
	Tabela 02	Taxas de mortalidade (por 100 000 habitantes) pelas principais causas externas segundo grupo etário e sexo. Município do Rio de Janeiro, 1991-1995.
	Tabela 03	Taxas de mortalidade (por 100 000 habitantes), segundo as principais causas externas por período de tempo e sexo. Município do Rio de Janeiro, 1981-1995.
Capítulo 3	Tabela 01	Equipe multidisciplinar, capacitação profissional e disponibilidade para o atendimento no PROSAD.
	Tabela 02	Distribuição (%) das 49 Unidades de Saúde com o PROSAD segundo os escores atribuídos às condições básicas para a prestação da atenção integral ao adolescente no Município do Rio de Janeiro, 1999.
	Quadro 01	Distribuição dos escores atribuídos de acordo com os critérios para cada variável.
	Figura 01	Distribuição geográfica das US por adequação das condições de atendimento e desinidade demográfica da população de 10-19 anos por Km ² , 1996. Município do Rio de Janeiro por Região Administrativa.
	Figura 02	Taxa de mortalidade por arma de fogo (/100000 hab) em adolescentes de 10 a 19 anos, 1991-1995 e distribuição de favelas por Região Administrativa no Município do Rio de Janeiro.
	Figura 03	Taxa de fecundidade em adolescentes de 10 a 19 anos (/1000 NV) Município do Rio de Janeiro por Região Administrativa, 1995-1997.

INTRODUÇÃO

Por que um programa para adolescentes?

A adolescência é a etapa da vida do indivíduo compreendida entre a infância e a fase adulta marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. Nesta época, as influências externas, isto é, fora da família, ganham importância, pois influenciam condutas e comportamentos futuros.

Além disso, um conjunto de situações marca a vida do adolescente, como o desenvolvimento do autoconhecimento que dará origem aos sentimentos de auto-estima; o desenvolvimento da autocrítica e de questionamento dos valores dos pais e dos adultos em geral. Os impulsos sexuais ganham uma expressão mais efetiva em função da maturação física que se verifica com o início da potencialidade de procriação; o aprendizado de novas técnicas para o ingresso no mercado de trabalho e para o relacionamento com o outro.

Durante a adolescência o ser humano vai delineando uma identidade sexual, familiar e laboral, que o permite exercer determinados papéis dentro da sociedade. Esta identidade é a imagem que o sujeito tem de si, e ela permanece constante e reconhecível apesar das mudanças evolutivas e dos vários papéis sociais que ele venha a desempenhar. Dependendo da forma como esta identidade se estabelece, o exercício de suas funções poderá vir a ser facilitado ou não. Assim, se o desenvolvimento biopsicossocial fica comprometido, seu desempenho tende a ser difícil e penoso (Krauskopf, 1995).

Sem dúvida é o período da existência em que o sujeito pode iniciar o contato com o mundo externo sem que, aparentemente, tenha que assumir as responsabilidades da vida adulta. Esta situação é de extrema ambivalência visto que, se por um lado não lhe é exigido assumir os compromissos da vida adulta, por outro não lhe é permitido “comportar-se”

como uma criança. Na indecisão de como se conduzir, o adolescente oscila entre condutas de risco “calculado”, decorrente de uma ação pensada, e do risco “insensato”, a que se expõe com grande chance de insucessos que podem comprometer a saúde de forma irreversível (DiClemente, 1996).

A adolescência não é um período de transição. É parte de um processo de amadurecimento e de intenso aprendizado de vida (Adamo, 1985). A tendência de se limitar a adolescência a “um período de transição” tem favorecido o esquecimento de suas necessidades e a falta de respeito de seus direitos, bem como uma exigência inadequada quanto ao cumprimento de seus deveres de cidadão. Para valorizar o adolescente, é preciso que a sociedade reconheça seu potencial de contribuição e o apóie, ouvindo seus desejos, idéias e críticas. Só assim sua participação se tornará eficaz. Em outras palavras, esta postura pressupõe a abertura de um espaço para o adolescente exercer a liberdade.

Dentro do enfoque de risco, algumas situações indesejáveis podem originar estilos de vida perigosos, entretanto, através de medidas preventivas, as mesmas situações podem levar a decisões saudáveis. Entre as condutas de risco podemos citar o uso de drogas lícitas e ilícitas, como bebidas alcoólicas, cigarros ou maconha, prática sexual desprotegida, delinqüência e atitudes anti-sociais. Desta forma, as ações de promoção de saúde poderiam ser consideradas como as de maior impacto, visto que a falta de informação pode propiciar decisões inoportunas ou perigosas.

O aglomerado populacional dos grandes centros urbanos e a falta de integração social levam a maioria dos jovens de comunidades carentes à convivência com a pobreza e a frustração. Esta situação mantém nas grandes cidades os problemas crônicos ligados à violência e à delinqüência juvenil (Phebo, 1996). Por outro lado, o processo do desenvolvimento urbano tem demonstrado ineficiência na incorporação deste grupo etário no mercado de trabalho, no sistema escolar e em oportunidades para melhorar sua qualidade de vida.

Devido à queda do poder aquisitivo das famílias, os jovens são forçados precocemente a trabalhar, em geral com salários abaixo do mínimo,

sem carteira assinada, sem direito a seguro social e em péssimas condições. Estas distorções dificultam ainda mais a ascensão profissional. Além disso, nas áreas urbanas latino-americanas e zonas marginais o desemprego ou subemprego é crescente (Moreno, 1995).

Cabe enfatizar a importância do sistema escolar para o desenvolvimento adequado do adolescente, pois é onde acontecem os processos de socialização e de evolução pessoal. Todavia, uma série de fatores que envolvem a crise na educação formal tem deixado o ensino relegado a um plano inferior nos investimentos sociais (Krauskopf, 1995).

Levando em conta as diferenças regionais, os adolescentes poderão ficar mais ou menos alijados dos processos decisórios, como nas seguintes situações: falta de participação no desenho das políticas que incidem sobre suas condições de vida e na desigualdade de oportunidades no mercado laboral. Dentro deste quadro, o adolescente vivencia uma grande dificuldade para ingressar na vida adulta, deixando de assumir uma relação permanente – na constituição de novo núcleo familiar – ou buscando um espaço profissional adequado.

Os programas, em geral, mantêm os adolescentes e jovens passivos em sua atenção, tanto de saúde quanto de educação, não levando em conta sua diversidade sociocultural. Portanto, faz-se necessária uma mudança de paradigma, para reconhecer os jovens como sujeitos de seu próprio desenvolvimento – de forma individual ou coletiva – promovendo sua incorporação como atores sociais, com direitos e oportunidades de participar efetivamente no novo projeto social que se descortina.

Nesta perspectiva, torna-se fundamental ampliar a participação juvenil nas instituições que trabalham com a saúde através do estabelecimento de programas constituídos com normas claras para este fim. Essa participação é crucial para que se avaliem as necessidades sentidas do adolescente, frente a suas noções de saúde, atitudes, práticas e aspirações de desenvolvimento pessoal e social. Neste ponto vale mencionar as diferenças de gênero, pois as mulheres jovens encontram-se mais vulneráveis aos

problemas relacionados com a saúde reprodutiva e os homens, com os efeitos da violência.

Assim, os programas de atenção ao adolescente e jovem devem levar em conta os grupos de risco e as diferenças socioculturais entre os gêneros. O enfoque meramente curativo não atende os determinantes da morbimortalidade, que decorrem basicamente de causas externas e da prática sexual desprotegida. Devem ser abrangentes com atividades de promoção, prevenção e atenção ao adolescente, tendo em vista os aspectos culturais, afetivos e psicossociais.

O crescimento da população adolescente e os fatos mencionados demonstram como é importante voltar a atenção para este grupo etário. E ainda indicam que a saúde do adolescente somente será bem atendida através de uma abordagem integral, por equipes multidisciplinares e de forma intersetorial. Além disso, os programas voltados para esta faixa da população devem estar integrados ao Sistema Local de Saúde e abranger as seguintes áreas prioritárias: crescimento e desenvolvimento, principais problemas epidemiológicos, estilos de vida e meio ambiente (Moreno, 1995).

Programa de saúde do adolescente (PROSAD): bases teóricas utilizadas em sua apreciação

Pode-se afirmar que o atendimento à saúde da população em geral tem dispensado a participação do usuário no processo de decisão, faltando um conhecimento de para quem, de que forma e onde os serviços deveriam ser prestados. Segundo Soares-Ojeda (1989), a prática médica e os serviços de saúde têm contado, até as últimas décadas, com a “confiança acrítica” da sociedade.

Pouco a pouco, percebe-se uma modificação neste quadro, através da maior conscientização das autoridades e dos meios de comunicação, que vêm convocando a sociedade a participar na discussão dos elevados custos e riscos a que estão sujeitos, principalmente em alguns procedimentos da prática médica. Assim, tanto dentro do âmbito acadêmico quanto do político

existe um interesse crescente em avaliar a qualidade da atenção, o custo-efetividade, a segurança das tecnologias médicas, assim como as oportunidades de acesso (Travassos, 1992).

O setor saúde necessitaria de uma definição dos padrões básicos de qualidade para que pudesse, a partir desta definição, almejar um melhor desempenho dos programas e para buscar de forma permanente a melhoria da qualidade da atenção. Um programa de qualidade exige o compromisso de todos os atores da instituição, levando em conta as dificuldades dos baixos níveis salariais que mantêm uma acomodação da empresa pública em horários de trabalho limitados a umas poucas horas, absenteísmo injustificado e desinteresse no conhecimento da opinião da clientela pela qualidade do serviço oferecido. Segundo Novaes (1993, pg. 358), “a qualidade não é um processo passivo de cima para baixo, mas sim um processo dinâmico, não interrompido e exaustivo, de identificação permanente de falhas nas rotinas e procedimentos”.

No que tange à análise dos programas, Bruce (1989) sugere quatro elementos: 1) participação do cliente, envolvendo a decisão da tecnologia utilizada; 2) adequada informação ao cliente; 3) competência técnica do prestador do serviço; 4) relação afetiva positiva entre clientes e prestadores de serviço.

Donabedian (1982), sistematizando a avaliação da qualidade da atenção, propõe o estudo da estrutura, do processo e do resultado. O conceito de “estrutura” inclui: grau de qualificação dos recursos humanos, área física adequada, recursos financeiros disponíveis, equipamentos em número e distribuição adequados. A estrutura é relevante na qualidade da atenção, pois aumenta ou diminui a probabilidade da boa atuação do profissional. Este autor considera a avaliação da estrutura da maior importância no planejamento, desenho e implementação dos programas.

A procura da qualidade da atenção médica implica dizer que o objeto primário de estudo é um conjunto de atividades que acontece entre os médicos ou profissionais de saúde e os pacientes. Este conjunto de atividades recebe o nome de “processo” da atenção. Com referência ao

manejo técnico, a relação entre as características do processo da atenção e suas conseqüências é delimitada, em resumo, pelo estado da ciência e tecnologia médicas em um determinado momento.

Ainda segundo Donabedian (1982), “resultado” significa uma mudança do *status* na saúde do paciente, que possa ser atribuída à prestação de algum cuidado de saúde. Utilizando uma definição abrangente de saúde, deve-se incluir melhoria social e psicológica, além da performance física ou fisiológica. Em outra extensão deve-se incluir as atitudes do paciente – por exemplo, satisfação – conhecimentos relacionados com saúde adquiridos pelo paciente e mudanças de conduta relacionadas com a saúde.

Brindis (1991) sugere os seguintes itens para determinar o valor do programa: 1) se o acesso está sendo garantido; 2) os fatores que contribuem para o sucesso ou fracasso do programa; 3) se as necessidades da população estão sendo realmente atendidas. O autor afirma que a avaliação torna possível tomar decisões em relação a que componentes deveriam ser mantidos e quais deveriam ser melhorados. Enfatiza que o planejamento da avaliação deveria ocorrer simultaneamente ao desenvolvimento do programa.

Dentro da ótica proposta, Brindis indaga por que avaliar e propõe que seria para: 1) monitorar o progresso do programa; 2) medir seu impacto na comunidade; 3) determinar se cada componente está alcançando seus objetivos de forma efetiva; 4) comunicar à comunidade os resultados das intervenções; 5) ajudar as tomadas de decisão, incluindo a melhor forma de alocação de recursos materiais e humanos; 6) melhorar as atividades e serviços; 7) ir ao encontro dos objetivos das agências de financiamento; 8) estabelecer a necessidade de recursos adicionais de outras instituições.

Recentemente, a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Fundação das Nações Unidas para a Criança (UNICEF) e o Fundo de Populações das Nações Unidas (FONUAP), com relação aos programas de atenção ao adolescente, demonstraram preocupação com a falta de integração intersetorial. Além disso, observaram que “pouquíssimos países têm documentado a efetividade de suas intervenções, provendo bases racionais

para a reorientação de programas e ajudando outros a se beneficiarem de uma intervenção de sucesso” (WHO, 1998).

Estas organizações internacionais sugerem a formulação das seguintes perguntas no processo de avaliação: 1) Quais e como as intervenções estão sendo oferecidas? Por exemplo: saúde, comunicação e aconselhamento; se estas intervenções estão integradas; se os adolescentes estão envolvidos na organização do programa. 2) O que estes programas estão monitorando como conquistas intermediárias? Por exemplo: como os adolescentes estão se beneficiando das intervenções em nível individual, bem como os membros da comunidade, a escola e o sistema de saúde; se estão surgindo oportunidades de desenvolvimento do programa no próprio ambiente de moradia da população alvo; se a qualidade e a cobertura estão melhorando. 3) O que estes programas consideram ser os resultados a longo prazo? Por exemplo: melhoria nas condições de saúde e de desenvolvimento da população; redução de casos detectados de condutas de risco; redução no uso de drogas ilícitas; diminuição nas doenças sexualmente transmissíveis; diminuição no número de gravidezes indesejadas.

Com base no marco teórico apresentado, buscou-se estabelecer uma metodologia que propiciasse uma apreciação do PROSAD do Município do Rio de Janeiro. A partir da apresentação do panorama atual do programa pela gerente do PROSAD - relato descritivo da entrevista exposto na Parte I deste documento -, optou-se por uma proposta de reflexão sobre a etapa atual, com vistas a uma contribuição na implementação de suas ações.

Primeiramente, analisou-se o estudo piloto das “Oportunidades Perdidas na Atenção Integral ao Adolescente” – Capítulo I, que apontou aspectos relevantes na proposta de construção do modelo de atenção a este grupo etário.

A questão das oportunidades perdidas esteve subjacente no estudo dos índices de mortalidade, devido a deficiência da proteção esperada a este grupo populacional. A escolha de descrever o perfil de mortalidade dos adolescentes visou identificar os problemas mais graves de saúde do jovem residente no município, particularmente, mensurar a magnitude das causas

externas como causas de óbito, e buscar uma resposta à pergunta “Quantos óbitos poderiam ser evitados?” (Capítulo II).

Depois de completar as investigações acima descritas, procurou-se identificar em que medida o programa estava estruturado para receber o adolescente nas diferentes áreas da cidade. Seguiu-se uma linha de pesquisa baseada em autores que propõem o estudo da acessibilidade aos serviços de saúde. Entendendo-se por acessibilidade, segundo Donabedian (1969), como o grau de “ajuste” entre as características da população e as dos recursos de atenção de saúde. Por isso, analisou-se geograficamente as necessidades locais de atenção à saúde, vis-a-vis os graves problemas de violência encontrados no trabalho anterior.

O conhecimento adquirido no estudo sobre “Mortalidade do adolescente...” da presença de bolsões de violência neste município, indicou a necessidade de se mapear as condições das US frente os principais problemas epidemiológicos do adolescente. As perguntas formuladas foram: 1) Qual a situação do PROSAD nas US da rede pública? 2) Qual as condições das US para enfrentar os problemas atuais dos adolescentes? 3) Em que áreas o programa deveria concentrar esforços para obter maior efetividade das ações? Frente a estas perguntas, seguiu-se uma metodologia de apreciação das US do município com relação às principais necessidades de saúde do adolescente – Capítulo III.

BIBLIOGRAFIA

ADAMO F. *Juventude – Trabalho, Saúde e Educação*. Rio de Janeiro: Editora Forense – Universitária, 1985.

BRINDIS C.D. *Adolescent Prevention – A Guidebook for Communities*. Health Promotion Resource Center – Stanford Center for Research in Disease Prevention. Palo Alto, California, 1991.

BRUCE J. *Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework*. The Population Council, New York, 1989.

DICLEMENTE R.J.; IGRA V.; IRWIN C.E. Theories of Adolescent Risk Taking Behavior. In: *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior*. (Ralph J. DiClemente, William B. Hansen and Lynn E, org). Ponton. New York: Press, 1996.

DONABEDIAN A. *The Definition of Quality and Approaches to its Management. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. I* Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1982.

_____. A guide to medical care administration. Volume II: Medical care appraisal-quality and utilization. Whashington, D. C., The American Public Helath Association, 1969.

KRAUSKOPF D. *Adolescencia y Educación*. San José, UNED, 1995.

_____. Adolescencia y el ámbito escolar. In: *La Salud del Adolescente y del Joven* (M. Maddaleno, M.M. Munist, C.V. Serrano, T. J. Silber, E.N.Suárez Ojeda, J. Yunes, org.).Washington D.C.: OPS, 1995.

MORENO E.M.; SERRANO C.; GARCIA L.T. Lineamientos para la programación de la salud integral. In: *La Salud del Adolescente y del*

Joven (M. Maddaleno, M.M. Munist, C.V. Serrano, T. J. Silber, E.N.Suárez Ojeda, J. Yunes, org.). Washington D.C.: OPS, 1995.

NOVAES H. Implantación de Programas de Garantía de la Calidad en los Hospitales da America Latina y el Caribe. *Educación Medica y Salud* 1993; 27:357-375.

PHEBO L. Violência como fato epidemiológico. *Saúde em Foco – Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva*. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 1996; 13:4-6.

SUÁREZ-OJEDA E.N. Evaluación de servicios de salud materno-infantil. Condiciones de eficiencia en algunos países de América Latina. In: *Evaluación de servicios de salud materno-infantil* (Moreno E, Suárez Ojeda E.N., Anderson C.M., org.). Washington, D.C.: OPS, 1989.

_____; MUNIST M.M.; SILBER T. J. Condiciones de eficiencia de los ambulatorios de salud para los adolescentes. In: *La Salud del Adolescente y del Joven* (M.Maddaleno, M.M.Munist, C.V. Serrano, T. J. Silber, E.N.Suárez Ojeda, J. Yunes, org.). Washington, D.C.: OPS, 1995.

TRAVASSOS VERAS C.M. Equity in the use of private hospitals contracted by a compulsory insurance scheme in the city of Rio de Janeiro, Brazil, in 1986. Tese de Doutorado – London School of Economics and Political Science. Londres, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Improving Adolescent Health and Development*. Adolescent health and Development Programme. Family and Reproductive Health. WHO/FRH/ADH/98.18, 1998.

PARTE I

PROGRAMA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE - PROSAD

1.1 - Ministério da Saúde – PROSAD/MS

A Organização Mundial de Saúde, desde 1970, vem apontando a população adolescente como prioritária para atenção de saúde. Para fins de programação, ficou definido que adolescentes são indivíduos na faixa etária entre os 10 e 19 anos, e jovens, o grupo compreendido entre 15 e 24 anos (OMS, 1977). Os dados demográficos da América Latina e do Caribe mostram que, em 1990, 31% da população era de adolescentes e jovens, o que compreendia aproximadamente 137 milhões de pessoas. Calcula-se que no ano 2000 este grupo alcance 172 milhões (UN, 1990).

Muitos países, como Honduras, Guatemala, El Salvador e Brasil, se encontram na etapa de transição demográfica e ostentam um crescimento significativo da população adolescente. No Brasil, o número de adolescentes é estimado em 23% da população total, com cerca de 30 milhões (Yunes, 1992). Em consequência deste aumento observa-se nestes países uma demanda em ascensão nos setores de educação, trabalho, saúde e justiça.

Por outro lado, a Constituição Brasileira, promulgada em 5 de outubro de 1988, pela primeira vez declarou ser a saúde um direito social, e a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) indicou a organização de um novo modelo assistencial, com a prestação de serviços em nível local de promoção, proteção e recuperação da saúde. Neste modelo, a saúde é entendida como um requisito para a cidadania e envolve inter-relações entre o indivíduo, a coletividade e o meio ambiente.

Especificamente, no título VIII Da Ordem Social, Capítulo II da Seguridade Social, Seção II da Saúde e Capítulo VII, a Constituição estabelece os direitos da Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: 1) Descentralizar, com direção única em cada esfera de governo; 2) Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; 3) Participação da comunidade.

Capítulo VII. Da Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso.

Art. 226. É dever da Família, da Sociedade e do Estado, assegurar à criança e ao adolescente com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência e opressão.

A IX Conferência Nacional de Saúde foi o fórum maior de debate sobre a implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil que, após ter sido aprovada pela plenária do encontro, se tornou um compromisso do Ministério da Saúde. Para operacionalizar o novo modelo, o Conselho Nacional de Saúde formulou uma proposta através de documento que demandava prioridade na descentralização do Sistema de Saúde. A seguir são apresentados alguns mecanismos criados para a organização do novo sistema (SUS, 1993):

1. Formação de comissões em nível federal, estadual e municipal, tais como os Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (CONASS e CONASEMS).
2. Formação de Grupos Tarefa (GT) com diversas incumbências, tais como a formulação de estratégias para o apoio à constituição dos Conselhos de Saúde e de outros canais de participação social.

Entre os GT's cabe citar os seguintes:

- 1) GT criado para estudar a melhoria da qualidade da atenção à população adolescente que sugeriu o desenvolvimento de um sistema de comunicação para o acesso à informação;
- 2) GT criado para implementar novas políticas de saúde e elaboração das normas para assegurar a qualidade na assistência à saúde.

Em cumprimento à nova Constituição, o Ministério da Saúde, em 1989, oficializou o Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD-MS, com a publicação pela Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil de suas Bases Programáticas (MS, 1989).

A proposta do PROSAD-MS, coerente com as necessidades da população adolescente, indica uma abordagem integral, por equipes multidisciplinares, através da integração intersetorial e interinstitucional dos órgãos envolvidos, e respeitando as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Para sua execução sugere a mobilização e inclusão de setores governamentais nas áreas de educação, trabalho, cultura, justiça, lazer. Suas ações básicas fundamentam-se numa política de promoção, identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação. O sistema de saúde a que estaria inserido pretende a organização de um sistema abrangente, de referência e contra-referência entre os níveis primário, secundário e terciário, que deveria incluir, entre outros, centros culturais e organizações comunitárias.

Objetivos do PROSAD / MS

1. Promover a saúde integral, favorecendo seu processo de crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbi-mortalidade e desajustes individuais e sociais.
2. Normatizar as ações nas áreas prioritárias.
3. Estimular e apoiar a implantação dos programas estaduais e municipais.
4. Promover e apoiar estudos e pesquisas multicêntricas relativas à adolescência.

5. Estimular a criação de um sistema de informação e documentação dentro do Sistema Nacional de Saúde.
6. Contribuir com as atividades intra e interinstitucionais nos âmbitos governamentais e não governamentais, visando à formulação de uma política nacional para a adolescência e juventude, a ser desenvolvida em nível federal, estadual e municipal.

1.2 - Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro - PROSAD/RJ

A população de adolescentes do Estado do Rio de Janeiro em 1980, segundo o IBGE, somava cerca de 2.900.000 de indivíduos, sendo 49,5% do sexo masculino e 50,5%, feminino. Desse total, 91,8% viviam em área urbana e 8,2% na zona rural. Em 1994, a população global do Estado foi estimada em 13.182.301 habitantes e a do Município do Rio de Janeiro, em 5.577.141 habitantes, sendo 17,2% destes adolescentes (FIBGE, 1994).

Para atender esta demanda, em agosto de 1989 a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro criou a Comissão Interinstitucional de Assessoramento à Implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde do Adolescente, que publicou as bases programáticas do PROSAD (SES-RJ, 1989).

Objetivos do PROSAD-RJ:

Geral: Implantar e/ou implementar ações de assistência integral à saúde do adolescente, objetivando reduzir a morbi-mortalidade desta faixa etária.

Específicos:

1. Adequar o funcionamento das unidades de saúde para o atendimento, utilizando os recursos humanos e materiais já existentes para melhorar a assistência.

2. Iniciar a ordenação da demanda, garantindo um sistema adequado de referência e contra-referência, a fim de suprir as necessidades detectadas na clientela.
3. Desenvolver práticas educativas em nível primário, secundário e terciário com ênfase nas ações preventivas.
4. Fomentar a formação de equipe multiprofissional.
5. Implantar um processo de padronização visando a um sistema único de informações.
6. Envolver instituições e organizações populares de forma que a dinâmica familiar, social e psicológica do adolescente possa ser respeitada em sua integralidade.
7. Favorecer progressivamente a criação de uma política estadual e municipal para a juventude.
8. Criar uma ficha única contendo dados específicos da clientela.
9. Distribuir normas técnicas e rotinas preconizadas pelo Ministério da Saúde, respeitando as peculiaridades de cada realidade.

Diretrizes Gerais

- Considerar adolescentes aqueles cuja idade se situe entre 10 e 19 anos, segundo definição da OMS.
- Propiciar uma assistência nas unidades básicas onde serão desenvolvidas ações primárias de:
 1. Crescimento e desenvolvimento
 2. Imunização
 3. Pré-Natal
 4. Anticoncepção
 5. Doenças Sexualmente Transmissíveis
 6. Ações educativas
- Assegurar ao adolescente a aquisição de conhecimento que lhe permita um melhor controle sobre sua saúde.

- Elevar o nível de sensibilização e conscientização da população sobre as questões da saúde do adolescente e os meios de resolvê-las.
- Privilegiar a participação das universidades nas diversas etapas de desenvolvimento do programa através de uma política de integração docente-assistencial.
- Promover a integração das secretarias, instituições e outros órgãos envolvidos mesmo que setorialmente com a adolescência.
- Estimular a participação ativa dos adolescentes nas ações educativas.

1.3 - Situação Atual do Prosad no Município do Rio De Janeiro

O PROSAD no Município do Rio de Janeiro teve uma trajetória independente, na medida em que foi promulgado pela Secretaria Municipal de Saúde em 1986, portanto, antes mesmo de a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e do Ministério da Saúde criarem seus respectivos programas.

Decorridos 14 anos, é necessário analisar a adequação do programa para fazer adaptações de acordo com a realidade atual da atenção à saúde do adolescente neste Município.

Com a proposta de conhecer a situação atual do PROSAD, foi realizada uma reunião com os seguintes profissionais de nível central na Secretaria Municipal de Saúde (SMS): a gerente do PROSAD, uma médica integrante da equipe coordenadora central, o gerente do Programa de Saúde Escolar e o coordenador dos Programas Especiais. Desta forma, segue-se a apresentação sucinta desta reunião.

O PROSAD originou-se do Programa de Saúde Escolar através de uma portaria assinada em 1986 pela coordenadora do Programa de Atenção à Saúde da Criança (PAISC) da Secretaria Municipal, Dra. Rachel Niskier Sanchez. Ela juntou, neste programa, a atenção ao escolar e o atendimento de todo adolescente com idade até 18 anos. O Programa de Saúde Escolar,

por sua vez, emergiu de um antigo programa de “Higiene Escolar”, implementado no final do século passado, com objetivos higienistas de evitar que as doenças infecto-contagiosas contaminassem as crianças no espaço escolar e também com pressupostos eugênicos de “preservação e melhoria da raça”, (Silva, 1995). A rede escolar passou a contar com equipes multidisciplinares para a avaliação e tratamento das crianças com problemas de saúde.

Após a Segunda Guerra Mundial, por volta de 1947, as preocupações se voltaram para o déficit de aprendizado e a desnutrição, sendo criado pela Prefeitura do então Distrito Federal o Departamento de Saúde Escolar, que regulamentou a atenção ao escolar inclusive no nível hospitalar. Outro marco importante foi a mudança para Divisão de Saúde Escolar, em 1962, quando os médicos passaram a desenvolver a medicina escolar e os dentistas, o Programa de Saúde Bucal. Estes, que antes eram ligados à Educação, transferiram-se para a Secretaria de Saúde. Por sua vez os fonoaudiólogos continuaram na Educação.

No final dos anos 70, outras modificações foram implementadas com a criação da Comissão Interinstitucional de Saúde e Educação, descentralizando as intervenções para nível local. Formaram-se, então, pólos de atenção especializada para crianças com problemas de aprendizado que necessitassem de atendimento neurológico, oftalmológico, auditivo, de terapia da palavra, entre outros.

Por outro lado, no início do anos 70, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) iniciou um projeto de atenção ao adolescente, com a atuação de estudantes de medicina, psicologia e enfermagem no nível hospitalar. Este projeto foi institucionalizado em 1974 com a criação da Unidade Clínica de Adolescentes (UCA). Em 1986, com o apoio da Fundação W.K.Kellogg, a UCA recebeu, através de um convênio firmado entre a UERJ, a SMS e o Programa Especial de Educação (PEE), o Pavilhão Floriano Stoffel, passando a ser centro de referência dos escolares e adolescentes da rede pública de saúde do Município do Rio de Janeiro.

Com a nova orientação de repassar a atenção ao escolar e aos adolescentes até 18 anos aos profissionais do PAISC, os pediatras, que passaram a atender esta clientela, começaram a encontrar dificuldades técnicas, pois a prioridade até então era para o atendimento de crianças até cinco anos de idade. Na tentativa de melhorar a capacitação destes profissionais e de acordo com uma política nacional, a UCA-UERJ e a Escola de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, apoiados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), passaram a desenvolver cursos de capacitação para profissionais de saúde nos aspectos da atenção integral a este grupo populacional.

Em 1995, a UCA tornou-se o Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), programa prioritário da Universidade, ligado diretamente ao Centro Biomédico. Através de projetos com financiamento externo construiu um programa abrangente, com atividades nos três níveis de atenção, e tornou-se centro colaborador da OPAS. Atualmente é centro de referência para treinamento de profissionais na área de saúde do adolescente em nível nacional e internacional.

Em 1989, foram publicadas as bases programáticas do PROSAD do Estado do Rio de Janeiro. O atual desenho organizacional é o seguinte: o PROSAD do Município do Rio de Janeiro está subordinado à Superintendência de Saúde Coletiva, e vinculado à Coordenação dos Programas de Atenção Integral de Saúde, que conta com as gerências dos Programas da Mulher, Criança, Adolescente e Idoso. Além disso, existe a Coordenação de Programas Especiais, com as gerências dos Programas de Saúde Escolar, Saúde do Trabalhador e do Projeto Rio-Criança Cidadã.

O Programa de Saúde Escolar dedica-se atualmente a ações de promoção de saúde, através de iniciativas próprias ou se associando a outros programas, como prevenção do uso de drogas e o Projeto Educarte (descrito com detalhes a seguir), entre outros. Supervisiona também o sistema de referência e de contra-referência à rede pública de saúde com preocupações específicas no desenvolvimento e aprendizagem da criança/adolescente e na “desmedicalização” do fracasso escolar. Integra as

comissões de saúde e educação nos níveis central, regional e local (Silva, 1995).

Em entrevista com a gerente do PROSAD do Município do Rio de Janeiro, seguindo um modelo de questionário elaborado por Hartz e al., verificou-se que o programa é necessário devido à grande clientela de adolescentes da rede pública de ensino e, mais ainda, devido à disponibilidade de atendimento e orientação dos adolescentes de alto risco, que não estão vinculados a nenhuma instituição de ensino ou trabalho. Os objetivos são relevantes, embora ambiciosos, devendo ser redimensionados para que sejam alcançados.

Na revisão do desenho do PROSAD constatou-se que não existem recursos alocados especificamente para o programa, sendo negociados de acordo com as atividades programadas junto à coordenação dos Programas de Atenção à Saúde. Os demais componentes do programa, localizados regionalmente, são de difícil acesso, não sabem definir prioridades e, muitas vezes, atrapalham as metas propostas em nível central.

Por outro lado, percebe-se que o PROSAD ainda não tem identidade própria devido às variações no conteúdo programático, que são freqüentes. Por isso, sua efetividade é difícil de ser avaliada. O treinamento prestado pelos programas de Saúde da Mulher e do Escolar, de valorização da pessoa, foi importante para a conquista do espaço de atenção ao adolescente. Os profissionais passaram a “enxergar” o adolescente, na medida em que era o grupo populacional que mais estava aberto ao atendimento integral e a metodologias inovadoras, utilizadas na discussão e apresentação dos conteúdos didáticos de promoção e prevenção de saúde.

Além disso, o crescimento do Programa de Saúde da Mulher, numa postura feminista de proteção a seus direitos e de formação dos técnicos na integralidade dos cuidados de saúde, propiciou que os adolescentes, principalmente do sexo feminino, encontrassem nos serviços dos Centros e Postos de Saúde um atendimento de melhor qualidade, auxiliando o tratamento e o relacionamento profissional de saúde/usuário adolescente. A diferença de atuação do PROSAD está no trabalho intersetorial e nos

projetos específicos. Contudo, não existe um monitoramento da atenção ambulatorial.

As hospitalizações configuram uma grande lacuna do programa pela pouca disponibilidade de leitos específicos para este grupo populacional, sendo este atendimento realizado nos serviços de emergência, maternidades da rede e hospitais universitários (Núcleo de Estudos de Saúde do Adolescente (NESA)/UERJ e no Instituto Fernandes Figueira/MS).

A continuidade e a coordenação são asseguradas através da realização de reuniões mensais, institucionalizadas com a denominação de Grupos de Trabalho, contando com a participação dos técnicos do PROSAD. Esta atividade, que acontece desde 1990, constitui-se num fórum em que são apresentados os temas que as equipes solicitam e relatados os modelos inovadores desenvolvidos em nível local. Este mecanismo expõe aos colegas o que vem sendo realizado e incentiva a criatividade. Serve, também, para a gerente do programa avaliar como pensam os técnicos em relação ao adolescente e como eles implementam seus respectivos trabalhos. Outro mecanismo que a gerente do programa utiliza são as reuniões das coordenações de áreas – em média duas vezes ao ano – em que se discutem estratégias de implantação, em nível local, dos projetos e novas iniciativas.

Como problema para a continuidade do programa a gerente do PROSAD apontou que, devido ao processo de descentralização, o PROSAD fica a mercê dos profissionais das unidades, que podem interromper as atividades de acordo com o interesse próprio. Para evitar esta situação, na tentativa de aumentar o interesse dos técnicos pelo programa, a gerente promove cursos de capacitação e oferece estágios de três meses para dois profissionais por período, nos serviços de referência da Universidade Federal do Rio de Janeiro e do Instituto Fernandes Figueira.

Outro problema é a questão da produtividade, porque, ao prestar atendimento integral ao adolescente, o profissional fica sujeito a estender um pouco mais na consulta, o que desagrade a chefia imediata e ao não cumprimento das metas da unidade, que procura impor um número mínimo de 16 atendimentos por profissional a cada turno.

Quanto à implantação, observa-se que o PROSAD vem crescendo paulatinamente nas unidades de saúde do município, porém sem uniformidade. A coordenação tem dificuldade de identificar e relatar os eixos comuns de atuação das unidades da rede, visto que as atividades se diferenciam de acordo com os interesses e pedidos das instituições locais. Por exemplo: em algumas unidades os profissionais fazem trabalhos de promoção de saúde nas escolas, em outras realizam grupos educativos na própria unidade e, ainda em outras, desenvolvem trabalhos com instituições de apoio a meninos e meninas de rua, do tipo Casa da Acolhida. Existem unidades cujos profissionais trabalham diretamente em comunidades carentes, como por exemplo o posto da Rocinha. Desta forma, a criatividade de cada serviço é que faz o desenho do programa.

A rede ambulatorial pública de saúde do Município do Rio de Janeiro conta com 78 Unidades de Saúde (US), com diferentes tamanhos e objetivos próprios, desde unidades simplificadas, sem equipes completas, até grandes centros de diagnóstico e tratamento. As US, de acordo com seu grau de complexidade, têm as seguintes denominações: Posto de Atendimento Médico – PAM, Centro Municipal de Saúde (CMS), Unidade de Atendimento Clínico Primário de Saúde (UACPS), Unidade Municipal de Atendimento Médico Primário (UMAMP) e Posto de Saúde (PS).

1.4 – Projetos Especiais do PROSAD

Os projetos especiais, em última análise, representam importantes modalidades de atuação na medida em que fornecem recursos para algumas atividades de atenção ao adolescente. Os seguintes projetos estão sendo implementados: Educarte, Vista essa camisinha, Sinal verde para o adolescente e Horizontes. Segue-se uma descrição sucinta dos projetos.

- **Projeto Educarte**

Este projeto, em atuação há oito anos, compreende uma parceria entre a Secretaria Municipal de Educação (SME), Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Centro de Educação Sexual (ONG – Cedus) e a Fundação Odebrecht.

Visa ao desenvolvimento de atividades de educação sexual nas escolas, com professores e alunos, e à formação de adolescentes multiplicadores. Possui 40 núcleos desenvolvidos e está em fase de avaliação.

- **Vista essa camisinha**

Criado em 1997 em parceria com o Programa Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS) da SMS do Rio de Janeiro, o projeto visa a oferecer acesso a preservativos em quantidade suficiente que permita ao profissional de saúde da rede pública autonomia de distribuição e utilização em atividades educativas. As unidades interessadas têm que preencher um formulário com discriminação detalhada dos pontos básicos a serem abordados. Além disso, os responsáveis devem fornecer mensalmente um relatório das atividades e participar de reuniões realizadas com a gerente do programa para discussão dos instrumentos de acompanhamento do projeto.

- **Sinal Verde para o Adolescente**

O projeto, que teve início em 1998, tem como meta diminuir os índices de gravidez na adolescência, aumentar a captação precoce para o pré-natal, favorecer o tratamento adequado das doenças sexualmente transmissíveis e oferecer retaguardas ao trabalho desenvolvido nas escolas. Este projeto é um desdobramento das atividades de educação sexual desenvolvidas através do Educarte, em parceria com a Programa de Saúde Escolar. Prevê o atendimento desburocratizado de adolescentes, principalmente os sexualmente ativos, encaminhados através das escolas.

Para participar, a escola tem que designar um professor responsável pelos encaminhamentos à US, orientar os adolescentes que serão encaminhados; enviar mensalmente à US a relação de adolescentes referidos e divulgar a iniciativa na escola. Quanto à US, esta deve designar um profissional responsável; definir um fluxo para os adolescentes encaminhados; divulgar e sensibilizar internamente a unidade sobre o projeto; completar e avaliar com a escola o relatório dos adolescentes referidos e atendidos e enviar mensalmente, para a Secretaria Municipal de Saúde, um quadro consolidado dos casos.

- **Projeto Horizontes**

Este projeto envolve uma parceria com a Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro e a Secretaria Municipal de Saúde, teve início em 1998 com o apoio da UNICEF e tem por objetivo favorecer a integração entre as instituições da Área Programática 3.3 que trabalham com adolescentes. O Projeto Horizontes pretende ampliar uma reflexão sobre as causas e conseqüências da gravidez na adolescência, o desenvolvimento de ações de promoção de saúde, a sensibilização para questões específicas de saúde e sexualidade na adolescência, entre outros. Em última análise, este projeto visa à melhoria da qualidade de vida e à promoção do desenvolvimento global dos adolescentes, ampliando seus horizontes.

BIBLIOGRAFIA

FUNDAÇÃO IBGE. *Estatísticas do Registro Civil*. Rio de Janeiro, 1994.

GOVERNO FEDERAL. *Constituição Brasileira Federal*. Brasília, 1988.

HARTZ, Z. M. A; CHAMPAGNE, F; LEAL, M.C.; CONTANDRIOPOULOS A. P. Avaliação do Programa Materno-Infantil. Análise de Implantação em Sistemas Locais de Saúde no Nordeste do Brasil. In: *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas* (Hartz, Z.M.A., org). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas*. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. Brasília, 1989.

OMS. *Necesidades de Salud de los Adolescentes. Informe de un comité de expertos de la OMS*. Genebra: Série de Informes técnicos no. 609, 1977.

SES - RJ. *Programa de Assistência à Saúde da Mulher e da Criança*. Comissão Interinstitucional de Assessoramento à Implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde do Adolescente. – Superintendência de Serviços de Saúde. Secretaria de Estado de Saúde. Rio de Janeiro, 1989.

SILVA, C.S. Desenvolvimento Histórico da Saúde Escolar. In: *Programa de Saúde do Escolar – Numa perspectiva crítica*. Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente em Idade Escolar. Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro, 1995.

SUS. *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde. A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde. Brasília, 1993.

UNITED NATIONS. *World Population Prospects*. New York. United Nations, 1990.

YUNES, J. Mortalidad e Morbilidad en la Adolescencia. In: *Manual de Medicina de la Adolescencia* (T. J. Silber, M.M. Munist, M. Maddaleno, C.V. Serrano, N.E. Suárez Ojeda, org.). Washington D.C.: OPS, 1992.

PARTE II

APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE ESTUDO: “MAPA DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Para se obter um perfil da situação de saúde dos adolescentes do Município do Rio de Janeiro, várias etapas foram cumpridas, sendo este projeto desenvolvido sob forma de três artigos.

Inicialmente, foram estudadas as oportunidades perdidas no atendimento ao adolescente, através da análise dos dados do estudo piloto, disponibilizados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Para os estudos mais específicos do Município do Rio de Janeiro foram utilizadas fontes de informações dos seguintes setores governamentais: Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro. A seguir, um resumo dos estudos realizados.

O Estudo das Oportunidades Perdidas da Atenção Integral ao Adolescente em alguns países da América Latina constou da análise dos resultados do estudo piloto do instrumento. O objetivo foi verificar se as equipes dos serviços selecionados estavam prestando a atenção integral ao adolescente, com ênfase nos aspectos de promoção de saúde, conforme preconizado.

O questionário “Avaliação sobre Oportunidades Perdidas de Atenção Integral do Adolescente”, publicado pela OPAS em 1995, tem como propósito auxiliar uma avaliação qualitativa dos serviços de saúde. É um instrumento que permite a avaliação de processo, referindo-se às ações dos profissionais de saúde na condução da atenção da saúde e em sua interação com os pacientes.

Este trabalho foi aceito para publicação na Revista Adolescência Latino-americana, estando no prelo (*Capítulo I*).

O estudo sobre a mortalidade de adolescentes do Município do Rio de Janeiro teve como fonte de informação os registros de óbito do Subsistema de Informação para Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS). Para o cálculo dos denominadores das taxas de mortalidade foram utilizados os dados dos censos demográficos de 1980 e 1991 e da contagem de 1996 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Este artigo foi publicado pelo Jornal de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria (*Capítulo II*).

No terceiro artigo, realizou-se a análise espacial das condições de saúde dos adolescentes do Município do Rio de Janeiro. O objetivo foi traçar um panorama dos principais problemas de saúde do adolescente no município e descrever as condições dos serviços quanto a sua estrutura para prestar atendimento ao adolescente. Além disso, teve o propósito de identificar as áreas críticas ou deficitárias, para propor melhorias na organização do programa nas Unidades de Saúde (US) que já participassem do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), e verificar os motivos pelos quais algumas unidades ainda não participavam.

Para este estudo adaptou-se o instrumento “Avaliação de Serviços de Atenção Ambulatorial de Adolescentes – Estimativa de Complexidade e Condições de Eficiência”, publicado pela OPAS em 1995 (Anexo I). O trabalho envolveu perguntas sobre a adequação das unidades ambulatoriais para a prestação do atendimento integral ao adolescente, bem como os recursos disponíveis físicos e humanos, a articulação intersetorial, as atividades desenvolvidas e a diversidade profissional da equipe de atendimento.

A aplicação do questionário foi realizada por uma equipe de pesquisadores do Núcleo de Estudos de Saúde do Adolescente (NESA), formada por 30 estudantes universitários, bolsistas de pesquisa, sob a coordenação da pesquisadora responsável pelo projeto e com a participação especial de uma assistente social do NESA.

Este estudo está apresentado sob forma de artigo, constituindo o *Capítulo III* da tese. Será enviado para a Revista da Organização Pan-

Americana de Saúde. Devido aos limites impostos pelo corpo editorial de publicação da revista, alguns resultados relevantes originados pela pesquisa mencionada e não enviados para publicação estão apresentados no *Anexo II*.

Oportunidades Perdidas da Atenção Integral ao Adolescente: Resultado do estudo-piloto

Maria Helena Ruzany

Célia Landmann Szwarcwald

RESUMO: Com o objetivo de estudar as oportunidades perdidas de atenção integral ao adolescente de uma amostra de usuários de serviços selecionados da Argentina, Brasil, Chile e Colômbia procedeu-se a análise dos resultados de 296 questionários do estudo-piloto realizado entre 1993 e 1994, de um instrumento desenvolvido pela Organização Panamericana de Saúde. A média de idade dos participantes foi de 15,4 anos, sendo a maioria (63,5%) do sexo feminino, 35,5% foram atendidos pela primeira vez nos serviços e para apenas 50,5% o motivo foi alguma doença. Entre outros resultados, a análise estatística por componentes principais evidenciou que o atendimento médico, embora prestado por profissionais treinados em atendimento integral, apresentou forte correlação positiva com exame físico e correlação negativa com promoção de saúde. Conclui-se que, no que tange à atenção integral, os adolescentes que participaram do estudo-piloto não receberam - ou não perceberam - a atenção preconizada. Esta comprovação indica a necessidade do uso de instrumentos como o de "Avaliação sobre Oportunidades Perdidas de Atenção Integral do Adolescente" para o monitoramento dos objetivos dos serviços que têm como proposta a prestação deste tipo de atenção.

Palavras-chave: Adolescência, atenção integral, oportunidades perdidas.

ABSTRACT: With the purpose of studying the lost opportunities in the adolescent comprehensive health care, 296 questionnaires (Pan American Health Organization's instrument) of a pilot study carried out in selected adolescent services of Argentina, Brazil, Chile and Colombia, between 1993 and 1994, were analyzed. The mean age was 15.4 years, 63.5% of the adolescents were females, 35.5% were first time patients and only half of them complained of a specific medical problem. Although the physicians of those services had been trained in adolescent comprehensive health care, results of the principal component analysis evidenced that medical attention had strong positive correlation with physical examination and negative with health promotion. Despite of the service of the comprehensive health care attention, the results suggest that the participant adolescents did not receive – or noticed – a broad attention. This conclusion indicates the necessity of using instruments like “Evaluation of the Lost Opportunities in the Adolescent Comprehensive Health Care” to monitor the adolescent services with this kind of proposal.

Key words: Adolescence, comprehensive health care, lost opportunities.

INTRODUÇÃO

A adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento bio-psico-social. Em geral, adolescência e juventude são os períodos mais saudáveis do ser humano, apresentando os menores índices de morbi-mortalidade. No entanto, torna-se um momento crucial na atenção à saúde porque, nesta época, se estabelecem todo um aprendizado ligado a condutas e comportamentos futuros.

Dentro do enfoque de risco, algumas situações vivenciadas pelos adolescentes podem originar estilos de vida perigosos; entretanto, através de medidas preventivas, as mesmas situações podem levar a decisões saudáveis. Entre as condutas de risco, que poderiam ser evitadas com medidas de prevenção, podemos citar: uso de bebidas alcoólicas, cigarros ou maconha; prática sexual desprotegida; delinqüência e atitudes antisociais (Neinstein, 1998).

Em termos numéricos, em 1990, a proporção de adolescentes e jovens, isto é, indivíduos na faixa etária de 10 a 24 anos era de, aproximadamente, 31% da população total da América Latina e Caribe, representando 137 milhões. Estima-se que, no ano 2000, alcançará 172 milhões, dos quais 80% estarão residindo em cidades, superando a atual distribuição de 75% de adolescentes que vivem no perímetro urbano. Entende-se que este crescimento vai representar um aumento de demanda nos serviços de saúde, educação e trabalho (OPAS, 1990).

Nesta perspectiva, os profissionais que atuam nos programas de atenção a saúde da população devem estar atentos a este grande contingente populacional buscando, em seus serviços, a maior efetividade possível. Para tal, devem desenvolver atividades de promoção, prevenção e atenção, levando em conta suas necessidades, as diferenças socioculturais entre gêneros e o padrão de morbi-mortalidade (Moreno, 1995).

Para que este amplo espectro da atenção seja coberto sugere-se o atendimento integral por equipes multidisciplinares; todavia, não existe uma fórmula pré-estabelecida de atenção, em que o atendimento dos vários membros da equipe se complemente, sem fragmentá-la. Silber (1998) aponta que hábitos pouco saudáveis, detectados precocemente, isto é, antes de se tornarem consolidados, podem ser tratados eficazmente com intervenções médicas breves. Acrescenta, ainda, que em poucos minutos o médico poderia explorar vários temas, de acordo com as necessidades de cada adolescente e do tempo disponível.

No sentido de melhorar a prestação de serviços a este grupo populacional, nas últimas duas décadas, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) vem fazendo esforços para a implementação de serviços de qualidade (OPAS, 1977). No entanto, o número de serviços ainda é escasso e não atinge a demanda de forma efetiva, observando-se um aumento do registro de complicações devidas a problemas de saúde evitáveis (Sell et al., 1996).

Dentro deste panorama, a OPAS, através do Programa Materno-Infantil, passou a desenvolver um instrumento de avaliação dos serviços de atenção ao adolescente, baseado no processo de avaliação que já estava em curso nos programas de atenção à mulher e à criança. Este instrumento foi publicado em 1995, após a realização de um estudo-piloto, denominando-se “Avaliação sobre Oportunidades Perdidas de Atenção Integral do Adolescente” (OPAS, 1995).

O objetivo deste artigo é apresentar os resultados do referido estudo-piloto, com vistas a fazer uma reflexão sobre as oportunidades perdidas de atenção integral nos atendimentos prestados aos adolescentes participantes do estudo.

O INSTRUMENTO DE OPORTUNIDADES PERDIDAS

A idéia de avaliar as oportunidades perdidas de atenção à saúde partiu do Programa Ampliado de Imunizações da OPAS que buscava entender em que medida e por que motivos as crianças imunizáveis, que iam aos serviços

de saúde, não eram vacinadas (Cutts, 1991). A partir desta experiência o Programa Materno Infantil da OPAS passou a desenvolver instrumentos de avaliação que buscassem as oportunidades perdidas de atenção à mulher e à criança. Posteriormente, um instrumento também foi desenvolvido avaliando a atenção ao adolescente.

O objetivo do questionário de “Avaliação sobre Oportunidades Perdidas na Atenção Integral do Adolescente” é o de “avaliar a qualidade da atenção dada pelos serviços de saúde aos adolescentes, mediante a identificação das ocasiões em que estes entram em contato com os serviços de saúde e NÃO recebem as ações de promoção, proteção e recuperação que lhes cabe, de conformidade com a fase de maturação que estejam atravessando”(OPAS,1995, p.2).

O questionário é aplicado depois do adolescente ser atendido em um serviço de saúde, podendo ser auto aplicável ou utilizado como guia de entrevista individual por um pesquisador alheio ao serviço. A amostra pode ser aleatória ou sistemática, nesta última seleciona-se a cada n adolescentes um para participar da pesquisa. Procura-se cobrir da melhor maneira possível as variações de pessoal por especialidade e categoria profissional e as oscilações de fluxo de atendimento.

O uso do instrumento determina “as oportunidades perdidas” segundo normas previamente estabelecidas, mediante a seguinte avaliação: informações dadas ao adolescente sobre as atividades desenvolvidas no serviço; execução de antropometria mínima e exame físico completo; execução de anamnese completa; determinação do motivo, do tipo da consulta e da duração; determinação da existência da caderneta e do registro de atendimentos nela efetuados.

Além disso, as informações sobre temas relevantes para a tomada de decisão de condutas saudáveis pelo adolescente, a forma e o momento em que estes temas são abordados, possibilitam estabelecer as oportunidades perdidas de promoção de saúde. O questionário, também, procura saber sobre a disponibilidade de material educativo na sala de espera para o

adolescente. Em suma, busca as áreas de deficiência no atendimento ao adolescente para ajudar os coordenadores dos serviços a aprimorarem o funcionamento dos mesmos.

Em sua forma final o questionário está dividido nas seguintes seções: Seção I - Dados gerais sobre o estabelecimento; Seção II – Questionário para adolescentes – A) Registros, B) Atenção Integral; C) Educação em Saúde; Seção III – Questionário para profissionais de saúde; Seção IV – Questionários para chefes de estabelecimento, departamentos ou serviços.

MATERIAL E MÉTODOS

Na presente investigação são analisados os dados do estudo-piloto da Seção II do instrumento “Avaliação sobre Oportunidades Perdidas na Atenção Integral do Adolescente” conduzido pelos coordenadores dos Programas da Criança e do Adolescente da OPAS, Washington D.C., em alguns serviços selecionados da América Latina.

Devido ao fato de que o questionário pode ser tanto auto-aplicável quanto preenchido por meio de entrevistas, segundo orientação da OPAS, optou-se, também, por selecionar serviços que atendessem aos dois critérios metodológicos. Além disso, foram selecionados países que tivessem serviços que atendessem os adolescentes de maneira diferenciada, com horários exclusivos, que contassem com equipes multidisciplinares e que tivessem, como norma, a prestação do atendimento integral. Segundo Serrano (1995), entende-se por atenção integral “a resposta que dão os setores e a sociedade às necessidades psicossociais, biológicas e ambientais dos grupos humanos, de acordo com sua idade, período do ciclo vital e do ciclo familiar, níveis de cultura, bem-estar social e desenvolvimento”.

Com relação à composição das equipes, para o estudo piloto, não foi definida a complexidade das mesmas, já que este aspecto foi considerado irrelevante como exigência de participação ou exclusão do estudo. Acredita-se que, com treinamento, as equipes deveriam estar preparadas para

prestarem a atenção integral de acordo com as necessidades de sua clientela. No entanto, todos os serviços participantes contavam, no mínimo, com médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

Solicitou-se, aos coordenadores da pesquisa nos países, que aplicassem cinquenta questionários a uma amostra de adolescentes usuários de serviços com as características citadas, de preferência por profissionais ou investigadores não integrantes da equipe do atendimento.

Apesar da solicitação a cada serviço de pelo menos cinquenta questionários, a Argentina participou com apenas quarenta e oito usuários de quatro instituições de saúde (três de área urbana e uma rural), que auto aplicaram os questionários. O Brasil enviou cinquenta questionários aplicados por estudantes de graduação (bolsistas de pesquisa), de um serviço urbano de atenção secundária. O Chile participou com cento e cinquenta questionários auto aplicados por adolescentes usuários de dois serviços urbanos de atenção primária. A Colômbia enviou cinquenta questionários obtidos a partir de entrevistas com adolescentes de três serviços urbanos de atenção primária.

Para a análise estatística, foi utilizado o programa SYSTAT (Evanston, 1990). Os dados foram primeiramente apreciados sob a forma de gráficos e tabelas de contingências.

Para analisar em conjunto os vários temas abordados no questionário, utilizou-se uma análise estatística de componentes principais (Green, 1978). Este tipo de metodologia tem por objetivo reduzir o espaço multivariado, aglomerando as diversas variáveis em um número reduzido de fatores, denominados de “componentes principais”. Cada novo fator passa a descrever um grupo de variáveis que são fortemente correlacionadas. As correlações de cada variável original com os componentes principais são chamadas de “cargas” variando de -1 a 1. Quanto maior o valor absoluto da “carga”, maior é a representatividade da variável no novo fator: cargas positivas representam associações diretas e cargas negativas associações inversas.

Após uma análise preliminar de todo o conjunto de informações, constatou-se várias inconsistências. Desta forma, só foi possível analisar algumas perguntas dos seguintes conjuntos de informações: A) Registros, B) Atenção Integral; C) Educação em Saúde.

RESULTADOS

Dado o objetivo do estudo, a amostra foi estudada de uma forma global, isto é, sem estratificação por serviço de saúde partícipe. Da amostra total de 298 questionários, 2 não puderam ser analisados devido a erros de preenchimento. A média de idade dos participantes foi de 15,4 anos sendo que, aproximadamente, a metade estava na faixa etária entre 13 e 16 anos. A maioria (63,5%) era do sexo feminino predominando, principalmente, adolescentes entre 13 e 19 anos.

Quanto à procura do serviço, a análise revelou que 35,5 % vieram pela primeira vez e 64,5 % eram de retorno. Já para a questão sobre qual o motivo de procura, 50,5% declarou doença e 33,3% exame de rotina ou controle. Nota-se que, nos motivos da consulta, os problemas atribuídos à alguma doença foram em maior proporção nas consultas de primeira vez do que nas de retorno (tabela 1).

Tabela 1: Distribuição dos participantes segundo o motivo da procura do serviço

Motivo da Consulta	Primeira Vez	Retorno	Total	N
	%	%	%	
Doença	57,6	46,6	50,5	150
Exame Clínico de Rotina	29,2	35,6	33,3	99
Outros	13,2	17,8	16,2	47
Total	35,5	64,5	100,0	296

No conjunto de perguntas correspondente ao atendimento integral por equipe multidisciplinar, observou-se que a grande maioria teve atenção médica (77,8% dos atendimentos); em segundo lugar, o atendimento foi efetuado pela enfermagem ou obstetriz (15,6%); em terceiro, por assistentes

sociais (14,6%), e, em quarto, por psicólogos (14,2%). As menos freqüentes foram: consultas odontológicas, com 8 atendimentos (2,6%) e terapia ocupacional com somente 3 atendimentos. Observa-se que os percentuais não totalizam 100% na medida em que um participante pode ter sido atendido por especialistas de mais de uma categoria profissional.

Procurou-se verificar as oportunidades perdidas de funcionamento do serviço através de algumas perguntas selecionadas como indicadores deste componente. Pelos dados disponíveis na tabela 2, observa-se que 39,3% dos atendimentos não foram registrados na caderneta do adolescente e 33,1% dos entrevistados negaram terem sido informados sobre o serviço.

Tabela 2: Distribuição dos participantes segundo aspectos relacionados ao funcionamento do serviço

<i>Funcionamento do Serviço</i>	<i>Sim</i>		<i>Não</i>		<i>Total</i> N
	%	n	%	n	
Teve registro do atendimento na caderneta?	67,7	179	39,3	116	295
Recebeu informações sobre o funcionamento do serviço?	66,9	196	33,1	97	293
Perguntaram na anamnese sobre sua situação familiar?	68,9	195	31,1	88	283
Perguntaram na anamnese sobre sua situação econômica?	51,4	142	48,6	134	276
Por ocasião do exame físico seu peso foi verificado?	73,9	210	26,1	74	284
A sua pressão arterial foi verificada?	66,7	196	33,3	98	294
Abordaram algum tema de promoção de saúde na consulta?	48,9	137	51,1	158	295
Abordaram o tema prevenção do uso de fumo (tabaco)?	9,7	26	90,3	224	250
Recebeu informação sobre saúde oral?	5,2	13	94,8	235	248

Na anamnese observou-se que 31,1% da amostra negaram terem sido indagados sobre a situação familiar e 48,6% sobre a situação econômica. Quanto ao exame físico, não foi verificado o peso em 26,1% e a pressão arterial em 33,3% dos entrevistados. Na abordagem sobre algum tema de promoção de saúde, por qualquer elemento da equipe, verificou-se a ocorrência em apenas metade da amostra. Deste conjunto de informações,

dois itens foram escolhidos como marcadores de situações de oportunidades perdidas: tabagismo e saúde oral. Para estes, respectivamente, 90,3% e 94,8% dos entrevistados negaram que tivessem recebido quaisquer informações.

Os dados que descrevem as oportunidades perdidas por atendimento profissional evidenciam que 92,9% dos adolescentes atendidos por médicos negaram que estes tivessem prestado informações sobre os riscos e prevenção de acidentes, o mesmo ocorrendo com 94,4% dos atendidos por enfermeiros. Sobre violência familiar e sexual, elevadíssimos percentuais de ausência de comunicação foram encontrados: 94,9% dos atendidos pelos médicos e 91,2% dos atendidos pelos enfermeiros. Um pouco menores, mas bastante expressivos, foram as respectivas proporções para os temas sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e drogas (Tabela 3).

Tabela 3: Proporção de oportunidades perdidas na promoção de saúde segundo temas não abordados e categoria profissional

<i>Promoção de Saúde</i>	<i>Medicina (n = 170)</i>	<i>Enfermagem (n = 37)</i>
	%	%
Acidentes	92,9	94,4
Sexualidade	68,8	55,0
Doenças Sexualmente Transmissíveis	85,6	75,0
Uso de Drogas	86,9	89,2
Violência Sexual e Familiar	94,9	91,2

No que se refere à análise multivariada, na Tabela 4 são apresentadas as cargas das variáveis originais (correspondentes às diferentes perguntas do questionário) nos quatro primeiros componentes principais, compostos após rotação da matriz de cargas visando obter a denominada “estrutura simples”.

Tabela 4: Resultados da análise estatística por componentes principais, cargas das variáveis originais nos 4 fatores selecionados

<i>Variáveis Originais</i>	<i>Fator 1 Atendimento</i>	<i>Fator 2 Atendimento</i>	<i>Fator 3 Atendimento</i>	<i>Fator 4 Atendimento</i>
----------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

	<i>Médico</i>	<i>Assistente Social</i>	<i>Psicólogo</i>	<i>Enfermagem</i>
Idade	0,145	-0,052	-0,134	0,688
Sexo	0,063	0,092	0,030	0,694
Inform. Serv.	0,074	-0,085	0,605	-0,050
Peso	0,891	0,030	0,107	-0,017
Estatura	0,852	0,030	0,164	0,137
Pressão Art.	0,814	0,079	0,280	-0,079
Exame Físico	0,823	0,065	0,350	0,037
Sit. Familiar	0,156	0,134	0,791	-0,048
Sit. Econôm.	0,058	0,240	0,774	-0,141
Sit. Escolar	0,204	0,123	0,574	0,198
Doença	0,280	0,139	-0,154	0,182
Ex. de saúde	0,180	-0,039	-0,065	-0,003
Primeira vez	0,367	-0,238	0,473	0,028
Atend. Médico	0,783	0,054	-0,019	0,236
At. Enferm	0,051	-0,024	-0,106	-0,656
Aten.Ass.Soc.	0,229	0,580	0,169	0,001
Aten.Psi.	-0,577	0,064	0,429	0,167
Educação	0,079	0,270	0,224	0,102
Sexualidade	0,009	0,314	0,180	-0,132
Adol. Normal	-0,033	0,157	0,172	0,302
DST	0,122	0,714	0,108	-0,129
Drogas	-0,120	0,731	0,158	0,120
Acidentes	0,088	0,820	-0,008	0,059
Saúde oral	0,112	0,091	0,055	-0,010
Violência	-0,083	0,653	0,072	-0,017
Fumo	0,019	0,703	-0,081	0,051
Vacina	0,137	0,071	-0,162	-0,143

O fator 1 foi denominado de “Atendimento Médico” por representar, predominantemente, o conjunto de variáveis relacionadas ao atendimento por médico. Nota-se que forte e positivamente correlacionados estão os dados de exame físico: peso, altura e pressão arterial (PA). Por outro lado, as cargas grandes e negativas correspondentes aos dados de promoção de saúde como informações prestadas sobre adolescência normal, drogas e violência sexual e familiar, indicam oportunidades perdidas no atendimento médico.

O fator 2 representa o conjunto de variáveis relacionadas ao atendimento por assistente social e, conseqüentemente, levou esta denominação. Apresenta expressivas correlações positivas com promoção de saúde nas áreas de: acidentes, doenças sexualmente transmissíveis (DST), drogas, fumo e violência. Vale destacar que as cargas referentes às variáveis peso, altura e PA foram muito próximas de zero, expressando a ausência de correlação entre exame físico e o atendimento por este profissional.

Observando as cargas no terceiro componente principal, sobressaem as informações de anamnese, tais como situação familiar, econômica e escolar e as questões sobre o serviço. Em relação ao tipo de atendimento profissional, o mais correlacionado a este eixo foi o atendimento feito pelo psicólogo. Seguindo a mesma lógica de denominação dos fatores anteriores, este último foi chamado de “Atendimento por Psicólogo”.

No que se refere ao fator 4, carga grande (em valor absoluto) e negativa foi encontrada para atendimento por enfermagem. Neste fator, idade e sexo mostraram-se também como variáveis relevantes, porém, inversamente correlacionadas. A interpretação das correlações inversas reside no fato de que o atendimento de adolescentes do sexo feminino, sobretudo em grupos etários mais velhos, foi realizado mais freqüentemente por enfermeiros. Isto foi verificado sobretudo no Chile, possivelmente porque as consultas de pré-natal são realizadas, em sua grande maioria, por enfermeiras obstetrias.

DISCUSSÃO

A complexidade da atenção ao adolescente se coloca como um desafio para as equipes de saúde porque não existe uma fórmula pré-determinada que possa ser considerada de sucesso. O adolescente, como qualquer ser humano, deve ser considerado uma unidade biológica, psíquica e social (Consello, 1991). Porém, diferente das outras fases da vida, pela rapidez com que os eventos ligados ao desenvolvimento ocorrem, a vinda a um serviço de saúde poderá representar uma oportunidade única para o profissional de saúde interferir em um processo que poderá vir a ser desastroso para o sujeito. Neste contexto, a atuação junto a esta clientela de equipes multidisciplinares tem sido preconizada como mais efetiva, não devendo, portanto, ser subestimada a importância do desempenho adequado de cada membro das mesmas. Segundo Evans (1990), “o sistema de saúde deve, também, ser implicado nos vários determinantes da saúde”.

O papel dos diferentes integrantes de uma equipe multidisciplinar, em programas de atenção integral aos adolescentes, tem sido tema de debate

entre os profissionais que se dedicam a busca de um modelo efetivo do atendimento. Maddaleno (1995) aponta que os membros da equipe interdisciplinar deveriam interagir mudando o foco da atenção de aspectos específicos da própria disciplina para a prestação de serviços coordenados, centrados no problema, sem, portanto, se preocupar com limites disciplinares definidos.

Na presente investigação verificou-se, no conjunto de informações a respeito da procura do serviço, que um grupo significativo de adolescentes procurou os serviços sem que houvesse um problema evidente de doença. Segundo Hulka (1985), os seguintes fatores influenciam um sujeito a tornar-se paciente e utilizar o sistema de saúde: condição de saúde e necessidade sentida; características demográficas; disponibilidade de médicos; características organizacionais do sistema de saúde e financiamento da atenção, entre outros.

De acordo com Suárez-Ojeda (1995), os serviços de atenção ao adolescente, por atenderem uma população que está iniciando seu processo de independência junto à família, devem ter suas normas e condutas claras para conhecimento e utilização de seu jovem usuário. Entretanto, observou-se que grande parte dos entrevistados não recebeu (ou não compreendeu) as informações sobre o serviço e não teve seus atendimentos registrados na caderneta.

Quanto ao atendimento pela equipe multidisciplinar constataram-se oportunidades perdidas de atenção na medida em que a grande maioria dos entrevistados foi atendida somente por médicos, sendo que os outros profissionais foram menos utilizados. Considerando que quase a metade dos entrevistados não referiam enfermidades clínicas, sem dúvida outros profissionais poderiam ter dado uma atenção mais adequada aos adolescentes, já que todos os serviços escolhidos contavam com equipes multidisciplinares.

Pelo estudo de componentes principais observou-se que o atendimento prestado pelos médicos configurou um estilo clássico de atenção,

englobando: verificação de peso, altura e pressão arterial. Estes resultados levam a reflexão sobre o papel do médico de adolescente na atenção integral. Se, por um lado, a participação no atendimento é menor para os profissionais das demais categorias, por outro, os médicos nem sempre estão preparados ou dispõem de tempo para atender adolescentes com outros problemas que não sejam estritamente clínicos.

Neste âmbito, se os adolescentes procuram os serviços sem queixas clínicas específicas, mas encontram um estilo de atenção médica que privilegia procedimentos clássicos de anamnese e exame físico, dificilmente pode-se esperar que estes adolescentes retornem para outra consulta ambulatorial, já que suas demandas não estão sendo atendidas. Uma anamnese automatizada com perguntas referentes à família sem uma contextualização e correlação com outros problemas - como violência sexual e familiar, entre outros - se mostra como uma oportunidade perdida de se intervir em um processo que poderia ser, ou vir a ser, o problema central da vida do adolescente.

Em relação ao atendimento observa-se que, apesar do baixo percentual na abordagem de assuntos, tais como: acidentes, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e uso de drogas; os assistentes sociais foram os que melhor trabalharam estes conteúdos. Assim como os assistentes sociais, os psicólogos, mesmo tendo tido uma participação muito reduzida nos atendimentos, demonstraram capacidade de apoiar o adolescente em sua orientação dentro do serviço. Estes achados demonstram a potencialidade do trabalho interdisciplinar.

Um dos quesitos da maior relevância foi a quase inexistência de dados positivos sobre promoção de saúde oral, apesar dos serviços terem em suas propostas este componente da atenção integral. Alguns autores têm referido a vulnerabilidade dos adolescentes para problemas de saúde bucal, encontrando-se cáries e gengivites, praticamente, na totalidade desta população (Carvalho, 1995, Igra et al., 1996). Contudo, a grande maioria dos adolescentes que participaram do estudo negaram ter recebido informações sobre este componente da saúde. A análise de questões específicas como

esta, possibilita que os profissionais dos serviços revejam o modo de como estão trabalhando suas prioridades de promoção e prevenção de saúde.

Finalmente, apesar da importância dos dados encontrados com relação aos usuários envolvidos no estudo, deve-se mencionar as seguintes limitações da pesquisa: o pequeno número da amostra; a falta de uniformidade na seleção da amostra; diferentes formas de aplicação dos questionários (auto-aplicação e entrevista); participação de serviços de diferentes níveis de atenção: primária e secundária; diferentes composições das equipes multidisciplinares. Devido a estes aspectos, os resultados não podem ser generalizados a todos atendimentos dos serviços participantes e, muito menos, aos atendimentos prestados a adolescentes nos países envolvidos no estudo.

Todavia, pode-se concluir que os adolescentes que participaram do estudo piloto não receberam – ou perceberam - o atendimento integral preconizado e que um instrumento como o de “oportunidades perdidas” é de grande utilidade para o monitoramento de um serviço que tenha como proposta a prestação deste tipo de atenção.

Considerando a relevância do tema, os autores procuram não perder a oportunidade de alertar aos coordenadores de serviços de situações que envolvam a proposta de atenção integral e que, muitas vezes, podem não estar sendo praticadas mesmo em serviços que têm esta proposta como norma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARVALHO, C.L. Necesidades de salud bucal de los adolescentes. In: *La Salud del Adolescente y del Joven* (M. Maddaleno, M.M. Munist, C.V. Serrano, T.J. Silber, E.N. Suárez Ojeda, J. Yunes, org.). Washington, D.C.: OPS, 1995.
- CUTTS F.T., ZELL E.R., SOARES A.C., DIALLO S. Obstacles to achieving immunization for all 2000: Missed immunization opportunities and inappropriately time immunization. *J. Trop Ped* 1991; 37:153-158.
- DONABEDIAN A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Health Administration. Ann Arbor, Michigan: Press, 1980.
- EVANS R., STODDART G.L. Producing Health, Consuming Health Care. *Soc. Sci. Med.* 1990; 31:1347-1363.
- GREEN P.E. Analysing multivariate data. Hinsdale, The Dryden Press, 1978.
- HULKA B.S., WHEAT J.R.. Patterns of Utilization. The patient perspective. *Med Care* 1985; 23:438-460.
- IGRA V., IRWIN C.E. Theories of Adolescent Risk -Taking Behavior. In: *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (R.J. DiClemente, W.B. Hansen, L.E. Ponton). New York: Ed. Plenum Press, 1996.
- MADDALENO M., KORIN D., SILBER T.J. Equipo interdisciplinario en la atención de salud de los adolescentes. In: *Manual de Medicina de la Adolescencia* (T. J. Silber, M.M. Munist, M. Maddaleno, E.N. Suárez Ojeda, org.). Washington D.C.: OPS, 1992.
- MORENO E.M., SERRANO C., GARCIA L.T. Lineamientos para la programación de la salud integral. In: *La Salud del Adolescente y del Joven* (M. Maddaleno, M.M. Munist, C.V. Serrano, T. J. Silber, E.N. Suárez Ojeda, J. Yunes, org.). Washington D.C.: OPS, 1995.
- NEINSTEIN L.S., MACKENZIE R. High risk and out-of-control behavior. In: *Adolescent Health Care – A Practical Guide* (Lawrence S. Neinstein), Third Edition. Baltimore. Willians & Wilkins, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Necesidades de Salud de los Adolescentes. Informe de un comité de expertos de la OMS. Série de Informes Técnicos No. 609, Genebra, 1977.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1990. Publicación Científica 524. Washington, D.C.: OPS,1990.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Avaliação sobre Oportunidades Perdidas de Atenção Integral do Adolescente. Washington D.C.: OPS,1995.

SELL C.W.E., BLUM R.W. Current Trends in Adolescent Health. In: Handbook of Adolescent Health Risk Behavior (R.J. DiClemente, W.B. Hansen, L.E. Ponton). New York: Ed. Plenum Press 1996.

SERRANO C.V. La salud integral de los adolescentes y los jóvenes: su promoción y su cuidado. In: La Salud del Adolescente y del Joven (M. Maddaleno, M.M. Munist, C.V. Serrano, T.J. Silber, E.N.Suárez-Ojeda, J. Yunes, org.).Washington D.C.: OPS, 1995.

SHEIHAM A. Mudanças nas tendências da cárie dentária. ABROPREV, 1988; 2:13.

SILBER, T.J. Prevención de la patología del adulto durante la adolescencia: Las seis "CES": Calcio, colesterol, cigarrillos, cinturón de seguridad, cascos protectores y condones. Adolescencia al día,. Washington D.C.: OPS, 1998; 39-43.

SUÁREZ-OJEDA E.N., MUNIST M.M., SILBER T.J. Condiciones de eficiencia de los ambulatorios de salud para los adolescentes. In: La Salud del Adolescente y del Joven (M.Maddaleno, M.M.Munist, C.V. Serrano, T. J. Silber, E.N.Suárez Ojeda, J. Yunes, org.). Washington, D.C.: OPS,1995.

SYSTAT. Intelligent software. Digital Research, Inc. Evanston, Il, 1990.

Mortalidade de Adolescentes no Município do Rio de Janeiro - de 1981 a 1995 – Quantos Óbitos Poderiam Ser Evitados?

Maria Helena Ruzany

Célia L. Szwarcwald

RESUMO: Este trabalho teve o propósito de estudar as principais causas de mortalidade dos adolescentes (10 a 19 anos) do Município do Rio de Janeiro, com vistas à prevenção das mortes evitáveis. Os registros de óbitos foram levantados do Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde, de 1981 a 1995. Foram calculadas taxas de mortalidade específicas por sexo e faixa etária pelas principais causas de óbito em três períodos de tempo (1981-85, 1986-90 e 1991-95). Encontrou-se que os homicídios e lesões por armas de fogo de adolescentes do sexo masculino tiveram um crescimento de 46,5/100 000 (entre 1981 e 1985) para 105,8/100 000 (entre 1991 e 1995) e, para as do sexo feminino, observou-se um aumento de 3,1/100 000 para 7,8/100 000. A análise geográfica da mortalidade por armas de fogo demonstrou que a Zona Portuária e adjacências apresentaram os maiores índices de violência. Entre as causas não externas as mais frequentes foram as neoplasias malignas e as pneumonias, ambas com tendência de decréscimo nos períodos estudados. Como dado relevante encontrou-se que os “transtornos envolvendo os mecanismos imunitários” de praticamente inexistente atingiu 1,2 /100 000 no último período estudado. Conclui-se que as principais causas de mortalidade dos adolescentes no Município do Rio de Janeiro são evitáveis e sugere-se que os profissionais de saúde devem estar atentos a este fato, procurando combater agravos desnecessários através da promoção de saúde.

Palavras chave: Adolescência, causas de mortalidade, armas de fogo, promoção de saúde.

ABSTRACT: This paper aims to examine the principal causes of mortality among adolescents aged ten to nineteen in the city of Rio de Janeiro with a focus on prevention of preventable deaths. The mortality data from 1981 to 1995 were taken from the Mortality Information System of the Brazilian Ministry of Health. Age and sex specific mortality rates were calculated for the main death causes covering three discrete time periods (1981-85, 1986-90 and 1991-95). Rates of homicides and fatal injuries by firearms have increased for adolescents of both genders. Among adolescents males the increase was from 46.5 /100,000 (between 1981 and 1985) to 105.8/100,000 (1991- 1995). Among the adolescents female, mortality rates attributable to the same external causes increased from 3.1/100,000 (between 1981-1985) to 7.8/100,000 (between 1991-1995). Geographic analysis indicates that the harbour area of the city and vicinities reflect higher indices of firearms-related deaths. For the same time period, non-external causes of death have been declining. Malignant neoplasias and pneumonia, the most frequent non-external causes of death, are experiencing a decrease. However, the rates of complications involving immune mechanisms have increased from non-existent to 1.2 /100,000 during the last study period (1991-1995). The main causes of deaths among adolescents in the city of Rio de Janeiro are avoidable. We propose that health professionals must be attentive to this fact to prevent unnecessary deaths through health promotion.

Key words: Adolescence, causes of mortality, firearms, health promotion.

INTRODUÇÃO

A adolescência se caracteriza no indivíduo por grandes mudanças físicas, emocionais e sociais, que propiciam atitudes e condutas as mais diversas motivadas por dúvidas e inquietações. Imerso na incerteza e em uma confusão de sentimentos, o adolescente é vulnerável e sujeito a problemas que, muitas vezes, colocam sua sobrevivência em perigo.

Em anos recentes, esta situação tem se agravado pela pressão exercida, principalmente pela mídia, com relação à aquisição de hábitos que nem sempre se configuram como os mais saudáveis ou mesmo os mais seguros. O convite permanente ao consumo desenfreado se chocam freqüentemente com as restrições de ordem social e econômica causando grandes frustrações (1). Considerando as possibilidades oferecidas, vinculadas às suas condições de vida, os problemas passam a existir quando a escolha empreendida pelo adolescente acarreta dolo permanente ou transitório para si ou para os outros (2).

Literatura recente internacional tem relacionado o acúmulo de frustrações, provocadas sobretudo pela crescente desigualdade de renda, ao engajamento de jovens às atividades marginais (3, 4, 5). Estudos nacionais têm, por sua vez, mostrado que no Brasil, são cada vez mais freqüentes as mortes por armas de fogo, que atingem, predominantemente, os adolescentes e adultos jovens (6). Neste quadro, sobressai-se o Estado do Rio de Janeiro, onde no início dos anos 90, os homicídios foram responsáveis por 20% dos anos potenciais de vida perdidos entre 1 e 70 anos (7).

Sob esta ótica, compete aos profissionais que lidam com os adolescentes procurar uma forma efetiva de abordagem preventiva dos riscos desnecessários. Stringham e cols, 1988 (8) enfatizam a importância de ser incorporada, na consulta, a obtenção de história sobre a participação em atos de violência e de se traçar condutas de aconselhamento e de prevenção da violência na atenção de rotina nos centros de atenção a adolescentes.

Faz-se necessário que o profissional de saúde se convença de que seu papel deve transcender ao de simples observador de problemas imediatos,

passando agora a ser um informante ativo e decodificador das angústias e dúvidas do adolescente ou jovem que venha buscar auxílio neste momento de vida. Deve agir de forma antecipatória aos problemas que possam vir a ocorrer, principalmente de maneira intersetorial, nas escolas, clubes, associações religiosas, enfim, em todos os locais onde eles se encontram (9).

Para que se tenha impacto na saúde dos jovens, as causas de morbimortalidade deverão ser enfrentadas visando uma atuação coordenada com metas a curto, médio e longo prazo com a finalidade de reverter o padrão epidemiológico que se apresenta nos dias de hoje.

O presente estudo visa descrever, particularmente, a evolução do perfil de mortalidade entre adolescentes residentes no Município do Rio de Janeiro, no período de 1980 a 1995, procurando-se distinguir os óbitos devidos a causas que poderiam ser evitáveis a partir de cuidados médicos e decisão social adequados.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo sobre a mortalidade de adolescentes de 10 a 19 anos do Município do Rio de Janeiro no período entre 1981 e 1995 teve como fonte de informação o Subsistema de Informação para Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS) (10). Foram considerados todos os óbitos registrados no período estudado, relativos à faixa etária sob análise. Para o cálculo dos denominadores das taxas de mortalidade foram utilizados os dados dos Censos Demográficos de 1980 (11) e 1991 (12) e da contagem de 1996 (13) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A estimativa da população adolescente em 1996 era de 945.284.

Em virtude do reduzido número de registros em algumas causas específicas, as taxas de mortalidade foram estudadas em períodos de cinco anos (1981-85, 1986-90 e 1991-95) e os óbitos foram agregados em grupos etários de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos.

Para a definição das causas de mortalidade utilizou-se a “Classificação Internacional de Doenças, nona revisão” (CID-9), encontrando-se as causas externas no Capítulo XVII da “Classificação complementar de causas externas de traumatismos e envenenamentos” (14).

Devido a importância das lesões provocadas por armas de fogo, realizou-se estudo espacial das taxas de mortalidade por este meio no Município do Rio de Janeiro de acordo com a divisão nas denominadas regiões administrativas, segundo o IBGE (1991). As populações segundo a faixa etária e região administrativa foram fornecidas pelo IBGE (1991). A visualização da configuração espacial foi realizada por meio do “software” Mapinfo (15). Para constituir a categoria de óbitos por armas de fogo, foram considerados todos os óbitos por causas externas provocados por armas de fogo, classificados com os seguintes códigos: “homicídio com armas de fogo” (CID 965) e “lesão por armas de fogo da qual se ignora se acidental ou intencionalmente infligida” (CID 985).

RESULTADOS

No período de 1991-1995, 79% dos óbitos ocorreram entre os adolescentes do sexo masculino (Tabela 1). Os óbitos do sexo masculino predominaram em relação aos do sexo feminino para quase todas as causas, com exceção dos óbitos por “Doenças do aparelho circulatório”, “Doenças do sistema osteomuscular e do Tecido conjuntivo” e por “Anomalias congênitas”. Destaca-se, pela relevância do achado, que as causas classificadas como “Lesões e envenenamentos”, foram responsáveis por 72% do total de óbitos, correspondendo a 80% das mortes do sexo masculino e 42% dos óbitos do sexo feminino.

Tabela 1: Mortalidade proporcional (%) segundo os grandes grupos de causas e sexo no Município do Rio de Janeiro, 1991-1995

GRUPOS DE CAUSAS (CID 9)	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		n	%
	n	%	n	%		
I. Doenças Infecciosas e Parasitárias	86	1,8	83	6,5	169	2,8
II. Neoplasmas	149	3,1	120	9,4	269	4,4
III. Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários	67	1,4	35	2,7	102	1,7
IV. Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos	27	0,6	14	1,1	41	0,7
VI. Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos	85	1,8	52	4,1	137	2,3
VII. Doenças do Aparelho Circulatório	98	2,0	106	8,1	204	5,3
VIII. Doenças do Aparelho Respiratório	106	2,2	83	6,1	189	3,1
IX. Doenças do Aparelho Digestivo	30	0,6	22	1,7	52	0,9
X. Doenças do Aparelho Genitourinário	18	0,4	13	1,0	31	0,5
XI. Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério	0	0	28	2,2	28	0,5
XII. Doenças da Pele e do Tecido Celular Subcutâneo	6	0,1	3	0,2	9	0,1
XIII. Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	7	0,1	13	1,0	20	0,3
XIV. Anomalias Congênitas	20	0,4	21	1,6	41	0,7
XVI. Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas	249	5,2	154	12,0	403	6,7
XVII. Lesões e Envenenamentos	3835	80,1	542	42,0	4377	72
TOTAL	4783	78,8	1289	21,2	6072	100

Dentre as taxas de mortalidade das principais causas não externas, no mesmo período (1991- 1995), destacam-se as “Outras causas mal definidas e desconhecidas de morbidade e mortalidade”, com 8,3 por 100.000 habitantes. Entre os óbitos com causa conhecida, os “Neoplasmas malignos” e as “Pneumonias” ocorrem em proporções importantes, com taxas de 5,3 e 2,4 por 100.000 habitantes, respectivamente. Dignas de registro, apesar de reduzidas, são também as taxas de mortalidade, por “Diabetes mellitus” com 0,6/100.000, “Transtornos envolvendo os mecanismos imunitários” com

1,2/100.000, “Febre reumática ativa” com 0,1/100.000 e “Doença reumática crônica do coração” com 0,7/100.000.

Quanto às taxas de mortalidade por causas externas, o que imediatamente chama a atenção é que em todos os períodos de tempo estudados, a população masculina foi sempre a mais atingida, sendo elevada a razão das taxas de mortalidade por sexo (Tabela 2). Observa-se que a razão entre a taxa de homicídios masculina e a feminina chega a atingir o valor de 17. Quanto aos “Acidentes de trânsito de veículo a motor”, ainda que em menores proporções, constatou-se que os adolescentes do sexo masculino de 15 a 19 anos também foram os mais atingidos. Neste conjunto, os atropelamentos (“Acidentes de trânsito por colisão entre veículo a motor e um pedestre”), foram os mais expressivos. Quanto à categoria “Afogamento e submersão acidentais” este quadro se repete, com o predomínio de adolescentes do sexo masculino de 15 a 19 anos.

Tabela 2: Taxas de mortalidade (por 100 000 habitantes) pelas principais causas externas segundo grupo etário e sexo. Município do Rio de Janeiro, 1991-1995

CAUSAS (CID 9)	10-14			15-19			TOTAL
	MAS	FEM	TOT	MAS	FEM	TOT	
Acidentes de trânsito de veículo a motor (810-819)	6,1	3,9	5,0	16,8	6,4	11,5	8,1
Acidente de trânsito por colisão entre veículo a motor e um pedestre (814)	4,8	2,0	3,4	7,9	2,0	4,9	4,1
Afogamento e submersão acidentais (910)	3,1	0,5	1,8	7,7	0,5	4,1	2,9
Homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas (960-969)	7,0	2,5	4,8	120,2	7,0	62,5	32,3
Agressão com arma de fogo ou explosivos (965)	5,4	2,1	3,7	107,7	6,0	55,9	28,6
Lesões em que se ignora se foram acidental ou intencionalmente infligidas (980-989)	19,6	5,7	12,7	149,5	15,1	81,0	45,3
Lesão por armas de fogo e explosivos, da qual se ignora se foi acidental ou intencionalmente infligida (985)	5,7	1,1	3,4	104,6	6,6	54,7	27,9

Na Tabela 3, buscou-se apresentar as tendências das taxas de mortalidade devidas às causas externas na população adolescente. Na evolução temporal da mortalidade devida a “Acidentes de trânsito de veículo a motor” observou-se flutuações nas taxas de mortalidade para ambos os sexos. No que se refere aos óbitos por “Afogamento e submersão acidentais” houve tendência de queda para ambos os sexos nos períodos estudados. Por outro lado, chama a atenção o acréscimo das taxas correspondentes aos homicídios provocados por armas de fogo ou explosivos. Se somarmos todas as lesões provocadas por armas de fogo, os aumentos têm relevância destacada para ambos os sexos. As taxas de mortalidade crescem em 113% para o sexo masculino do primeiro para o segundo período e 7% do segundo para o último. Os correspondentes aumentos para o sexo feminino foram, respectivamente, de 65% e 53%.

Tabela 3: Taxas de mortalidade (por 100 000 habitantes), segundo as principais causas externas por período de tempo e sexo. Município do Rio de Janeiro, 1981-1995

CAUSAS (CID 9)	81-85			86-90			91-95		
	MAS	FEM	TOT	MAS	FEM	TOT	MAS	FEM	TOT
Acidentes de trânsito de veículo a motor (810-819)	15,7	7,2	11,4	23,7	9,6	16,6	11,1	5,1	8,1
Acidentes de trânsito por colisão entre veículo a motor e um pedestre (814)	7,9	3,3	5,5	15,2	5,8	10,5	6,3	2,0	4,1
Afogamento e submersão acidentais (910)	9,6	0,9	5,2	7,0	0,9	3,9	5,3	0,5	2,9
Homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas (960- 969)	20,9	1,8	11,2	44,3	2,9	23,4	60,2	4,7	32,3
Agressões por armas de fogo ou explosivos (865)	17,5	1,1	9,2	40,3	2,4	21,2	53,5	4,0	28,6
Lesões em que se ignora se foram acidental ou intencionalmente infligidas (980, 989)	47,9	6,7	27,1	71,6	5,7	38,3	80,7	10,3	45,3
Lesão por armas de fogo e explosivos da qual se ignora se foi acidental ou intencionalmente infligida (985)	29,0	2,0	15,3	59,0	2,7	30,6	52,3	3,8	27,9

Para se ter uma melhor noção da magnitude do problema da mortalidade por armas de fogo em adolescentes de 10 a 19 anos, foi estudada a distribuição geográfica da mortalidade nas regiões administrativas (RA) do Município do Rio de Janeiro. Um aglomerado de

taxas altas, superiores a 70 por 100 000 habitantes, foi encontrado nas regiões administrativas da Zona Portuária, Rio Comprido, São Cristóvão, Ramos, Inhaúma, Centro, Penha e Santa Teresa. Taxas intermediárias foram observadas nas áreas próximas aos municípios do Cinturão Metropolitano, isto é, no limite com os municípios da periferia da cidade. As zonas situadas no litoral, como Copacabana, Barra da Tijuca, Leblon, apresentaram os menores coeficientes.

DISCUSSÃO

Confirmando publicações científicas nas áreas de adolescência e juventude, este estudo mostrou que, principalmente, os adolescentes do sexo masculino são extremamente vulneráveis já que foram sujeitos da grande maioria dos óbitos registrados por violência. Vários autores enfatizam que nos Estados Unidos a população adolescente, especialmente os do sexo masculino, comparada com as outras faixas etárias, é a única que não está melhorando seu padrão de saúde e que tampouco está apresentando redução em sua mortalidade (16, 17).

Do mesmo modo, em nosso estudo, os adolescentes do sexo masculino apresentaram, proporcionalmente, maior ocorrência de óbitos nos últimos 5 anos por quase todos os motivos com grande predominância das lesões e envenenamentos. Nas exceções encontradas, no caso de doenças cardiovasculares, em que houve predomínio nas adolescentes do sexo feminino, é possível que a sobrecarga cardíaca tenha ocorrido por problemas exclusivos deste gênero, como a gravidez (18). As doenças do tecido conjuntivo e osteomuscular poderiam ser explicadas pela maior incidência de algumas destas doenças em mulheres adolescentes e adultas jovens que são, em geral, casos de grande complexidade e gravidade (19).

Em primeiro lugar em freqüência dentre todos os óbitos com definição da causa básica não-externa, destacaram-se as neoplasias malignas, sendo flagrante o predomínio das leucemias em adolescentes do sexo masculino,

semelhante ao encontrado em um estudo de revisão de 64 casos da Universidade de Granada na Espanha (20).

Entre as doenças do aparelho respiratório, chamam a atenção as elevadas taxas de mortalidade por pneumonia, ocupando a segunda posição na frequência de óbitos por causas definidas não externas. Esta grande mortalidade por doenças do aparelho respiratório levanta as hipóteses de que os casos poderiam ter ficado na comunidade sem oportunidade de chegar aos serviços de saúde, ou de que não receberam tratamento adequado e evoluíram para maior severidade ou ainda de que chegaram tardiamente aos serviços (21). Além disso, dão margem, também, para se levantar uma dúvida sobre a efetividade dos cuidados de saúde no Rio de Janeiro, onde as oportunidades de atenção adequada podem estar sendo desiguais de acordo com a camada social do indivíduo que está sendo atendido (22).

Neste âmbito, vale notar o grande percentual de óbitos sem definição da causa básica reforçando a suposição de que poderá estar ocorrendo, no Município do Rio de Janeiro, falta de acesso da população jovem aos serviços de saúde, levando a uma busca tardia de socorro médico, ou carência de meios diagnósticos adequados.

Nas taxas estudadas de doenças da nutrição, do metabolismo e transtornos imunitários dois diagnósticos mereceram observação especial: diabetes mellitus e os transtornos envolvendo os mecanismos imunitários. Quanto aos últimos, o aumento das taxas encontradas, podem estar expressando a expansão da epidemia de AIDS, já que foi observada forte tendência de crescimento a partir do segundo período de tempo estudado.

Tendo em vista o crescimento encontrado de AIDS, é possível que alguns casos de doenças infecciosas tenham sido diagnosticados de maneira inadequada (23). Vale marcar nesta discussão que as taxas encontradas de tuberculose, tendo apresentado uma tendência de queda, voltaram a um patamar igual do início dos anos 80.

Dentre as doenças que merecem uma menção especial estão as decorrentes da febre reumática, uma doença totalmente evitável com cuidados preventivos adequados (24). Outro conjunto, que também pode ser colocado como mais um elemento que expressa a falta de medidas preventivas eficazes, é o das complicações da gravidez, do parto e do puerpério. O pequeno incremento observado no último período pode representar a ponta do “iceberg” do agravamento dos cuidados precários do sistema de saúde (25,26).

Entrando na discussão do grupo de mortes de maior impacto entre os adolescentes - as decorrentes das causas externas - as lesões por armas de fogo, classificadas tanto como homicídios quanto na categoria “Lesões em que se ignora se foram acidental ou intencionalmente infligidas” demonstraram ser o maior problema para adolescentes de ambos os sexos. Seu crescimento por período de tempo e a magnitude das taxas expressam a grande vulnerabilidade dos adolescentes, principalmente, os de 15 a 19 anos do sexo masculino. É possível que a disponibilidade de armas, diferenças de papéis quanto ao gênero, desorganização social e a “cultura de violência” sejam responsáveis por estes resultados que, infelizmente, estão sendo registrados de forma ascendente no nível mundial na população jovem (27, 28, 29).

Na distribuição geográfica das taxas de mortalidade por armas de fogo verificou-se que a maior concentração de óbitos estava localizada nas áreas do Centro e Zona Portuária, onde se encontram algumas das grandes aglomerações populacionais denominadas favelas. Estes núcleos têm como característica o abandono social e a utilização de códigos internos de poder para-governamental de lideranças as quais se encontram, freqüentemente, envolvidas com o tráfico de drogas. Este conjunto de problemas leva a coexistência de atos de violência podendo culminar com a morte, principalmente de adolescentes e jovens (30).

Quanto aos acidentes de trânsito de veículo a motor, em nosso estudo, os óbitos registrados ficaram em terceiro lugar entre as causas externas, observando-se um fenômeno de ascensão seguido de queda para praticamente a metade no último período. Estes fatos podem ser explicados

pelas campanhas no município de respeito ao código de trânsito, pelo uso mais freqüente de testes de verificação de consumo abusivo de álcool e pelo uso obrigatório do cinto de segurança que foi implementado no início dos anos 90. Contudo, é preciso levar em consideração que, no Brasil, a população estudada, em sua maioria, é inapta a conduzir veículos a motor. Nos Estados Unidos, país onde é permitido conduzir veículos a motor desde a idade de 16 anos, as taxas de mortalidade encontradas, em 1992, para o segmento populacional de 15 a 24 anos, foram as mais elevadas das Américas (31).

Observando as taxas de mortalidade por homicídios e lesões provocadas intencionalmente verifica-se um comportamento de evolução ascendente para ambos os sexos. Cristoffel (32), em 1990, apontou o homicídio como sendo a causa mais importante da mortalidade de crianças e adolescentes na atualidade e o maior responsável pelos anos potenciais de vida perdidos. A explicação dada pelo autor, é que a grande maioria dos casos de violência registrados são por abuso dos pais ou pessoa conhecida, e as mortes são devidas a assaltos e homicídios perpetrados por companheiros de turma.

Uma das limitações do estudo refere-se ao fato de estarmos analisando dados secundários. Embora, reconhecidamente, o sub-registro de óbitos do sistema de informação de mortalidade no Município do Rio de Janeiro seja insignificante (33), cabe dizer, que os registros de óbitos, tal como outras variáveis demográficas, são sujeitos a erros de declaração e classificação. Por exemplo, foi encontrada grande proporção de óbitos classificados como lesões em que se ignora se acidentais ou intencionais por meio não especificado. Estas mortes podem ser tanto devidas a acidentes de trânsito, acidentes intradomiciliares, afogamentos, ou suicídios, sem que seja possível identificar sua causa básica. Neste contexto, chama a atenção a subenumeração dos suicídios, que são internacionalmente reconhecidos como de relevância no grupo etário de adolescentes, e que portanto, seriam também merecedores de medidas preventivas (34).

Apesar das falhas de classificação das causas externas, fica evidente o crescimento do número de mortes violentas. A presença constante da violência deixa um saldo de traumas psicológicos entre os que são vítimas e

os perpetradores originando dificuldades escolares, medo e culpa de subseqüentes injúrias (35). Torna-se urgente que este círculo vicioso sofra intervenções eficazes para que se tenha alternativas de um futuro melhor (36, 37). Com o objetivo de se implementar medidas realmente de impacto neste grave problema de saúde pública faz-se necessária a avaliação dos programas e projetos que estão tendo algum sucesso na diminuição da violência urbana e se promover fóruns constantes de debate nas comunidades com elevados índices de violência (38, 39).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINAYO, M.C.S. Inequality, violence and ecology in Brazil. *Cad Saúde Pública* 1994;10:241-50.
2. ZALUAR A, NORONHA J.C., ALBUQUERQUE C. Violência: pobreza ou fraqueza institucional? *Cad Saúde Pública* 1994;10:213-17.
3. KENNEDY B.P., KAVACHI I., PROTOW-STITH D. Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of Robin Wood index in the United States. *Br Med J* 1996;312:1004-7.
4. WALLACE R. Urban desertification, public health and public order: “planned shrinkage”, violent death, substance abuse and AIDS in Bronx. *Social Sci Med* 1990;31:801-13.
5. KAPLAN G.A., PAMUCK E.R., LYNCH J.W., COHEN R.D., BALFOUR J.L. Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potencial pathways. *Br Med J* 1996;312:999-1003.
6. SZWARCOWALD C.L., LEAL M.C. Sobrevivência ameaçada dos jovens brasileiros: a dimensão da mortalidade por armas de fogo. In: CNPD, *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília 1998:363-96.
7. REICHENHEIM M.E., WERNECK G.L. Anos potenciais de vida perdidos no Rio de Janeiro, 1990: as mortes violentas em questão. *Cad Saúde Pública* 1994;10:188-98.
8. STRINGHAM P., WEITZMAN M. Violence counseling in the routine health care of adolescents. *J Adolesc Health Care* 1988;9:389-93.
9. MORENO E., SERRANO C.V., GARCÍA L.T. Lineamientos para la programación de la salud integral del adolescente. In: OMS, *La Salud del Adolescente y del Joven..* Publicación Científica No. 552. Organización Panamericana de la Salud 1995:328-43.

10. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sub-sistema de informações sobre mortalidade, Brasil, 1979-993 [CD ROM]. Data/SUS: Brasília; 1996.
11. FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico, Brasil 1980. Rio de Janeiro: IBGE 1983.
12. FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico, Brasil 1980. Rio de Janeiro: IBGE 1994.
13. FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Contagem demográfica, Brasil 1996. Rio de Janeiro: IBGE 1997.
14. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças, Revisão 1975 (Nona Revisão), Vol. 1. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português 1985.
15. MAPINFO. Desktop mapping software. New York: MapInfo Corporation, 1994.
16. BLUM R. Contemporary threats to adolescent health in the United States. JAMA 1987;257:390-95.
17. SINGH G.K., YU S.M. Trends and differentials in adolescent and young adult mortality in the United States, 1950 through 1993. Am J Public Health 1996;86:560-64.
18. BHAGWAT AR., ENGLE T.J. Heart disease in pregnancy. Cardiol Clin 1995;13:163.
19. SZTAJNBOK F.R. Artritis y discapacidad. In: OMS, Manual de Medicina de la Adolescencia. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 20. Organización Panamericana de la Salud, 1992:363-89.
20. MOLINA F.J.A., BAYES G.R., MUNOZ H.Á., MALDONADO L.J., NARBONA L.E. Cancer and adolescence. Na Esp Pediatr 1983;19(Suppl 18):153-60.
21. BENGUIGUI Y. Infecciones respiratórias agudas. In: OMS, Manual de

22. Medicina de la Adolescencia. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 20. Organización Panamericana de la Salud 1992:225-29.
23. GOUVÊA C.S., TRAVASSOS C., FERNANDES C. Produção de serviços e qualidade da assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, Brasil – 1992 a 1995. Rev Saúde Pública 1997;31:601-17.
24. KRASINSKI K., BORKOWSKY W., HOLZMAN R.S. Prognosis of human immunodeficiency virus infection in children and adolescents. *Pediatr Infect Dis J* 1989;8:216-70.
25. MADDALENO M. Problemas infecciosos comunes en la adolescencia. In: OMS, Manual de Medicina de la Adolescencia. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 20. Organización Panamericana de la Salud 1992:187-200.
26. PLOCKINGER B., ULM M.R., CHALUBINSKI K., SCHALLER. When children “have children” reproduction biological problems in girls between 11 and 15 years of age. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1996;56:248-51.
27. MBIZVO M.T., KASULE J., GUPTA V., RUZAKANIKO S., MPANJUSHUMBUSHU W., SEBINA-ZZIWA AJ. et al. Effects of a randomized health education intervention on aspects of reproductive health knowledge and reported behaviour among adolescents in Zimbabwe. *Soc Sci Med* 1997;44:573-77.
28. WEISS. Recent trends in violent deaths among young adults in the United States. *Am J Epidemiol* 1976;103:416-22.
29. DAY L.H. Death from non-war violence: na international comparison. *Soc Sci med* 1984;19:917-27.
30. MICHAUD P.A. hViolent deaths among adolescents in Switzerland. From epidemiology to prevention. *Pediatrician* 1983;12:28-36

31. CANO I. Resultado da Análise dos ROs, IPMs e Promoções por Bravura. In: Iser, Letalidade da Ação Policial no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro 1997;25-68.
32. U.S.Centers for Disease Control and Prevention. United States. Morb Mortal Wkly Rep 1992;41:213-15.
33. CRISTOFFEL K.K. Violent death and injury in US children and adolescents. Am J Dis Child 1990;144:697-706.
34. SZWARCOWALD C.L., CASTILHO E.A. Estimativas da mortalidade infantil no Brasil, década de 80: proposta de procedimento metodológico. Rev Saúde Pública 1995;29:451-62.
35. CHRISTOFFEL K.K. Discussion: Psychiatric and Injury Prevention Approaches to Youth Suicide: Questions, Answers, and Lethal Means. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998;37:481-84.
36. SANDERS-PHILLIPS K. Assaultive violence in the community: psychological responses of adolescent victims and their parents. J Adolesc Health 1997;21:356-65.
37. BLACK M.M., HOWARD D.E., KIM N., RICARDO I.B. Interventions to prevent violence among african american adolescents from low-income communities. Aggression and Violent Behavior 1998;3:17-33.
38. YUNES J., RAJS D. Tendencia de la mortalidade por causas violentas en la población general y entre los adolescentes y jóvenes de la Región de las Américas. Cad Saúde Publica 1994;10(Supl 1):88-125.
39. GROSZ D.E., LIPSCHITZ D.S., ELDAR S., FINKELSTEIN G., BLACKWOOD N., GERBINO-ROSEN G. et al. Correlates of violence risk in hospitalized adolescents. Compr Psychiatry 1994;35:296-300.
40. LYRA S.M., GOLDBERG T., IYDA M. Mortalidade de adolescentes na área urbana do sudeste do Brasil, 1984-1993. Rev Saúde Pública 1996;30:587-91.

CAPÍTULO 3

Mapa da situação de saúde do adolescente no Município do Rio de Janeiro

*Ruzany M.H. *, Andrade C.L.T. **, Esteves M.A.P. ***, Pina M.F. ****, Szwacwald C.L. ******

*Professor Assistente, Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

** Mestranda da Escola Nacional de Saúde Pública.

*** Pesquisadora do Departamento de Informação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública.

**** Pesquisador Adjunto, Departamento de Informação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública.

***** Pesquisador Titular, Departamento de Informação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública.

RESUMO: O objetivo deste artigo é apresentar o estudo sobre a apreciação das condições básicas das Unidades de Saúde (US) com relação ao Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) do Município do Rio de Janeiro, para a prestação do atendimento integral aos adolescentes de 10 a 19 anos, frente a seus principais agravos de saúde. Tendo como unidade geográfica de análise as Regiões Administrativas (RA) deste município, foi aplicado um questionário estruturado aos responsáveis pelas US/PROSAD em 70 US. A seguir, as US foram estratificadas através de um índice que sintetizasse as condições básicas deste atendimento. O estudo espacial realizado constituiu-se de três mapas temáticos: 1) densidade demográfica da população adolescente (1991), em cada RA, e a estratificação das US de acordo com a pontuação recebida; 2) distribuição das taxas médias de mortalidade por armas de fogo entre adolescentes do sexo masculino (1991-1995) e a localização de favelas; 3) distribuição das taxas de fecundidade em adolescentes (1995-1997).

Observou-se que nas áreas de maior concentração populacional de adolescentes está o maior número de US que não participam do PROSAD. Nas redondezas da Zona Portuária concentram-se os aglomerados habitacionais das favelas e os índices mais elevados de mortalidade por armas de fogo. As RA com maior número de favelas e as de baixa renda apresentam as maiores taxas de fecundidade. Conclui-se que, para aumentar a efetividade deste programa, deve-se levar em consideração as áreas de maior demanda populacional e os locais onde estão concentrados os principais agravos à saúde deste grupo etário.

Palavras-chave: Adolescência, organização de serviços de saúde, análise espacial.

ABSTRACT: The objective of this study is to examine the basic conditions of public health centers in terms of the integrated services they provide to adolescents (age 10-19) as part of the city government's Adolescent Health Program. Administrative regions (districts areas of the city) were used as the unit of analysis, and a structured questionnaire was administered in 70 public health centers. Subsequently, the public health centers were stratified according to the basic conditions of each clinic visit. A spatial study, including three thematic maps, was also developed, as followed: 1) the demographic density of the adolescent population per administrative region (using 1991 figures), as well as a mapping of public health centers by their ranking; 2) the median rates of mortality by firearms among adolescents boys (1991-1995 figures) per administrative region and the dwellings (favelas) distribution; 3) adolescent fertility rates (1995-1997 figures) per administrative region. We observed that in administrative regions with the highest concentration of adolescents, the health centers do not collaborate with the Adolescent Health Program of the city of Rio de Janeiro. The areas near and around Rio's port area had the highest rates of deaths by firearms. Those administrative regions with the largest groups of low-income dwellings had the highest rates of adolescent fertility. We conclude that to improve the effectiveness of the city's Adolescent Health Program, the municipal government should take into account the demand for services, the local health problems and the concentration of the adolescent population.

Keywords: Adolescence, Health services organization, Spatial analysis.

INTRODUÇÃO

A saúde do adolescente, em nível internacional, vem recebendo atenção especial desde o início do século XX, quando profissionais de saúde observaram que este grupo populacional merecia estudos aprofundados pelas suas particularidades. Desde então, profissionais de saúde de alguns serviços, em diferentes países, passaram a desenvolver serviços específicos de atenção à saúde deste grupo etário. Recentemente, esta área de interesse tornou-se uma subespecialidade, tanto médica quanto de outras categorias profissionais, nos Estados Unidos, Austrália e alguns países da América Latina (1).

Os profissionais de saúde para atender esta clientela, além de lidar com questões da especialidade médica, têm que trabalhar também com questões na esfera comportamental. Isto é devido à necessidade da prestação do atendimento integral na medida em que as conseqüências do uso de drogas, das práticas sexuais desprotegidas e da violência urbana passaram a fazer parte, com freqüência, do elenco de problemas deste grupo populacional (2).

Nesta perspectiva, observando o movimento internacional de interesse no adolescente e considerando este segmento populacional como de risco social, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) passou a apoiar iniciativas de criação de programas na América Latina (3). No Brasil, os primeiros passos na atenção à saúde do adolescente foram dados há mais de 20 anos com a criação de serviços pioneiros no Rio de Janeiro e em São Paulo (4). Com o apoio da OPAS, a partir de 1989 o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) foi implantado pelo Ministério da Saúde, tornando-se um programa nacional com normas e prioridades definidas.

O PROSAD, no Município do Rio de Janeiro, teve suas bases programáticas publicadas em 1986 pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – portanto antes da criação do Programa em nível nacional – através de uma portaria que vinculou ao Programa de Saúde Escolar os atendimentos aos

adolescentes com idade até 18 anos. Decorridos 14 anos de sua implantação, faz-se necessária uma análise da adequação deste programa.

O objetivo deste artigo é apresentar o estudo sobre a apreciação das condições básicas das Unidades de Saúde (US) do Município do Rio de Janeiro para a prestação do atendimento integral de adolescentes de 10 a 19 anos, tendo como unidades geográficas de análise as regiões administrativas deste município.

METODOLOGIA

Para o estudo das condições atuais do desenvolvimento do PROSAD do Município do Rio de Janeiro, realizou-se um inquérito epidemiológico na rede pública ambulatorial de saúde, utilizando-se um questionário estruturado para a coleta de dados.

Realizou-se, primeiramente, um pré-teste em um serviço universitário de atenção ao adolescente, procedendo-se uma reformulação dos quesitos mal compreendidos. A seguir, 30 alunos de graduação - bolsistas de pesquisa - de diversas categorias profissionais, entrevistaram os responsáveis pelo PROSAD ou os coordenadores das US, nas unidades sem PROSAD implantado.

O questionário foi organizado em conjuntos de itens, de acordo com o interesse dos aspectos a serem estudados. Parte do questionário foi baseada na publicação da OPAS “Avaliação de serviços de atendimento ambulatorial de adolescentes – Estimativa de complexidade e Condições de eficiência” (5). Os seguintes tópicos foram abordados: dados de identificação do estabelecimento; participação no PROSAD e em projetos especiais; organização do serviço; equipe multidisciplinar; atividades especiais.

Nos dados de identificação das US, foram contemplados os seguintes aspectos: localização por bairro e Região Administrativa (RA); tipo e grau de complexidade da estrutura dos serviços. Foram consideradas como

participantes do PROSAD todas as US que estivessem desenvolvendo qualquer atividade relativa ao atendimento ao grupo populacional em estudo, mesmo que esta participação estivesse limitada a um projeto ou algum aspecto do atendimento. Os projetos referem-se a ações pontuais desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) nas US, com financiamentos de organizações nacionais e internacionais. São eles **Horizontes**, **Sinal Verde**, **Vista essa camisinha** e **Educarte**.

Para a análise das condições consideradas básicas à atenção integral, utilizou-se uma pontuação referente a alguns itens fundamentais (6). Estes itens são: 1) participação em projetos; 2) profissionais capacitados; 3) realização de reuniões de equipe; 4) espaço físico disponível; 5) disponibilidade de insumos básicos; 6) acolhida do adolescente na porta de entrada; 7) avaliação de emergências; 8) disponibilidade de normas por escrito; 9) retorno garantido; 10) promoção de saúde; 11) atenção à saúde reprodutiva; 12) atenção ao usuário de drogas; 13) atenção à vítima de violência; 14) atenção aos meninos e meninas de rua.

Algumas variáveis foram selecionadas para descrever a abrangência do atendimento prestado, criando-se uma pontuação que variou de zero a três (Quadro I). A soma dos escores atribuídos a cada condição básica estabelece um índice que sintetiza as condições de atendimento de cada US, podendo atingir um máximo de 30. A escala de valores permitiu identificar as US em condições de prestar atendimento qualificado.

Quadro 1: Distribuição dos escores atribuídos de acordo com os critérios para cada variável

<i>Itens de avaliação</i>	<i>Variáveis</i>	<i>Escore atribuído</i>			
		3	2	1	0
1. Participação no PROSAD	Participa em alguma atividade	-	-	Sim	Não
2. Participação em Projetos	Horizontes Sinal Verde Vista essa camisinha Educarte	Todos Projetos	2 projetos	1 projeto	Nenhum
3. Profissionais capacitados	Médicos Enfermeiros Assistentes sociais Psicólogos	Todos Capacitados	Pelo menos 2	Pelo menos 1	Nenhum
4. Reuniões de equipe	Uma vez por mês	-	-	Sim	Não
5. Espaço físico disponível	Consultório Sala para atividade de grupo	-	Ambos	Pelo menos 1	Nenhum
6. Insumos básicos	Balança Antropômetro Aparelho de pressão Tabelas de peso e altura Estágios de Tanner Ficha clínica	Todos Insumos	Pelo menos 2	Pelo menos 1	Nenhum
7. Porta de entrada na US	Profissional de saúde Profissional Administrativo treinado	-	Ambos	P. Administrativo Treinado	Outro
8. Avalia a emergência/ US	Médico ou Enfermeiro Assistente social	Médico ou Enfermeiro	Assistente social	-	Outro
9. Normas por escrito	Equipe conhece sempre	-	-	Sim	Não
10. Retorno garantido		-	-	Sim	Não
11. Promoção de Saúde	Existe promoção de saúde Nas escolas Material educativo - sempre Equip. disponíveis - sempre	Todos	Atividades sem material educativo	Existem atividades	Não
12. Saúde Reprodutiva	Existe ativ. de saúde reprodutiva Contraceptivos disponíveis sempre Consulta da mãe no dia da consulta do filho Atenção ao pai	Todos	-	Existem atividades	Não
13. Usuários de drogas	Existe atenção especial ao usuário de drogas Atendimento à família	-	Ambos	Existe atenção especial	Não
14. Atenção à vítima de violência	Existe atenção especial à vítima de violência	-	-	Sim	Não
15. Meninos e meninas de rua	Prestam atendimento	-	-	Sim	Não

A análise estatística foi realizada através do “software” SPSS (7).

A análise espacial levou em conta as 26 regiões administrativas que constituíam o Município do Rio de Janeiro em 1991. Foram realizados mapas temáticos com indicadores relacionados à saúde do adolescente, tendo como unidade geográfica de análise a RA. Os mapas digitais utilizados foram obtidos do projeto SIG/FIOCRUZ (8).

O primeiro mapa temático estabelece a distribuição espacial da densidade demográfica da população adolescente, calculada pelo número de indivíduos na faixa etária de 10 a 19 anos, em 1991 (9), dividido pela área (em km²) de cada RA. Em uma segunda camada foi sobreposta a estratificação das US, segundo os escores que sintetizam as condições básicas para o atendimento de adolescentes de acordo com os critérios descritos no Quadro I.

O segundo mapa temático refere-se ao estudo espacial da taxa média de mortalidade por armas de fogo, no período de 1991-95, entre adolescentes do sexo masculino (10 a 19 anos), residentes no Município do Rio de Janeiro. As populações foram estimadas através dos dados do Censo Demográfico de 1991 (9) e da Contagem da População de 1996 (10). Para construir a categoria de óbitos por armas de fogo, consideraram-se todos os óbitos por causas externas provocados por armas de fogo classificados nas seguintes rubricas do Código Internacional de Doenças - CID-9 (11): “homicídio com armas de fogo” (CID 965) e “lesão por armas de fogo da qual se ignora se acidental ou intencionalmente infligida” (CID 985). No mesmo mapa, foram sobrepostos, em uma segunda camada, os limites de favelas do município.

O terceiro mapa temático descreve a distribuição das taxas de fecundidade em adolescentes de 10 a 19 anos, calculadas pelo número de nascidos vivos (NV) entre mulheres de 10 a 19 anos, no período de 1995-97 (SINASC – dados cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde), dividido pelo total de mulheres nesta faixa etária (10).

RESULTADOS

A rede de saúde do Município do Rio de Janeiro compreende 78 unidades. Das 70 US visitadas neste estudo, 49 US participam do PROSAD. Dentre as 49 US que desenvolvem atividades do PROSAD, 43 US são de nível primário, seis de nível secundário e quatro US foram classificadas com os dois níveis de atenção. Quanto ao envolvimento em projetos especiais, 46 US participam. Destas, 30% integram o Projeto Sinal Verde, 50% o Educarte e 93% o Vista essa camisinha.

Entre as 21 US que não participam do PROSAD, 57% são de nível primário e 33% de nível secundário, sendo que algumas US não se autoclassificaram por nível de atenção. Quanto aos principais motivos de não terem implantado o PROSAD, os responsáveis por 10 US (48%) alegaram falta de treinamento técnico da equipe, de membros da equipe interdisciplinar e de demanda interessada. A falta de tempo dos profissionais e a demora no atendimento aos adolescentes, em virtude da abrangência de assuntos a serem abordados, foram outros motivos citados.

No que diz respeito à pergunta do que seria necessário para implantar o PROSAD, mais da metade dos entrevistados referiram treinamento técnico. Os demais alegaram a necessidade de parcerias com organizações governamentais e não governamentais (ONG), ter adolescentes interessados, além de apoio da direção de suas unidades.

Em quase todas as RA existe alguma US que participa do PROSAD. São exceções as seguintes regiões administrativas: Portuária (RA-1), Rio Comprido (RA-3), Paquetá (RA-21) e Pavuna (RA-25), como mostra a Figura 1.

Na Tabela 1, pode-se apreciar a distribuição das US participantes do PROSAD segundo equipe interdisciplinar, categoria profissional, capacitação e disponibilidade para o atendimento no PROSAD. Cabe ressaltar que as categorias profissionais que estão mais disponíveis e que foram capacitadas em

maior número são as de médicos e de enfermeiros. Seguem-se os psicólogos e assistentes sociais, enquanto os demais profissionais participam do PROSAD em número bem reduzido. Embora seja fundamental para o bom funcionamento do programa a presença do usuário nas equipes interdisciplinares, verifica-se que somente cinco US contam com o adolescente integrando as equipes de forma rotineira, sendo que nenhum deles recebeu capacitação.

Tabela 1: Equipe multidisciplinar, capacitação profissional e disponibilidade para o atendimento no PROSAD

<i>Categorias Profissionais</i>	<i>Número de US com PROSAD e capacitação profissional</i>		<i>Número de US com PROSAD</i>	
	Sim	Não	Com Profissionais disponíveis	Sem Profissionais disponíveis
Médicos	21	5	26 (53%)	23 (47%)
Enfermeiros	21	3	24 (49%)	25 (51%)
Psicólogos	14	2	16 (33%)	33 (67%)
Assistentes Sociais	16	3	19 (39%)	30 (61%)
Odontólogos	6	4	10 (20%)	39 (80%)
Terapeuta ocupacional	3	1	4 (8%)	45 (92%)
Psicopedagogos	3	1	4 (8%)	45 (92%)
Aux.de Enfermagem	3	7	10 (20%)	39 (80%)
Adolescentes	0	5	5 (10%)	44 (90%)

Na Tabela 2 encontram-se as unidades com PROSAD distribuídas segundo os itens escolhidos para obtenção do índice que sintetiza as condições básicas. Destacam-se os seguintes resultados: 22,4% participam em todos os projetos; 28,6% têm a equipe mínima capacitada; em 28,6% os profissionais reúnem-se uma vez por mês; 63,3 % contam com espaço físico disponível; 16,3% contam com todos os insumos básicos considerados fundamentais para a prestação da atenção integral; em 40,8% a porta de entrada é avaliada por profissional de saúde ou administrativo treinado; 51% médicos ou enfermeiros avaliam os casos de emergência; 32,7% têm normas escritas - que estão disponíveis - e a equipe as conhece e utiliza; em 77,6% os adolescentes atendidos têm retorno garantido; 18,4% fazem promoção de saúde; 6,1% têm todos os critérios para prestarem atenção adequada quanto à saúde reprodutiva; 2% atendem de forma especial usuários de drogas; 22,4% têm atendimento especial a vítimas de violência e 32,7% atendem meninos e meninas de rua.

Tabela 2: Distribuição (%) das 49 Unidades de Saúde com PROSAD segundo os escores atribuídos às condições básicas para a prestação da atenção integral ao adolescente no Município do Rio de Janeiro, 1999.

<i>Condições Básicas</i>	<i>Escore Atribuído</i>			
	3	2	1	0
Participação em Projetos	22,4	32,7	34,7	10,2
Profissionais capacitados	28,6	30,6	32,7	8,2
Reuniões de equipe	-	-	28,6	71,4
Espaço físico disponível	-	63,3	18,4	18,4
Insumos básicos	16,3	49,0	12,2	22,4
Porta de entrada na US	-	40,8	30,6	28,6
Avalia emergência na US	51,0	8,2	-	40,8
Normas por escrito	-	-	32,7	67,3
Retorno garantido	-	-	77,6	22,4
Promoção de Saúde	18,4	67,3	8,2	6,1
Saúde Reprodutiva	6,1	57,1	4,1	32,7
Usuários de drogas	-	-	2,0	98,0
Atenção à vítima de violência	-	-	22,4	77,6
Meninos e meninas de rua	-	-	32,7	67,3

Chama a atenção que somente uma US tenha alcançado a pontuação de 22, para um índice máximo de 30 pontos. Em geral, pode-se verificar a seguinte distribuição: 12% boas, com índices entre 20 e 22; 45% regulares, com índices entre 15 e 19; 43% precárias, com índices menores que 15. As demais 21 US, sem o PROSAD implantado, foram consideradas de índice zero (Figura 1).

Ainda neste mapa, pode-se apreciar a relação entre a distribuição populacional de adolescentes por região administrativa e as US categorizadas de acordo com os índices que sintetizam adequação nas condições de prestação de atenção integral. Observa-se que nas áreas de grande concentração populacional, localizadas nas RA Penha, Méier e Rio Comprido, está o maior número de US que não desenvolvem atividades do PROSAD. Destaca-se também a RA Campo Grande, que apresenta baixa densidade populacional, dispondo, no entanto, de elevado número de US com diferentes níveis de condições de atendimento do PROSAD.

No segundo mapa (Figura 2), verifica-se que as taxas de mortalidade por armas de fogo em adolescentes do sexo masculino têm uma distribuição peculiar, delimitando três áreas distintas no município: 1) Zona Portuária e redondezas – Centro, Rio Comprido, São Cristóvão, Inhaúma, Ramos e Penha – índices de mortalidade por armas de fogo mais elevados, no patamar a partir de 70 óbitos por 100.000 habitantes –, onde concentram-se também os aglomerados habitacionais das favelas; 2) limites da região metropolitana (denominada Zona Oeste) – índices intermediários, com taxas de 40 a 69 óbitos por 100.000 habitantes – onde existe grande concentração de pobreza e as áreas de favelas estão mais esparsas; 3) zona litorânea – taxas mais baixas, de zero a 39 óbitos por 100.000 habitantes, área de melhor nível sócioeconômico.

No terceiro mapa (Figura 3), verifica-se que algumas RA caracterizadas pela presença de áreas faveladas, referidas no mapa anterior – Portuária, São Cristóvão, Ramos –, apresentam também elevadas taxas de fecundidade em adolescentes. Contudo, as RA de Santa Cruz, Campo Grande e Anchieta, habitadas por uma população de baixa renda, também registram taxas de

fecundidade com patamares elevados. As RA com menores taxas de fecundidade são as próximas à orla marítima.

DISCUSSÃO

A rede pública de saúde que participa do PROSAD é diversificada. Conta com serviços de alta complexidade (por exemplo hospitais), bem como serviços com poucos recursos para prestar atendimento à população (por exemplo Unidades de Atendimento Clínico Primário de Saúde – UACPS). Este fato deve ter contribuído, em parte, para o fato de existir, na mesma rede de serviços, grande variedade de condições de atendimento nas US, classificadas de boas a precárias. Todavia, causou estranheza a presença de um número significativo de US em que os profissionais não tinham como proposta a participação no PROSAD. Esta constatação merece uma reflexão. Por que muitos profissionais dos serviços de saúde não estão comprometidos com o desenvolvimento de um programa que está calcado na abrangência de ações e que apresenta várias interfaces de trabalho interdisciplinar?

Muitos profissionais de saúde não sentem motivação para se dedicar à população adolescente, baseando-se, às vezes, nos dados epidemiológicos que apontam baixas taxas de morbidade. Não se dão conta de que as taxas de mortalidade decorrentes de causas externas são as mais elevadas de todos os grupos etários (12). Observa-se em nível mundial que estas taxas não somente estão elevadas, como também apresentam uma tendência de incremento (13, 14). As taxas de mortalidade - registradas - por causas externas na faixa etária de 10 a 19 anos, no Município do Rio de Janeiro, em 1996, foram 74 % do total de óbitos (SIM/MS). Contudo, vale lembrar que grande parte destes óbitos precoces poderia ser evitada através de medidas preventivas (15).

Dentro dos critérios para o estabelecimento das condições básicas para a prestação da atenção integral, alguns itens foram incluídos a fim de identificar como estavam constituídas as equipes, percentual de participação e

capacitação dos profissionais envolvidos com o PROSAD. Neste contexto, além do baixo percentual de profissionais capacitados, evidenciou-se a pouca participação dos adolescentes nas equipes de saúde. Cannon (16) enfatiza que os programas poderiam beneficiar-se da presença dos jovens, para o melhor conhecimento de suas necessidades, implementação e avaliação das atividades.

Como rotina para integração das equipes multidisciplinares, frente ao trabalho com os adolescentes, a pesquisa procurou saber se os profissionais se reuniam periodicamente. Maddaleno e colaboradores (17) apontam que a atenção à saúde do adolescente, pela sua própria natureza biopsicossocial, requer o trabalho de profissionais de diferentes disciplinas. A integração da equipe interdisciplinar permite a ampliação das possibilidades da prestação da atenção integral, melhorando a resolução dos problemas. Como nem sempre é possível contar com equipes complexas, os autores sugerem a formação de redes intersetoriais com outras instituições comunitárias.

A presença de taxas elevadas de mortalidade de adolescentes do sexo masculino por armas de fogo e a localização das favelas nas redondezas da Zona Portuária do Município do Rio de Janeiro evidenciam a possibilidade de haver uma inter-relação entre violência e concentração residencial de pobreza. Todavia, nestas áreas, onde os adolescentes mais sofrem com as repercussões da violência urbana, localizam-se as unidades com menor número de profissionais capacitados para atendê-los.

A literatura científica há muito correlaciona as elevadas taxas de mortalidade por causas externas neste grupo etário e a falta de atenção adequada. Blum(18) e Flisher(19) enfatizam a grande vulnerabilidade dos adolescentes do sexo masculino e propõem a melhora de sua atenção de saúde e das condições ambientais.

Frente às causas evitáveis de morte neste grupo etário e a dificuldade de atenção a essa problemática, Lyra (20), em estudo na Região Sudeste do Brasil, indicou a importância dos programas de saúde para adolescentes, suas famílias

e comunidades. Na Espanha, Taracena (21) demonstrou a distribuição geográfica da densidade populacional, bem como a relação entre a mortalidade de adolescentes e os problemas de conduta. Ele questionou de quem seria a responsabilidade pelo cuidado deste grupo, designando os adolescentes como os “desconhecidos abandonados”.

A estratégia do estudo da distribuição populacional e problemas epidemiológicos por área geográfica tem sido utilizada para a orientação de políticas públicas (22). Neste contexto, vale lembrar a falta de profissionais de saúde para trabalhar com adolescentes em comunidades – muitas delas convivendo com a violência oriunda do comércio ilícito de drogas e armas – diante da constatação de que grande número de unidades da rede não presta atendimento a esta clientela, principalmente nas áreas de maior concentração populacional.

No âmbito dos principais problemas da população adolescente, a RA Zona Portuária e adjacências, além da grande densidade populacional e das elevadas taxas de mortalidade por armas de fogo, apresenta as maiores taxas de fecundidade.

Estudo realizado na Escócia indica um aumento das taxas de fecundidade em adolescentes nas áreas de piores condições sócioeconômicas deste país (23). Da mesma forma, Stern (24) ressalta que no México os setores mais pobres apresentam uma tendência de crescimento das taxas de fecundidade na adolescência, independente da idade da primeira gravidez. Enfatiza que somente poderão ter sucesso os programas que visem à diminuição da gravidez na adolescência quando houver melhores condições locais na estrutura social, econômica e cultural. Estas ponderações mostram que, para atuar neste problema de saúde pública, os serviços de saúde terão que ir além do atendimento clínico, buscando parcerias com os outros setores, para ter melhor efetividade.

Nos Estados Unidos, Gould (25) aventa a possibilidade, a partir do reconhecimento dos locais de maior necessidade, da criação de fóruns de

debates para discussão e planejamento com líderes comunitários e representantes de instituições no nível local. Propõe inclusive a criação de um consenso com relação ao desenvolvimento de programas de prevenção desenhados para ser operados no contexto comunitário. Considerando que o nível local é a instância de maior descentralização do sistema político administrativo, Moreno (26) sugere que os responsáveis por instituições desse nível deveriam organizar-se, porque possibilitaria maior articulação intersetorial e interfaces entre serviços e usuários.

As condições limitadas de atenção aos adolescentes na rede reforçam a importância do desenvolvimento, ou melhoria, das atividades para prevenir os agravos de saúde. Somente o sujeito poderá modificar seu estilo de vida. Para que ele se comprometa com a própria saúde e de seus pares, torna-se necessário convencê-lo dos determinantes de seus problemas (27). Por isso, os profissionais de saúde deveriam atuar de maneira antecipatória aos agravos, informando e intervindo preventivamente de forma eficaz (28).

Embora o PROSAD do Município do Rio de Janeiro tenha vivido uma trajetória de implantação independente, algumas situações referentes à sua implementação precisam ser ajustadas. Ressalte-se que o presente trabalho contou com a cooperação dos profissionais que integram as equipes, bem como do gerente do mesmo. Contudo, alguns aspectos não foram estudados por dificuldades diversas. Dentre elas, a falta de informatização de algumas unidades, que inviabilizou a obtenção de dados como encaminhamentos externos e internos; produtividade – por exemplo, matrículas novas de adolescentes do último mês –, demanda atendida de adolescentes em todas as US do município. Outra limitação foi a impossibilidade da realização das entrevistas em todas as unidades da rede, decorrente algumas vezes da incompatibilidade de horário entre os responsáveis e os entrevistadores.

Como proposta, vale mencionar a possibilidade da implementação de um modelo de atenção ao adolescente, dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde (29), na RA Campo Grande, Zona Oeste, que conta com uma rede de

serviços em diferentes níveis de condições para prestar atendimento. O objetivo seria demonstrar que é possível melhorar a integração e a efetividade dos serviços. Sugere-se a construção de um modelo com a participação da comunidade, inclusive os adolescentes, privilegiando as ações de promoção da saúde, atuação intersetorial e organização de um sistema de referência e contra-referência.

Conclui-se que, para diminuir a morbi-mortalidade da população adolescente no Município do Rio de Janeiro, os responsáveis pelas US da rede deveriam levar em conta os aspectos geográficos de concentração populacional e os principais agravos de saúde deste grupo etário. Deveriam também atuar de maneira preventiva e com atividades sistemáticas de promoção de saúde. Desta forma, seria possível desenvolver um programa adequado às necessidades de saúde desta população.

BIBLIOGRAFIA

1. SILBER T.J. Medicina da Adolescência – uma nova subespecialidade da Pediatria e da Medicina Interna na América do Norte. *Adolescencia Latinoamericana* 1997; 1:11-15.
2. SELLS W., BLUM R. Morbidity and Mortality among US adolescents: An overview of data and trends. *Am J Public Health* 1996; 86:513-519.
3. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *La salud del adolescente y el joven en las Américas*. Washington DC: OPS (Publicación científica 489), 1985.
4. CASTELLS P., SILBER T. La asistencia a adolescentes. In. *Guía práctica de la salud y psicología del adolescente*. Editorial Planeta Mexicana, México, 1998.
5. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Avaliação de serviços de atendimento ambulatorial de adolescentes: estimativa de complexidade e condições de eficiência. Washington DC: OPS,1995.
6. SERRANO C.V. La salud integral de los adolescentes y los jóvenes: su promoción y su cuidado. In: *La Salud del Adolescente y del Joven* (M. Maddaleno et al). (Publicación Científica;552) Washington, D.C.: OPS, 1995.
7. SPSS for Windows: Base System User's Guide, Release 6,9. Chicago, Il, 1993.
8. MAGALHÃES M.A F.M., PAOLA J.C.M.D., PINA M.F. Coleta de informações para montagem de bases de dados de um sistema de informações geográficas orientado para a área da saúde. In: *Anais do XVII Congresso Brasileiro de Cartografia*, Salvador, 1995.
9. FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico, Brasil 1991*. Rio de Janeiro: IBGE, 1994.

10. FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Contagem da População, Brasil 1996*. Rio de Janeiro: IBGE, 1997.
11. OMS (Organização Mundial de Saúde). *Classificação Internacional de Doenças, Revisão 1975* (Nona Revisão), Vol. 1. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português, 1985.
12. SINGH G.K., YU S.M. Trends and differentials in adolescent and young adult mortality in the United States, 1950 through 1993. *Am J Public Health* 1996; 86:560-64.
13. MICHAUD P.A. Violent deaths among adolescents in Switzerland. From epidemiology to prevention. *Pediatrician* 1983; 12:28-36.
14. WILF-MIRON R., GURVICH R., BARELL V. Cause-specific mortality among Israeli adolescents in the 1980s. *J Adolesc Health* 1994; 15:186-191.
15. RUZANY M.H., SZWARCOWALD C.L. Mortalidade de adolescentes no município do Rio de Janeiro, de 1981 a 1995 – quantos óbitos poderiam ser evitados? *J. Pediatr* 1999; 75:327-333.
16. CANNON, L.R.C. Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. *Medicina Interna na América do Norte. Adolescencia Latinoamericana* 1997; 1:11-15.
17. MADDALENO M., KORIN D., SILBER T.J. Equipo interdisciplinario en la atención de salud de los adolescentes. In: *Manual de Medicina de la Adolescencia* (T. J. Silber et al.). Serie Paltex para Ejecutores de Programa de Salud OPS no. 20, Washington D.C.: OPS, 1992.
18. BLUM R. Contemporary threats to adolescent health in the United States. *JAMA* 1987; 257:390-395.

19. FLISHER A.J., JOUBERT G., YACH D. Mortality from external causes in South African adolescents, 1984-1986. *S Afr Med* 1992; 81:77-80.
20. LYRA S.M., GOLDBERG T., IYDA M. Mortalidade de adolescentes na áreas urbanas do sudeste do Brasil, 1984-1993. *Rev Saúde Pública* 1996; 30:587-591.
21. TARACENA DEL PINAL B. Characteristics of the adolescent in Spain. *Na Esp Pediatr* 1991; 35 Suppl 46:63-69.
22. SZWARCOWALD C.L., CASTILHO. Mortalidade por armas de fogo no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma análise espacial. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 1998; 4:161-170.
23. MCLOONE P., BODDY F.A. Deprivation and mortality in Scotland, 1981 and 1991. *BMJ* 1994; 309:1465-1470.
24. STERN C. Teenage Pregnancy as a Social Problem: A critical prespective. *Salud Pública de México* 1997; 39:137-143.
25. GOULD J.B., HERRCHEN B. PHAM T., BERA S., BRINDIS C. Small-Area Analysis: Targeting High-Risk Areas for Adolescent Pregnancy
Prevention Programs. *Family Planning Perspectives* 1998; 30:173-176.
27. MORENO E.M., SERRANO C., GARCIA L.T. Lineamientos para la programación de la salud integral. In: *La Salud del Adolescente y del joven* (M. Maddaleno et al.). Washington D.C.: OPS, 1995.
28. CERQUEIRA M.T. Promoción de la salud: evolución y nuevos rumbos. *Bol Oficina Sanit Panam* 1996; 120:342-47.
29. DICLEMENTE R.J., PORTON L.E., HANSEN W.B. New Directions for Adolescent Risk Prevention Research and Health Promotion Research and Interventions. *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior – Issues in Clinical Child Psychology*. New York: Plenum Press, 1996.

30. PAIM J.S. Reorganização das Práticas de Saúde em Distritos Sanitários. In: Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde (Eugênio Vilaça Mendes). São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec- Abrasco, 1993.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde os anos 70, com base em estudos que evidenciavam que a população adolescente é de elevado risco social, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) vem incentivando a criação de programas de atenção à saúde para esta faixa etária na América Latina (OMS, 1977).

No Brasil, pouco a pouco este grupo populacional foi sendo reconhecido como prioritário em função, principalmente, do interesse científico de alguns pediatras de serviços universitários, apoiados pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Em 1978, a SBP criou o Comitê de Adolescência (Grossman, 1995). Por sua vez, em 1989 o Ministério da Saúde, com o incentivo da OPAS e ancorado tecnicamente por pediatras e profissionais especialistas de saúde mental, lançou o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD).

Em nível nacional, o principal objetivo do PROSAD é reduzir a morbimortalidade nesta faixa etária, através da prestação do atendimento integral à saúde. Esta também é a intenção do PROSAD no Município do Rio de Janeiro. Contudo, ainda falta muito para que o programa alcance seus objetivos.

No Município do Rio de Janeiro, o PROSAD vive uma trajetória própria, devido ao empenho dos participantes e do apoio recebido pelas universidades locais. O estudo descritivo, obtido na entrevista com a atual gerente do programa, demonstra que, apesar do PROSAD vir ocupando espaço, paulatinamente, nas Unidades de Saúde (US), este crescimento ocorre de forma desordenada, visto que os profissionais têm liberdade para desenvolver o programa de acordo com sua capacidade e criatividade. Em alguns locais, os serviços funcionam da melhor maneira possível dentro das condições existentes, mas há casos de profissionais que chegam a interromper as atividades de acordo com seus próprios interesses.

As atividades intersetoriais de promoção de saúde nos locais de convivência de adolescentes – escolas, trabalho e centros comunitários – são executadas raramente, mesmo havendo demandas das instituições locais. O desenvolvimento de projetos com financiamentos próprios veio atenuar esta dificuldade, mas somente o projeto “Vista essa camisinha” conta com uma participação ampla na rede de US da capital do estado.

Estes fatos demonstram quanto o PROSAD do Município do Rio de Janeiro necessita de ajustes para obter impacto na saúde deste grupo populacional. A articulação intersetorial deveria seguir, no nível local, os princípios do Sistema Único de Saúde, ou seja, com a participação comunitária e com atividades abrangentes de atenção, prevenção e promoção de saúde (Paim, 1993).

O modelo a ser desenvolvido poderia ser definido dentro dos princípios teóricos das cidades e comunidades saudáveis de alguns países europeus, do Canadá e dos Estados Unidos. Nesta proposta, a idéia é aproveitar as oportunidades de organização, colaboração interinstitucional e mobilização de recursos das comunidades e municípios com vistas a melhoria das condições de vida e saúde de seus habitantes. Algumas cidades latino-americanas - inclusive no Brasil - já vêm desenvolvendo experiências inovadoras e todas são caracterizadas por grande criatividade, variedade e força política (Cerqueira, 1996).

O movimento dos municípios saudáveis foi baseado nos postulados da Carta de Ottawa, 1987 (MS, 1996) que propõe a re-orientação do contexto do setor saúde em quatro vertentes conceituais que definem as políticas e estratégias da saúde: equidade, saúde e desenvolvimento, promoção de saúde e descentralização do setor (Lalonde, 1996). Entre as metas propostas na Conferência Internacional de Promoção de Saúde, Bogotá (MS, 1996), destacam-se: satisfazer as necessidades básicas da população e eliminar a desigualdade em todas as suas manifestações; lutar contra a violência e

problemas psicossociais, institucionais e de saúde pública que esta gera; lograr um desenvolvimento integral e recíproco.

Nesta perspectiva, as atividades de promoção de saúde adquirem uma importância fundamental pois devem favorecer o aprendizado de habilidades e competências que o sujeito deve adquirir para administrar melhor sua saúde, evitando riscos desnecessários. Melhor capacitados, os usuários poderiam participar, de forma individual ou coletiva, na formulação de políticas com maior chance de resolução, consolidando a gestão participativa dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e do nível municipal. Para tal, este modelo implica na aplicação de estratégias, métodos e técnicas de educação para a saúde e comunicação social e a capacidade de participação de diversos atores de diferentes disciplinas (White, 1994).

Conforme mencionado, países desenvolvidos como o Canadá e Estados Unidos já estão utilizando conceitos de promoção de saúde em suas plataformas políticas e promovendo esforços da introdução de programas escolares de educação em saúde e de comunicação social (Pederson, 1994). Contudo, estudos demonstram que os trabalhos de promoção de saúde nas escolas ainda são esporádicos.

Segundo Peersman et al (1998), as intervenções realizadas no sistema formal de ensino deveriam ser combinadas com atuações articuladas junto aos outros setores da comunidade local. O que se observa em geral, acrescentam os autores, é que as atividades limitam-se à prestação de informações, o que não basta para causar impacto na saúde da população. Portanto, a forma e a qualidade das ações desenvolvidas nas escolas merecem atenção especial para que sejam alcançados os objetivos propostos.

Neste âmbito, Friedman (1999) propõe que os profissionais voltados para os programas de atenção ao adolescente fiquem atentos aos motivos que impedem a efetividade das ações, como conflitos entre a promoção da saúde e os valores culturais locais, diferenças entre os valores dos adolescentes e dos adultos de sua convivência, incluindo os pais. Na prática, mesmo

incrementando atividades de prevenção e promoção da saúde, os profissionais necessitam se capacitar com conhecimentos que ultrapassam sua formação básica, englobando por exemplo conceitos de sociologia e antropologia.

Outro fator relevante é a carência de atividades voltadas para os adolescentes de risco, como os que estão alijados do sistema formal de ensino. Peersman et al (1998) apontam os grupos mais vulneráveis – de meninos de rua e/ou usuários de drogas – como os menos estudados, com relação tanto à metodologia de intervenção adotada quanto à efetividade da intervenção. Meirelles (1998) enfatiza que estes grupos configuram um segmento populacional esquecido pela sociedade, só aparecendo na mídia como vítimas da violência e sujeitos de transgressões sociais. O autor defende o apoio governamental a projetos sociais para promover mudanças neste cenário.

Após a abordagem realizada junto a gerente do PROSAD, que delineou problemas na cobertura e atendimento do adolescente, seguiu-se o estudo das oportunidades perdidas da atenção integral ao adolescente detectadas no estudo piloto deste instrumento de avaliação. Este estudo (Capítulo 1) se prestou a uma reflexão sobre como os profissionais de alguns serviços da América Latina estavam se desincumbindo da tarefa de prestar este tipo de atenção. Observou-se, nos serviços de referência estudados, a ausência de uma prioridade quanto à promoção da saúde e das atividades de prevenção aos principais agravos de saúde deste grupo etário, encontrando-se oportunidades perdidas com relação à abordagem de temas como tabagismo, uso de drogas, violência doméstica, sexualidade e saúde reprodutiva.

Percebe-se que os profissionais de saúde ou educação não se dão conta, na maioria das vezes, que uma atuação/informação precisa, no momento em que o adolescente busca atendimento, pode dar subsídios para que ele faça uma opção adequada de proteção à sua própria saúde. É assim, com modelos de conduta e informações, que aos poucos o adolescente vai criando seu estilo de vida. Entre os estilos de vida adotados, as condutas de risco são consideradas altamente responsáveis pelas causas de morbi-mortalidade entre

os jovens, estendendo-se para a vida adulta (Ferguson, 1993). Por isso, a organização de serviços para adolescentes tornou-se uma proposta estratégica, porque é durante esta fase que o indivíduo adquire seus hábitos de vida.

No estudo da Mortalidade da População do Adolescente no Município do Rio de Janeiro colocou-se em evidência as oportunidades perdidas de proteção aos adolescentes através do questionamento “Quantos óbitos poderiam ser evitados?”. O artigo, publicado pelo *Jornal de Pediatria*, deixou claro que os profissionais de saúde precisam, urgentemente, se implicarem na mudança deste triste cenário. A intenção foi levar a público uma denúncia da inércia das equipes de saúde, bem como a sociedade como um todo, que observam toda uma população de adolescentes e jovens ser vitimada decorrente de uma violência desenfreada.

Neste âmbito, fica claro que, se os responsáveis pelas US que participam do PROSAD tiverem como objetivo diminuir a morbi-mortalidade deste grupo populacional, terão que repensar o modelo do atendimento e desenvolver uma metodologia de monitoramento frente ao desafio de aumentar a efetividade de atuação. Entre os desafios destacam-se os que envolvem atuações preventivas de comportamentos futuros de risco.

Nos Estados Unidos, Kann et al. (1997), em um estudo nacional sobre comportamentos de risco, analisaram as seguintes categorias de problemas entre jovens e adultos jovens: injúrias intencionais e não intencionais, uso de tabaco, e outras drogas; condutas sexuais que contribuem para gravidez não desejada e doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo Aids; hábitos alimentares não saudáveis; inatividade física. O estudo foi realizado em escolas locais e conduzido pelas agências de educação e saúde. Observaram que muitos escolares se engajam em condutas de risco, aumentando a probabilidade de morte durante a adolescência e que, durante este período, iniciam condutas associadas aos problemas de morbi-mortalidade dos adultos, tais como as doenças cardiovasculares e o câncer.

Os motivos pelos quais estes fatos ocorrem em nível mundial continuam obscuros. Estudando os conhecimentos, atitudes e comportamentos de risco entre adolescentes que moram em subúrbios de Nova York, Imperato (1996) verificou que muitos estavam sujeitos a fatores de risco, inclusive uso de álcool e práticas sexuais desprotegidas. Sugeriu que a saúde pública deveria melhorar os programas de educação sexual para diminuir as lacunas de conhecimento nesta área, com a finalidade de reduzir os comportamentos de risco.

Muscari (1999) considera que, embora os problemas que levam ao envolvimento em comportamentos de risco constituam um conjunto reduzido, lidar com eles permanece como um grande desafio para a organização de programas de atenção a este grupo etário. Para obter melhor resultado, Rickert (1990) propõe a incorporação nas atividades rotineiras do atendimento clínico, a identificação de problemas e preocupações dos adolescentes, além da inclusão das atividades de promoção de saúde.

No entanto, Coupey, (1984), Stringham e Weitzman (1988) e Lyra (1996) apontam que a combinação de atendimento clínico e promoção de saúde é a maior dificuldade na organização de serviços para adolescentes. Os autores indicam a necessidade da adaptação dos modelos clássicos da relação médico-paciente, mas ainda não apresentam uma solução. Moreno et al (1995) sugerem a integração intersetorial, principalmente entre educação e saúde, visando a uma atuação precoce e antecipatória. Neste âmbito, é importante a concentração de esforços de promoção de saúde na fase inicial da adolescência.

Através do estudo realizado no Município do Rio de Janeiro (Capítulo 2) constatou-se que as causas de mortalidade dos adolescentes se assemelham às de outros países, ou seja, predominam as causas externas e os problemas que envolvem a prática sexual desprotegida. Observou-se, inclusive, um incremento nos óbitos associados aos “transtornos envolvendo mecanismos imunológicos”, incluindo Aids.

Neste sentido, Dryfoos (1994) enfatiza que a intervenção junto aos adolescentes deveria ocorrer de forma sistemática entre os 12 e 15 anos, antes

do aparecimento das condutas de risco. A atuação efetiva no início da adolescência ocupa um papel relevante se considerarmos a precocidade cada vez maior da atividade sexual e gravidez, associados ao fracasso e abandono escolar.

Dentro da discussão sobre gravidez precoce, DiClemente (1998) sugere que os critérios devem ser flexíveis no desenvolvimento e implementação de programas para adolescentes, com informação e treinamento em habilidades sobre como prevenir condutas de risco. Ford (1994) acrescenta que os programas deveriam melhorar a metodologia de conscientização dos adolescentes para a necessidade de proteção contra DST/Aids e gravidez inoportuna. Entre os motivos alegados para não se usar os preservativos este autor aponta a falta de disponibilidade, o sexo não planejado ou o parceiro não querer usá-lo.

Cáceres et al. (1997) examinaram a relação entre fatores psicossociais, contextuais (uso de drogas e álcool, coerção sexual e prostituição) e comportamentais de um lado e eventos como gravidez e DST de outro. O estudo comprovou que fatores culturais envolvidos na falta de uso de preservativos deixam os jovens em situações de risco, tanto no que se refere à gravidez indesejada quanto no que diz respeito às infecções sexualmente transmissíveis.

Os programas de promoção e prevenção de saúde, relacionados com condutas de risco, precisam ser avaliados quanto a sua efetividade através de metodologias adequadas a curto, médio e longo prazo. Organista et al. (1997) avaliaram atitudes, condutas e normas sociais de trabalhadores mexicanos residentes em pequenas cidades de fronteira, tradicional fluxo migratório para os Estados Unidos. Concluíram que a elaboração de programas de promoção de saúde, incluindo prevenção de Aids, deve levar em conta uma série de cuidados, como o uso de linguagem acessível, a consideração das limitações de educação e do local de moradia, a adequação do programa às áreas de extrema marginalidade social e geográfica, entre outros.

Ao analisar a relação de problemas associados ao uso ou não de contraceptivos por adolescentes atendidos em clínicas localizadas em escolas, Dryfoos (1994) demonstrou que o atendimento sistemático precoce em escolas é efetivo na prevenção de gravidez. O autor observou que estas clínicas, além da distribuição de contraceptivos, têm êxito em ajudar os adolescentes a retardarem o início da vida sexual, tornando-os usuários regulares de métodos contraceptivos.

Entre os pontos relevantes no atendimento ao adolescente devem ser destacados a confidencialidade e o consentimento da família. Muitos profissionais evitam prestar atendimento ao adolescente por medo de represália da família ou mesmo da justiça. Nos Estados Unidos uma pesquisa entre pediatras constatou que a maioria considera importante os adolescentes terem direito ao atendimento sem a permissão da família, para problemas relacionados com uso de drogas e sexualidade. Entretanto, para a faixa etária de 13 a 15 anos, eles revelaram que não se sentiriam à vontade em manter a confidencialidade da consulta (Fleming et al., 1994). O estudo ilustra um problema bastante comum no atendimento ao adolescente mais jovem. Exatamente no momento em que o adolescente mais necessita de orientação, os profissionais de saúde parecem não desejar se comprometer em responder a esta demanda.

Nyamathi et al. (1995), ao analisarem condutas de risco em comunidades, observaram que diversas práticas individuais poderiam ser preditoras da morbi-mortalidade. Porém, a influência das condições socio-econômicas não foi conclusiva, evidenciando-se a necessidade de estudos mais aprofundados sobre a ascendência do ambiente social nos problemas de saúde.

Trabalhos recentes têm sugerido que a desigualdade de renda é um indicador mais relevante do que a renda *per capita*, no que se refere às condutas de risco do adolescente. Os mecanismos explicativos recaem no sentimento de frustração dos jovens carentes pela desigualdade de oportunidades na sociedade (Minayo, 1994).

O relatório do Banco Mundial de 1995 conclui que o Brasil está entre os países do mundo com os maiores índices de iniquidades na renda da população. Szwarcwald et al. (1999), em estudos ecológicos em áreas metropolitanas, comprovaram que as áreas com maior concentração de pobreza no Município do Rio de Janeiro reúnem as piores situações de saúde da população, com elevadas taxas de mortalidade por causas externas. Esta relação foi confirmada igualmente num estudo sobre a elevação de óbitos por homicídios nas capitais brasileiras, no período de 1979 a 1996. Ficou evidenciado que em Teresina, capital do Piauí, houve um dos menores índices desses óbitos, possivelmente porque a distribuição de renda é menos desigual, apesar da grande pobreza (Waiselfisz, 1998).

Nesta perspectiva, Massey (1996) mostrou que a urbanização, o aumento da iniquidade da renda familiar e a elevação da segregação entre as classes sociais estão propiciando, no mundo, a concentração geográfica da abundância de um lado e da pobreza do outro, criando uma desigualdade radical na base da sociedade. O autor acrescenta que, paralelamente ao crescimento da pobreza, vem ocorrendo o aumento da exposição ao crime, das doenças, da violência e da ruptura familiar.

Em relação a desigualdade de acesso aos serviços de saúde, este fenômeno foi observado em pesquisa realizada na Carolina do Norte, nos Estados Unidos. Naquele estado os serviços de atenção especial ao adolescente eram em número insuficiente. Todavia, os bairros com melhor padrão de vida contavam com um quantitativo maior de serviços para a prestação de atenção integral a este grupo populacional (Ducey, 1993).

Segundo Donabedian (1973), acessibilidade pode ser definida como o grau de “ajuste” entre as características da população e as dos recursos de atenção de saúde. Frenk (1985), por sua vez, define acessibilidade como o processo de buscar e receber atenção. Desta forma, o estudo de acessibilidade significaria a pesquisa dos determinantes da utilização de serviços, ou seja, o que levaria o sujeito a procurar atenção de saúde, estando englobados nesta

definição: crenças relativas à saúde, a confiança no sistema de atenção médica e a tolerância à dor ou incapacidade.

Frente a todas estas questões, o presente trabalho consistiu em apreciar como o PROSAD no Município do Rio de Janeiro estaria estruturado para fazer face à complexidade deste grupo etário. Os principais problemas de saúde do adolescente foram analisados do ponto de vista geográfico. Por outro lado, as Unidades de Saúde (US) foram investigadas quanto ao preparo para fazer face a estas demandas (Capítulo 3 e Anexo 2). Realizou-se a análise da distribuição espacial das US segundo as condições básicas para a prestação da atenção integral, através de um índice que sintetizasse as condições de atendimento. Constatou-se que as ações eram insuficientes nas áreas de maior concentração populacional de adolescentes, visto que, nestas áreas, se encontrava o maior número de US que não participava do PROSAD ou cujas condições de atendimento eram insuficientes. No entanto, a Região Administrativa (RA) de Campo Grande, com moradores de classe média baixa e com elevada taxa de fecundidade em adolescentes, apresentou uma rede de US em diferentes condições – de excelentes a precárias – para prestação da atenção ao adolescente.

Verificou-se também que nas redondezas da Zona Portuária – onde se concentram os aglomerados habitacionais das favelas – se encontravam os maiores índices de mortalidade por armas de fogo em adolescentes do sexo masculino. Além disso, as RA com maior número de favelas e com alta concentração de população de baixa renda, apresentavam as mais elevadas taxas de fecundidade. Estes achados enfatizam a importância dos responsáveis pelo programa levarem em conta as áreas de maior demanda e os locais onde se concentram os principais agravos à saúde deste grupo etário, para a implementação, expansão e adequação das ações.

Contudo, é importante frisar que o estudo, em geral, teve algumas limitações importantes que devem ser registradas. Dentre elas, sobressaem-se as encontradas no Capítulo I – “Oportunidades Perdidas ...” devido à

metodologia de aplicação dos questionários, onde utilizou-se tanto entrevistas quanto auto-aplicação, além do tamanho reduzido de participantes do estudo.

No Capítulo II – “Mortalidade de Adolescentes....”, como na maioria dos estudos com dados secundários, apresentam problemas pelas possibilidades de sub-registro e erros de declaração e de classificação. Ressalta-se que os baixos registros encontrados de algumas causas externas implicou em questionamentos sobre causas importantes de mortalidade neste grupo etário, como as que se referem aos suicídios. Outra limitação importante é a de que os problemas fatais não representam o perfil de saúde dos adolescentes, na sua totalidade, mas apenas aqueles que levam ao óbito.

No Capítulo III, por sua vez, não se logrou a participação do universo das US do município e, devido da falta de informatização de algumas unidades, não foi possível a obtenção de dados de produtividade e de encaminhamentos internos e externos dos adolescentes atendidos. Acrescenta-se que, a proposta do estudo da qualidade da atenção ficou prejudicada, pela diversidade de implantação do programa na rede.

Todavia, os resultados obtidos trazem um desafio aos responsáveis pelo PROSAD: encontrar um modo de reverter esta situação, adequando as US às necessidades de saúde da população adolescente do município. O programa, como um todo, carece de uma reformulação, pois é preciso evitar as oportunidades perdidas de informação e prevenção de condutas de risco dos adolescente que chegam à rede de US do município. Percebe-se um interesse no desenvolvimento do PROSAD, entretanto, sente-se a necessidade de uma política clara que vise à melhoria da saúde do adolescente no Município do Rio de Janeiro.

Propõe-se, inicialmente, dentro dos princípios do SUS e dos municípios saudáveis, a construção de um modelo de atuação na RA de Campo Grande, que já conta com uma rede de US em diferentes níveis de condições de atendimento ao adolescente. Por esta característica, considera-se que esta seja uma área apropriada para a elaboração de um projeto local de atenção integral

ao adolescente, articulado com outros setores, incluindo centros comunitários. Sugere-se que deveria ser priorizada a capacitação dos profissionais de saúde e educação, frente a uma proposta inovadora, que permita auxiliar a população adolescente em busca de soluções para seus problemas e que pudesse garantir seus direitos de cidadania. Seria importante o monitoramento das atividades através de indicadores escolhidos por uma comissão formada por adolescentes, pais, profissionais de saúde/educação e por outros membros comunitários interessados. Os objetivos, estratégias e atividades deveriam ser estabelecidos de maneira participativa para que ocorresse maior envolvimento dos vários segmentos da população envolvida. A construção de um modelo de atuação na RA de Campo Grande propiciaria a criação de um laboratório de idéias a ser implementado na busca de soluções para os principais problemas dos adolescentes. A partir daí seria possível o desenvolvimento de um estudo de avaliação da qualidade da atenção.

De forma geral, sugere-se que todos os setores envolvidos com a atenção dos adolescentes se articulem numa proposta abrangente de melhoria da saúde e da qualidade de vida. Nestes termos, a rede escolar, que tem como público-alvo adolescentes em diferentes fases de desenvolvimento, deveria adequar sua linguagem ao nível de compreensão dos diversos grupos etários e atuar de forma sistemática com atividades de promoção, prevenção e atenção à saúde. Atitudes desta natureza melhorariam a efetividade das ações de saúde. Por outro lado, deveriam ser buscados mecanismos inter-institucionais (escolas, igrejas, centros comunitários, US, etc.) para o envolvimento das comunidades locais, permitindo a interação com os líderes juvenis, para abarcar em suas ações de saúde e educação os adolescentes que estivessem fora do sistema educacional, procurando capacitá-los para exercerem um papel social a curto prazo.

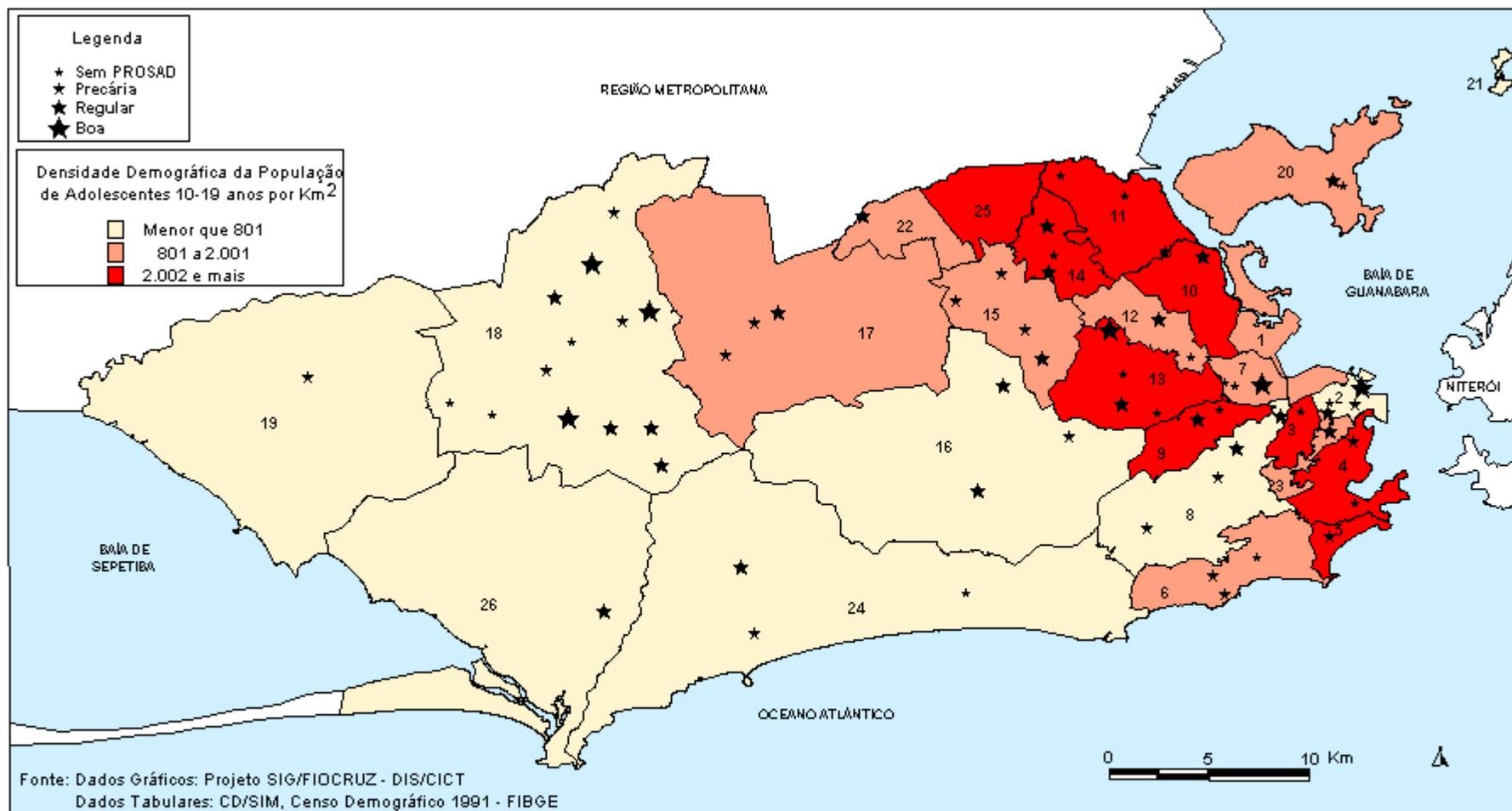
Outro aspecto se refere à participação do adolescente e da família. O adolescente deve ser ouvido, numa participação ativa em todas as fases do processo de desenvolvimento do programa a ele dirigido. Os pais também

devem ser arregimentados para tomar parte plenamente no programa, colaborando com a execução das atividades agendadas.

É preciso considerar ainda que um programa para adolescentes deve desempenhar papel relevante na saúde da população. Os grandes conflitos que envolvem temas escamoteados pela sociedade, como sexualidade e uso de drogas, precisam contar com espaços públicos para discussão e planejamento estratégico, para melhor encaminhar estes problemas. Todos os segmentos da sociedade deveriam participar independente de idade, raça, credo ou classe social. Um envolvimento global neste desafio ajudará a conscientizar os adolescentes para a importância de optar por condutas saudáveis.

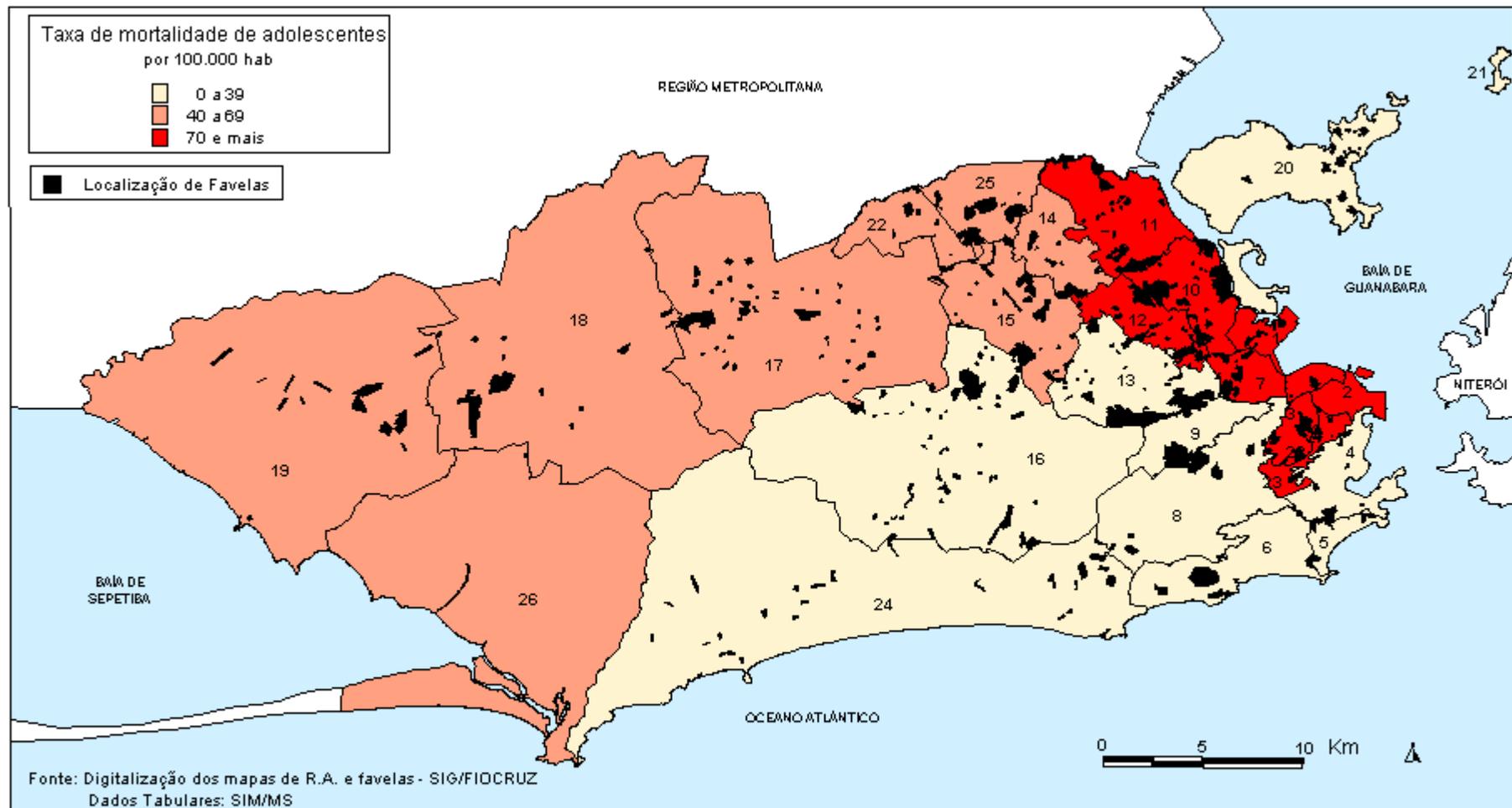
Em suma, os estudos realizados demonstraram a fragilidade da atenção ao adolescente no Município do Rio de Janeiro, alertaram para a tendência de agravamento dos principais problemas de saúde deste grupo etário e apontaram caminhos para reverter a situação. Ficou claro que o PROSAD precisa redimensionar objetivos e metas e os profissionais do programa devem buscar uma coerência das atividades, incluindo práticas de promoção da saúde, para diminuir a morbi-mortalidade. Da mesma forma é importante encontrar indicadores da efetividade das ações, através de uma vigilância permanente das oportunidades perdidas na prestação da atenção integral a este grupo etário.

Figura 1: Distribuição geográfica das US por adequação das condições de atendimento e densidade demográfica da população de 10-19 anos por Km², 1996. Município do Rio de Janeiro por Região Administrativa



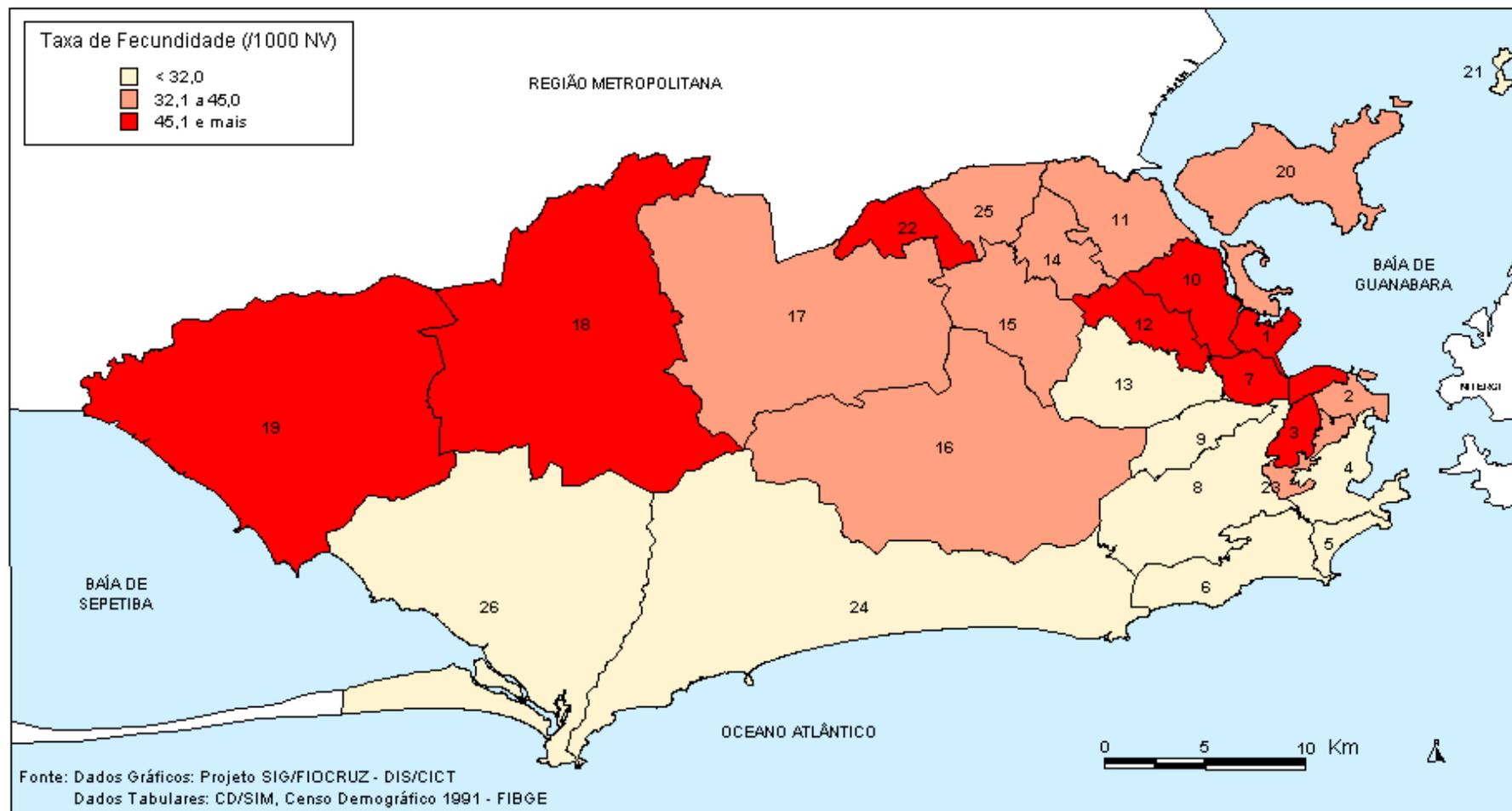
1 - Portuária	6 - Lagoa	11 - Penha	16 - Jacarepaguá	21 - Ilha de Paquetá
2 - Centro	7 - São Cristóvão	12 - Inhaúma	17 - Bangu	22 - Anchieta
3 - Rio Comprido	8 - Tijuca	13 - Méier	18 - Campo Grande	23 - Santa Tereza
4 - Botafogo	9 - Vila Isabel	14 - Irajá	19 - Santa Cruz	24 - Barra da Tijuca
5 - Copacabana	10 - Ramos	15 - Madureira	20 - Ilha do Governador	25 - Pavuna
				26 - Guaratiba

Figura 2: Taxa de mortalidade por armas de fogo (/100000 hab) em adolescentes de 10 a 19 anos, 1991-1995 e Distribuição de Favelas por Região Administrativa Município do Rio de Janeiro



1 - Portuária	6 - Lagoa	11 - Penha	16 - Jacarepaguá	21 - Ilha de Paquetá
2 - Centro	7 - São Cristóvão	12 - Inhaúma	17 - Bangu	22 - Anchieta
3 - Rio Comprido	8 - Tijuca	13 - Méier	18 - Campo Grande	23 - Santa Tereza
4 - Botafogo	9 - Vila Isabel	14 - Irajá	19 - Santa Cruz	24 - Barra da Tijuca
5 - Copacabana	10 - Ramos	15 - Madureira	20 - Ilha do Governador	25 - Pavuna
				26 - Guaratiba

Figura 3: Taxa de fecundidade em adolescentes de 10 a 19 anos (/1000 NV)
Município do Rio de Janeiro por Região Administrativa, 1995-1997



1 - Portuária	6 - Lagoa	11 - Penha	16 - Jacarepaguá	21 - Ilha de Paquetá
2 - Centro	7 - São Cristóvão	12 - Inhaúma	17 - Bangu	22 - Anchieta
3 - Rio Comprido	8 - Tijuca	13 - Méier	18 - Campo Grande	23 - Santa Tereza
4 - Botafogo	9 - Vila Isabel	14 - Irajá	19 - Santa Cruz	24 - Barra da Tijuca
5 - Copacabana	10 - Ramos	15 - Madureira	20 - Ilha do Governador	25 - Pavuna
				26 - Guaratiba

BIBLIOGRAFIA

- CÁCERES C.F., BARBARA V.M., HUDES E.S., REINGOLD A.L., ROSASCO A.M. Young people and the structure of sexual risks in Lima. *AIDS* 1997; 11 (suppl 1): S67-S77.
- CERQUEIRA M.T. Promoción de la salud: evolución y nuevos rumbos. *Bol Oficina Sanit Panam* 1996; 120:342-47.
- COUPEY S.M. The challenge of providing health care to adolescents. *Women Health* 1984; 9:1-14.
- DI'CLEMENTE R. J. Prevention of Sexually Transmitted Infections Among Adolescents. *JAMA* 1998; 279:1574-1575.
- DRYFOOS J.G. Medical clinics in junior high school: changing the model to meet demands. *J Adolesc Health Care* 1994; 15:549-557.
- DUCEY A.L., KLEIN J.D., LODA F.L., VITAGLIONE T. Adolescent Health Services in North Carolina's Local Health Departments. *J Adolesc Health Care* 1993; 14:307-313.
- FERGUSON J. B. Youth at the Threshold of the 21st Century: The Demographic Situation. *J Adolesc Health Care* 1993; 14: 638-644.
- FLEMING G.V., O'CONNOR KG., SANDERS J.M. Pediatricians' views of access to health services for adolescents. *J Adolesc Health Care* 1994;15:473-478.
- FORD K., RUBINSTEIN S., NORRIS A. Sexual behavior and condom use among urban, low-income, african-american and hispanic youth. *AIDS Education and Prevention* 1994; 6:219-229.
- GALAVOTTI C., LOVICK S.R. School-Based Clinic use and other factors affecting adolescent contraceptive behavior. *J Adolesc Health Care* 1989; 10:507-512.
- GROSSMAN E. *O Médico de Adolescentes e seu Ofício – Reflexões sobre as Normas e a Prática*. Dissertação de mestrado, Instituto Fernandes Figueira,

Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, 1995.

IMPERATO A.M. Acquired immunodeficiency syndrome and suburban adolescents: knowledge, attitudes, behaviors and risks. *Journal of Community Health* 1996; 21: 329-347.

KANN L., KINCHEN S.A., WILLIAMS B.I., ROSS J.G., LOWRY R., HILL C.V., GRUNBAUM J.A., BLUMSON P.S., COLLINS J.L., KOLBE L.J. Youth Risk Behavior Surveillance – United States. *MMWR* 1997;47/SS-3.

LALONDE, M. O conceito de “campo de saúde”: uma perspectiva canadense. In: Organização Panamericana de Saúde. Promoção de Saúde: Uma antologia. Publicação científica; 557. Washington, D.C., 1996.

LYRA S.M., GOLDBERG T., IYDA M. Mortalidade de adolescentes na áreas urbanas do sudeste do Brasil, 1984-1993. *Rev Saúde Pública* 1996; 30(6): 587-591.

MASSEY D.S. The age of extremes: concentrated affluence and poverty in the twenty-first century. *Demography* 1996; 33:395-412.

MEIRELLES Z. *Vida e Trabalho de Adolescentes no Narcotráfico numa Favela do Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1998.

MINAYO M.C.S. Inequality, violence and ecology in Brazil. *Cad Saúde Pública* 1994;10:241-50.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Promoção de Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. Minist. Saúde, Brasília, 1996.

MUSCARI M.E. Prevention: are we really reaching today' teens? *Am J Matern Child Nurs* 1999; 24: 87-91.

NYAMATHI A.M., BENNETT C., LEAKE B. Predictors of Maintained High-Risk Behaviors Among Impoverished Women. *Public Health Reports* 1995; 110:600- 606.

ORGANISTA K.C., ORGANISTA P.B., GARCÍA DE ALBA G.J.E., MORÁN M.AC., CARRILLO L.E.U. Survey of condom-related beliefs, behaviors, and perceived social norms in mexican migrant laborers. *Journal of Community Health* 1997; 22:185-195.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Necesidades de Salud de los Adolescentes. Informe de un comité de expertos de la OMS. Série de Informes Técnicos No. 609, Genebra, 1977.

PAIM J.S. Reorganização das Práticas de Saúde em Distritos Sanitários. In: *Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde* (Ed.: Eugênio Vilaça Mendes). São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec- Abrasco, 1993.

PEERSMAN G.V., LEVY J.A. Focus and effectiveness of HIV-prevention efforts for young people. *AIDS* 1998, 12 (suppl A) : S191-S196.

RICKERT V.I., JAY M.S., GOTTLIEB A.A. Adolescent Wellness: Facilitating Compliance in Social Morbidities. In: *The Medical Clinics of North America* (James A Farrow). Philadelphia, W. B. Saunders, 1990; 3:1-89.

STRINGHAM P., WEITZMAN M. Violence counseling in the routine health care of adolescents. *J Adolesc Health Care*, 1988; 9:389-393.

SZWARCWALD C.L., BASTOS F.I., BARCELLOS C., PINA M.F., ESTEVES M.A.P. *Health Conditionas and Residential concentration of Poverty: a study in Rio de Janeiro, Brazil*. No prelo.

WASELFISZ J.J. *Mapa da violência: Os Jovens do Brasil. Juventude, violência e cidadania*. Rio de Janeiro: Garamond, 1998.

- WATERSTON A. Anthropological research and the politics of HIV prevention: towards a critique of policy and priorities in the age of AIDS. *Soc. Sci. Med* 1997; 44:1381-1391.
- WHITE K. L. Organización de la Atención de Salud: Perspectiva Epidemiológica. In: *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. (Kerr L. White, Julio Frenk, Cosme Ordóñez, José Maria Paganini, Barbara Starfield). Publicación Científica No. 534. OPS, Washington, D. C., 1992.
- WORLD BANK. *World Bank Development Report 1995*. New York: Oxford University Press, 1995.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The Health of Youth. Back-ground paper*. World Health Organization, 1989. (Document A42/ Technical Discussions/2).
- YEN I.H., SYME S.L. The Social Environment and Health: a Discussion of the Epidemiologic Literature. *Annu. Rev. Public. Health* 1999; 20:287-308.

ESTIMATIVA DE COMPLEXIDADE E CONDIÇÕES DE EFICIÊNCIA DOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS PARA ADOLESCENTES

Nome do Entrevistador: _____ Data: _____
 ___/___/___

VARIÁVEL	DADOS SOBRE A INSTITUIÇÃO	CÓDIGO
	DENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO:	
1	Nome do estabelecimento: _____	1 _____
2	Profissional de Referência: _____	2 _____
3	Endereço: _____	3 _____
4	Bairro: _____	4 _____
5	RA: _____	5 _____
6	Posto de Atendimento Médico (PAM) Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	6 _____
7	Centro Municipal de Saúde (CMS) Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	7 _____
8	Unidade Clínica de Atendimento Primário de Saúde (UACPS) Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	8 _____
9	Unidade Municipal de Atendimento Médico Primário (UMAMP) Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	9 _____
10	Posto de Saúde (PS) Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	10 _____
11	Unidade Integrada de Saúde (UIS) Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	11 _____
12	Hospital Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	12 _____
13	CIEP – Maré Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	13 _____
	Outro, especifique: _____	
	TIPO DE ESTABELECIMENTO:	
14	Nível primário de atenção Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	14 _____
15	Nível Secundário de atenção Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	15 _____
16	Outro, especifique: _____	16 _____
17	Esta Unidade de Saúde participa do Programa de Atenção ao Adolescente (PROSAD) ou tem alguma atividade com adolescente, dentro ou fora da Unidade? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	17 _____
	<u>SE A RESPOSTA FOR NÃO, VÁ PARA A ÚLTIMA PÁGINA</u>	
	<u>SE A RESPOSTA FOR SIM, RESPONDA:</u>	
18	Esta Unidade de Saúde participa de Projetos Especiais para Adolescentes: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quais?	18 _____
19	Educarte: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	19 _____
20	Vista essa camisinha: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	20 _____
21	Horizontes: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	21 _____
22	Sinal Verde: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	22 _____
23	Outros, especifique: _____	23 _____

VARIÁVEL	PESQUISA, CAPACITAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO	CÓDIGO
24	<p>PESQUISA NO PROGRAMA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE:</p> <p>Existem pesquisas em desenvolvimento sobre os adolescentes atendidos no serviço (por ex.: Universidades e/ou outros serviços)? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p><u>SE A RESPOSTA FOR SIM, RESPONDA:</u></p> <p>25 Sob a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/></p> <p>26 Por decisão da equipe local? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/></p> <p>27 Quais, especifique? _____</p>	24____ 25____ 26____ 27____
28	<p>CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS:</p> <p>Existe capacitação profissional de forma periódica (treinamentos, estágios, participação em reuniões de Centros de Estudo), sobre a saúde do adolescente, para a equipe do serviço? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/></p> <p><u>SE A RESPOSTA FOR SIM, RESPONDA:</u></p> <p>29 É realizada sob a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/></p> <p>30 Por decisão da equipe local? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/></p> <p>31 Por outra instituição como Universidades, ONGs Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/></p> <p>32 Descreva _____</p>	28____ 29____ 30____ 31____ 32____
33	<p>ADMINISTRAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE:</p> <p>A Unidade de Saúde tem seus atendimentos registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais da SMS-RJ (SIGAB)? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/></p> <p>34 Há registro local dos <u>atendimentos</u> prestados aos adolescentes? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/></p> <p>35 Há registro local das <u>atividades</u> com os adolescentes? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/></p> <p>36 Existe avaliação periódica do programa? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/></p> <p><u>SE A RESPOSTA FOR SIM, RESPONDA:</u></p> <p>37 Quem faz a avaliação? A Gerente do Programa de Saúde do Adolescente? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/></p> <p>38 O responsável pelo Programa de Adolescentes na Unidade de Saúde? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/></p> <p>39 O Coordenador geral da Unidade de Saúde? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/></p> <p>40 Outro, especifique _____</p> <p>Que tipo de avaliação é realizada?</p> <p>41 Produtividade Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/></p> <p>42 Desempenho técnico Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/></p> <p>43 Revisão de prontuários Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/></p> <p>44 Outro, especifique _____</p> <p>Há alguma tentativa de reformulação periódica da prática frente aos resultados obtidos? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/></p> <p>45 Se a resposta for Sim, especifique uma situação _____</p> <p>46</p>	33____ 34____ 35____ 36____ 37____ 38____ 39____ 40____ 41____ 42____ 43____ 44____ 45____ 46____

VARI- AVEL	DADOS GERAIS	CÓDIGO																																										
	<p>PRODUTIVIDADE:</p> <p>47 Número total de atendimentos a adolescentes no último mês: _____ (Soma dos atendimentos efetuados por todos especialistas)</p> <p>48 Número total de atendimentos a adolescentes no último ano (1998): _____ (Soma dos atendimentos efetuados por todos especialistas)</p> <p>Número de atendimentos registrados no último mês e no último ano (1998) por diferentes categorias profissionais:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Mês</th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Ano</th> <th style="width: 25%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>49</td> <td>Médicos:</td> <td>_____</td> <td></td> <td>_____</td> <td>49 _____</td> </tr> <tr> <td>50</td> <td>Psicólogos:</td> <td>_____</td> <td></td> <td>_____</td> <td>50 _____</td> </tr> <tr> <td>51</td> <td>Assistentes sociais:</td> <td>_____</td> <td></td> <td>_____</td> <td>51 _____</td> </tr> <tr> <td>52</td> <td>Odontólogos:</td> <td>_____</td> <td></td> <td>_____</td> <td>52 _____</td> </tr> <tr> <td>53</td> <td>Enfermeiros:</td> <td>_____</td> <td></td> <td>_____</td> <td>53 _____</td> </tr> <tr> <td>54</td> <td>Aux. de enfermagem:</td> <td>_____</td> <td></td> <td>_____</td> <td>54 _____</td> </tr> </tbody> </table>			Mês		Ano		49	Médicos:	_____		_____	49 _____	50	Psicólogos:	_____		_____	50 _____	51	Assistentes sociais:	_____		_____	51 _____	52	Odontólogos:	_____		_____	52 _____	53	Enfermeiros:	_____		_____	53 _____	54	Aux. de enfermagem:	_____		_____	54 _____	
		Mês		Ano																																								
49	Médicos:	_____		_____	49 _____																																							
50	Psicólogos:	_____		_____	50 _____																																							
51	Assistentes sociais:	_____		_____	51 _____																																							
52	Odontólogos:	_____		_____	52 _____																																							
53	Enfermeiros:	_____		_____	53 _____																																							
54	Aux. de enfermagem:	_____		_____	54 _____																																							
	<p>MATRÍCULAS NO SERVIÇO:</p> <p>55 Matrículas novas no último mês: _____</p> <p>56 Matrículas novas no último ano (1998): _____</p> <p>57 Número de atendimentos de retorno que <u>foram</u> previamente agendados no último mês: _____</p> <p>58 Número de atendimento de retorno que <u>não foram</u> previamente agendados no último mês: _____</p>																																											
	<p>ATENDIMENTO AMBULATORIAL E FAIXA ETÁRIA ATENDIDA:</p> <p>59 Clínico: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> De: ____ a ____.</p> <p>60 Pediátrico: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> De: ____ a ____.</p> <p>61 Ginecológico: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> De: ____ a ____.</p> <p>62 Pré-Natal: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> De: ____ a ____.</p> <p>A equipe costuma atender adolescentes com os seguintes perfis ?</p> <p>63 Usuários de drogas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> De: ____ a ____.</p> <p>64 Vítimas de violência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> De: ____ a ____.</p> <p>65 Meninos de rua: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> De: ____ a ____.</p> <p>66 Outros, especifique: _____</p>																																											

VARIÁVEL	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DO PROGRAMA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE NA UNIDADE DE SAÚDE	CÓDIGO																																																												
	<p>HORAS DE PROFISSIONAIS EXCLUSIVOS PARA O ATENDIMENTO DE ADOLESCENTES E SE A EQUIPE SE SENTE CAPACITADA PARA O ATENDIMENTO.</p> <p>(Baseado no último mês, anotar as iniciais de cada profissional contratado e a carga horária que são usadas [realmente!] no atendimento ao adolescente – se não houver profissional na Unidade de Saúde de determinada categoria deixar em branco).</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 30%; text-align: center;">Iniciais</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">hrs./sem</th> <th style="width: 40%; text-align: center;">Capacitação</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>67</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>67 _____</td> </tr> <tr> <td>68</td> <td>Médico</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></td> <td>68 _____</td> </tr> <tr> <td>69</td> <td>Psicólogo</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></td> <td>69 _____</td> </tr> <tr> <td>70</td> <td>Assistente social</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></td> <td>70 _____</td> </tr> <tr> <td>71</td> <td>Enfermeiro</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></td> <td>71 _____</td> </tr> <tr> <td>72</td> <td>Odontólogo</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></td> <td>72 _____</td> </tr> <tr> <td>73</td> <td>T. Ocupacional</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></td> <td>73 _____</td> </tr> <tr> <td>74</td> <td>Psicopedagogo</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></td> <td>74 _____</td> </tr> <tr> <td>75</td> <td>Aux. de Enfermagem</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></td> <td>75 _____</td> </tr> <tr> <td>76</td> <td>Adolescente na equipe</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></td> <td>76 _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Outros _____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>No caso de mais de um profissional contratado por categoria, especificar a categoria, carga horária semanal e se recebeu capacitação em atenção à saúde do adolescente (atrás desta folha, se for necessário) _____</p>		Iniciais	hrs./sem	Capacitação		67				67 _____	68	Médico	_____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	68 _____	69	Psicólogo	_____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	69 _____	70	Assistente social	_____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	70 _____	71	Enfermeiro	_____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	71 _____	72	Odontólogo	_____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	72 _____	73	T. Ocupacional	_____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	73 _____	74	Psicopedagogo	_____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	74 _____	75	Aux. de Enfermagem	_____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	75 _____	76	Adolescente na equipe	_____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	76 _____		Outros _____	_____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
	Iniciais	hrs./sem	Capacitação																																																											
67				67 _____																																																										
68	Médico	_____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	68 _____																																																										
69	Psicólogo	_____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	69 _____																																																										
70	Assistente social	_____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	70 _____																																																										
71	Enfermeiro	_____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	71 _____																																																										
72	Odontólogo	_____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	72 _____																																																										
73	T. Ocupacional	_____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	73 _____																																																										
74	Psicopedagogo	_____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	74 _____																																																										
75	Aux. de Enfermagem	_____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	75 _____																																																										
76	Adolescente na equipe	_____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	76 _____																																																										
	Outros _____	_____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>																																																											
	<p>MECANISMOS DE INTEGRAÇÃO:</p> <p>77 Existem reuniões de equipe? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 77 _____</p> <p><u>SE A RESPOSTA FOR SIM, RESPONDA:</u></p> <p>Qual é a frequência?</p> <p>78 Uma vez por mês: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 78 _____</p> <p>79 Menos de uma vez por mês: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 79 _____</p> <p>80 Mais de uma vez por mês: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 80 _____</p> <p>81 Os adolescentes ou jovens participam das mesmas? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 81 _____</p>																																																													

VARIÁVEL	ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇO	CÓDIGO																					
	<p>QUANTO À EQUIPE DE ATENDIMENTO</p> <p>Assinale o tipo de referência na própria unidade de saúde:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th><u>Equipe</u></th> <th><u>Iniciais dos profissionais</u></th> <th><u>Tipo de atendimento</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>82 83 84</td> <td>Pediatra _____</td> <td>Rotina <input type="checkbox"/> Referência Interna <input type="checkbox"/> Referência Externa <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>85 86 87</td> <td>Clínico _____</td> <td>Rotina <input type="checkbox"/> Referência Interna <input type="checkbox"/> Referência Externa <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>88 89 90</td> <td>Ginecologista Obstetra _____</td> <td>Rotina <input type="checkbox"/> Referência interna <input type="checkbox"/> Referência Externa <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>91 92 93</td> <td>Enfermeiros _____</td> <td>Rotina <input type="checkbox"/> Referência interna <input type="checkbox"/> Referência Externa <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>94 95 96</td> <td>Assistentes Sociais _____</td> <td>Rotina <input type="checkbox"/> Referência interna <input type="checkbox"/> Referência Externa <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>97 98 99</td> <td>Psicólogos _____</td> <td>Rotina <input type="checkbox"/> Referência interna <input type="checkbox"/> Referência Externa <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	<u>Equipe</u>	<u>Iniciais dos profissionais</u>	<u>Tipo de atendimento</u>	82 83 84	Pediatra _____	Rotina <input type="checkbox"/> Referência Interna <input type="checkbox"/> Referência Externa <input type="checkbox"/>	85 86 87	Clínico _____	Rotina <input type="checkbox"/> Referência Interna <input type="checkbox"/> Referência Externa <input type="checkbox"/>	88 89 90	Ginecologista Obstetra _____	Rotina <input type="checkbox"/> Referência interna <input type="checkbox"/> Referência Externa <input type="checkbox"/>	91 92 93	Enfermeiros _____	Rotina <input type="checkbox"/> Referência interna <input type="checkbox"/> Referência Externa <input type="checkbox"/>	94 95 96	Assistentes Sociais _____	Rotina <input type="checkbox"/> Referência interna <input type="checkbox"/> Referência Externa <input type="checkbox"/>	97 98 99	Psicólogos _____	Rotina <input type="checkbox"/> Referência interna <input type="checkbox"/> Referência Externa <input type="checkbox"/>	<p>82 _____</p> <p>83 _____</p> <p>84 _____</p> <p>85 _____</p> <p>86 _____</p> <p>87 _____</p> <p>88 _____</p> <p>89 _____</p> <p>90 _____</p> <p>91 _____</p> <p>92 _____</p> <p>93 _____</p> <p>94 _____</p> <p>95 _____</p> <p>96 _____</p> <p>97 _____</p> <p>98 _____</p> <p>99 _____</p>
<u>Equipe</u>	<u>Iniciais dos profissionais</u>	<u>Tipo de atendimento</u>																					
82 83 84	Pediatra _____	Rotina <input type="checkbox"/> Referência Interna <input type="checkbox"/> Referência Externa <input type="checkbox"/>																					
85 86 87	Clínico _____	Rotina <input type="checkbox"/> Referência Interna <input type="checkbox"/> Referência Externa <input type="checkbox"/>																					
88 89 90	Ginecologista Obstetra _____	Rotina <input type="checkbox"/> Referência interna <input type="checkbox"/> Referência Externa <input type="checkbox"/>																					
91 92 93	Enfermeiros _____	Rotina <input type="checkbox"/> Referência interna <input type="checkbox"/> Referência Externa <input type="checkbox"/>																					
94 95 96	Assistentes Sociais _____	Rotina <input type="checkbox"/> Referência interna <input type="checkbox"/> Referência Externa <input type="checkbox"/>																					
97 98 99	Psicólogos _____	Rotina <input type="checkbox"/> Referência interna <input type="checkbox"/> Referência Externa <input type="checkbox"/>																					
	<p>QUANTO AOS TURNOS DE ATENDIMENTO:</p> <p>O ambulatório de adolescentes tem horário especial: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p><u>SE A RESPOSTA FOR SIM, MARQUE OS TURNOS:</u></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Manhã</th> <th>Tarde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>101</td> <td>Segunda-feira _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>102</td> <td>Terça-feira _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>103</td> <td>Quarta-feira _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>104</td> <td>Quinta-feira _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>105</td> <td>Sexta-feira _____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		Manhã	Tarde	101	Segunda-feira _____	_____	102	Terça-feira _____	_____	103	Quarta-feira _____	_____	104	Quinta-feira _____	_____	105	Sexta-feira _____	_____	<p>100 _____</p> <p>101 _____</p> <p>102 _____</p> <p>103 _____</p> <p>104 _____</p> <p>105 _____</p>			
	Manhã	Tarde																					
101	Segunda-feira _____	_____																					
102	Terça-feira _____	_____																					
103	Quarta-feira _____	_____																					
104	Quinta-feira _____	_____																					
105	Sexta-feira _____	_____																					
	<p>QUANTO À ESTRUTURA DO SERVIÇO:</p> <p>Existe espaço físico disponível nos horários do atendimento para o adolescente? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p><u>SE A RESPOSTA FOR SIM, RESPONDA:</u></p> <p>107 Para atividade de grupo. Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>108 Este espaço é adequado? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>	<p>106 _____</p> <p>107 _____</p> <p>108 _____</p>																					

109	Existem consultórios disponíveis para os turnos de atendimentos? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	109_____
110	Quantos? _____	110_____
111	Os consultório dispõem de:	111_____
112	Balança Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	112_____
113	Estadiômetro Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	113_____
114	Aparelho de Pressão Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	114_____
115	Tabelas de peso e altura Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	115_____
	Tabelas com Estágios de Tanner Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
REGISTRO DOS ATENDIMENTOS:		
116	O serviço utiliza ficha clínica para avaliação bio-psico-social? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	116_____
117	SIA (Sistema Informático do Adolescente – OPAS)? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	117_____
118	Outra, especifique: _____	118_____

VARIÁVEL	SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA	CÓDIGO
QUANTO AO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA:		
<u>Se o Programa de sua Unidade de Saúde é de nível primário, responda:</u>		
119	Existem mecanismos de referência e contra-referência para o nível secundário? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	119_____
<u>SE A RESPOSTA FOR SIM, RESPONDA:</u>		
Quais são os critérios para o encaminhamento?		
120	Complexidade do problema Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	120_____
121	Falta de profissional adequado (especialista) Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	121_____
122	Falta de profissional capacitado (ex: usuário de drogas) Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	122_____
123	Moradia próxima a outra unidade de saúde. Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	123_____
124	Conhecimento prévio de profissionais de outros serviços. Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	124_____
125	Existe algum formulário especial para o encaminhamento? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	125_____
126	Formulário da SMS. Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	126_____
127	Receituário. Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	127_____
<u>No caso de uma referência para o nível secundário, marque como é realizado o procedimento na maioria das vezes:</u>		
128	O adolescente é encaminhado para outra Unidade de Saúde da Rede Municipal de Saúde? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	128_____
129	Para o Núcleo de Estudos de Saúde do Adolescente/ Pavilhão Floriano Stoffel/ UERJ? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	129_____
130	Para o Núcleo de Estudos, Pesquisas e Atenção ao Usuário de Drogas- NEPAD/UERJ? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	130_____
131	Para o Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira/ UFRJ? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	131_____
132	Para o Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	132_____

133	De outra forma, especifique _____	133 _____
	<u>Se o Programa de sua Unidade de Saúde é de nível primário ou secundário, responda:</u>	
134	Existem mecanismos de referência e contra-referência com o nível terciário? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	134 _____
	<u>SE A RESPOSTA FOR SIM, RESPONDA:</u>	
	<u>No caso de uma referência para o nível terciário, marque como é feito o procedimento na maioria das vezes:</u>	
135	O adolescente é encaminhado para um Hospital de Emergência? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	135 _____
136	O adolescente é encaminhado para a Enfermaria de Adolescentes do NESA/ Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	136 _____
137	De outra forma, especifique: _____	137 _____

VARIÁVEL	NORMAS E ROTINA DO SERVIÇO	CÓDIGO
	QUANTO ÀS NORMAS:	
138	Existem normas escritas de manejo dos principais agravos de saúde do adolescente? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	138 _____
	<u>SE A RESPOSTA FOR SIM, RESPONDA:</u>	
139	Todos os membros da equipe têm conhecimento das normas? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	139 _____
	Quais dos problemas abaixo você acha importante ter normas de conduta escritas:	
140	Alcoolismo Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	140 _____
141	Tabagismo e uso de drogas ilícitas Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	141 _____
142	Saúde bucal Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	142 _____
143	Saúde do Adolescente Trabalhador Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	143 _____
144	Sexualidade Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	144 _____
145	Doenças Sexualmente Transmissíveis Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	145 _____
146	AIDS Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	146 _____
147	Acidentes Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	147 _____
148	Problemas familiares Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	148 _____
149	Dificuldade escolar Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	149 _____
150	Liberação para esporte Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	150 _____
151	Maus tratos Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	151 _____
152	Outros, especifique _____	152 _____
	São utilizadas na sua unidade de saúde as seguintes normas?	
153	Gravidez Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	153 _____
154	Contracepção Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	154 _____
155	Violência Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	155 _____
156	As normas são utilizadas nos atendimentos de forma rotineira? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	156 _____
	QUANTO À ROTINA:	
	Como é atendido o adolescente que chega sozinho ao serviço?	
157	Somente se tiver documento de identidade Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	157 _____

158	Mesmo se <u>Não</u> tiver documento de identidade	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	158_____
160	Somente se tiver encaminhamento de outro setor (Ex. comunidade, escola)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	160_____
161	Mesmo se <u>Não</u> tiver encaminhamento de outro setor (Ex. comunidade, escola)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	161_____
162	De outra forma, especifique_____		162_____
Como é atendido o adolescente que chega com um responsável ao serviço?			
163	De forma individual?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	163_____
164	Junto com o/a responsável?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	164_____
165	De outra forma, especifique_____		165_____
Quem recebe o adolescente quando ele chega ao serviço (porta de entrada)?			
166	Profissional administrativo treinado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	166_____
167	Profissional administrativo não treinado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	167_____
168	Aux. de enfermagem	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	168_____
169	Enfermeiro	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	169_____
170	Assistente social	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	170_____
171	Outro, especifique_____		171_____
Quem avalia a urgência do atendimento?			
172	Profissional administrativo treinado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	172_____
173	Profissional administrativo não treinado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	173_____
174	Aux. de enfermagem	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	174_____
175	Enfermeiro	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	175_____
176	Assistente social	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	176_____
177	Médico	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	177_____
178	Outro, especifique_____		178_____
Quando é realizada a primeira consulta/acolhimento, se é constatada uma urgência (ansiedade, gravidez, contracepção, violência, DST, patologia clínica, etc.)?			
179	No mesmo dia	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	179_____
180	Na mesma semana	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	180_____
181	Depende de vaga na agenda	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	181_____
182	Encaminha com formulário próprio para um serviço de Emergência	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	182_____
183	Encaminha sem formulário próprio para um serviço de Emergência	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	183_____
184	De outra forma, especifique_____		184_____
O retorno é garantido, se necessário?			
185	O retorno após o atendimento é sempre garantido	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	185_____
186	Dependendo do problema	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	186_____
187	Dependendo de vaga na agenda	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	187_____
188	De outra forma, especifique_____		188_____
QUANTO À FAMÍLIA			
Como a família é atendida na sua Unidade de Saúde?			
189	Junto com o adolescente?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	189_____
190	Com agendamento próprio?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	190_____
191	Com trabalho de grupo?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	191_____
			192_____

192	De outra forma, especifique _____	
193	Realizam-se atividades em grupo para adolescentes? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	193 _____
	<u>SE A RESPOSTA FOR SIM, RESPONDA:</u>	
194	Recreativas? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	194 _____
195	Terapêuticas? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	195 _____
196	Educativas? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	196 _____
197	Outras, especifique: _____	197 _____

VARIÁVEL	PROMOÇÃO DE SAÚDE	CÓDIGO
	<u>QUANTO AS ATIVIDADES DE GRUPO:</u>	
	<u>Nota:</u> Entende-se por “Promoção de Saúde” as atividades educativas que venham favorecer ao adolescente incorporar no seu cotidiano hábitos saudáveis de vida e, portanto, evitar riscos.	
198	ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DO ADOLESCENTE: Existem atividades de Promoção de Saúde para o adolescente programadas em sua Unidade de Saúde? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	198 _____
199		199 _____
200	<u>SE A RESPOSTA FOR SIM, RESPONDA:</u>	200 _____
201	São realizadas por pessoal da unidade de saúde? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	201 _____
202	São realizadas por pessoal de fora da unidade de saúde? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	202 _____
	<u>De que tipo?</u>	
203	Reuniões? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Palestras? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Outras, especifique _____	203 _____
204		204 _____
205	<u>Marque a periodicidade das mesmas:</u>	205 _____
206	Ocasional? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	206 _____
207	Uma vez por mês? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Menos de uma vez por mês? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Mais de uma vez por mês? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	207 _____
208		208 _____
209	<u>Marque os assuntos que são trabalhados em sua Unidade de Saúde:</u>	209 _____
210	Uso de álcool Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	210 _____
211	Tabagismo e uso de drogas ilícitas Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	211 _____
212	Saúde bucal Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	212 _____
213	Saúde do Adolescente Trabalhador Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	213 _____
214	Sexualidade Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	214 _____
215	Doenças Sexualmente Transmissíveis Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	215 _____
216	AIDS Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	216 _____
217	Gravidez Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	217 _____
218	Contracepção Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	218 _____
219	Violência Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	219 _____
220	Acidentes Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	220 _____
221	Problemas familiares Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	221 _____
222	Dificuldade escolar Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	222 _____
223	Adolescência em geral Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	223 _____
224		224 _____

225	Auto-estima Projeto de vida Cidadania Outros, especifique: _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	225 _____
ONDE AS ATIVIDADES SÃO DESENVOLVIDAS:			
226	Na própria unidade de saúde	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	226 _____
227	Nas escolas do bairro	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	227 _____
228	Outros lugares, especifique _____		228 _____
MATERIAL EDUCATIVO PARA O TRABALHO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE COM ADOLESCENTES:			
229	Existe material educativo disponível?	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	229 _____
<u>SE A RESPOSTA FOR SIM, RESPONDA:</u>			
230	Para trabalhar?	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	230 _____
231	Para distribuir?	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	231 _____
232	Sempre?	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	232 _____
233	Ocasionalmente?	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	233 _____
<u>Marque quais destes assuntos sua Unidade de Saúde dispõe de material educativo:</u>			
234	Alcoolismo	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	234 _____
235	Tabagismo e uso de drogas ilícitas	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	235 _____
236	Saúde bucal	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	236 _____
237	Saúde do Adolescente Trabalhador	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	237 _____
238	Sexualidade	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	238 _____
239	Doenças Sexualmente Transmissíveis	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	239 _____
240	AIDS	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	240 _____
241	Gravidez	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	241 _____
242	Contracepção	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	242 _____
243	Violência	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	243 _____
244	Acidentes	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	244 _____
245	Problemas familiares	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	245 _____
246	Dificuldade escolar	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	246 _____
247	Adolescência em geral	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	247 _____
248	Auto-estima	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	248 _____
249	Projeto de vida	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	249 _____
250	Cidadania	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	250 _____
251	Outros, especifique _____		251 _____
Quem elabora os materiais educativos utilizados em sua Unidade de Saúde?			
252	Secretaria Municipal de Saúde (SMS)?	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	252 _____
253	Organizações governamentais?	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	253 _____
254	Organizações Não Governamentais (ONG's)?	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	254 _____
255	Não sei	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	255 _____
Por quem é feita a distribuição?			
256	Secretaria Municipal de Saúde?	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	256 _____
257	Organizações Governamentais?	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	257 _____

258 259	ONG's? A Unidade busca recursos	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	258____ 259____
260	EQUIPAMENTOS: A equipe conta com equipamentos disponíveis para utilização nas atividades educativas com adolescentes em sua Unidade de Saúde? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>		260____
	<u>SE A RESPOSTA FOR SIM, RESPONDA:</u>		
261	Sempre:	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	261____
262	As vezes?	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	262____
263	Projetor de slides?	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	263____
264	TV/Video cassete?	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	264____
265	Equipamentos próprios da equipe	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	265____

	PROMOÇÃO DE SAÚDE COM OS PAIS/RESPONSÁVEIS:		
266	Existem atividades de promoção de saúde para pais? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>		266____
	<u>SE A RESPOSTA FOI SIM, RESPONDA:</u>		
267	Reuniões? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>		267____
268	Palestras? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>		268____
269	Outras, especifique? _____		269____
	Com que objetivos:		
270	Para divulgação o trabalho da equipe Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>		270____
271	Para integração do adolescente com a família Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>		271____
272	Para o Pré-natal Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>		272____
273	Outras, especifique: _____		273____
	<u>Marque a periodicidade das mesmas:</u>		
274	Uma vez por mês? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>		274____
275	Menos de uma vez por mês? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>		275____
276	Mais de uma vez por mês? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>		276____

	PROMOÇÃO DE SAÚDE COM OS PROFESSORES/EDUCADORES:		
277	Existem atividades de promoção de saúde para professores? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>		277____
	<u>SE A RESPOSTA FOR SIM, RESPONDA:</u>		
278	Reuniões? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>		278____
279	Palestras? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>		279____
280	Treinamento? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>		280____
281	Outras, quais? _____		281____
	<u>Marque a periodicidade das mesmas:</u>		
282	Uma vez por mês? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>		282____

283	Menos de uma vez por mês?	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	283 _____
284	Mais de uma vez por mês?	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	284 _____
PARCERIAS COM OUTRAS INSTITUIÇÕES			
285	Existe articulação com outras instituições para a promoção de saúde? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>		285 _____
<u>SE A RESPOSTA FOR SIM, RESPONDA</u>			
286	Treinamento	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	286 _____
287	Encaminhamentos	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	287 _____
288	Trabalho conjunto	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	288 _____
289	Outros, especifique: _____		289 _____
Quais as instituições?			
290	Fundação São Martinho.	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	290 _____
291	Camp de Patrulherismo.	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	291 _____
292	Fundação da Infância e do Adolescente (FIA).	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	292 _____
293	Outros, especifique: _____		293 _____

VARIÁVEL	ATENDIMENTO DIFERENCIADO EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA PARA ADOLESCENTES:	CÓDIGO
QUANTO AO ATENDIMENTO DE SAÚDE SEXUAL/REPRODUTIVA:		
294	Existe atendimento especial de saúde Sexual/reprodutiva para adolescentes? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	294 _____
<u>SE A RESPOSTA FOR SIM, RESPONDA:</u>		
295	Ambulatório de ginecologia	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>
296	Pré – natal	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>
297	Planejamento familiar	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>
298	Tem contraceptivos	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>
<u>SE A RESPOSTA FOR SIM, RESPONDA DE QUE TIPO:</u>		
299	Contraceptivos Orais	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>
300	Dispositivo Intrauterino (DIU)	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>
301	Diafragma	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>
302	Camisinha	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>
<u>Eles estão disponíveis?</u>		
303	Sempre	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>
304	Às vezes	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>
305	Quase nunca	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>
306	Nunca	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>

Assinale os turnos e quais ambulatórios específicos de atendimento:

		Manhã	Tarde	
307	Segunda-feira	_____	_____	307_____
308	Terça-feira	_____	_____	308_____
309	Quarta-feira	_____	_____	309_____
310	Quinta-feira	_____	_____	310_____
311	Sexta-feira	_____	_____	311_____

312 O atendimento é feito através de agendamento prévio? Sim: Não: 312_____

313 É permitida a consulta extra, caso necessário? Sim: Não: 313_____

QUANTO AO FILHO E FAMÍLIA DA ADOLESCENTE

314 Participa do projeto de vigilância do RN de risco? Sim: Não: 314_____

315 Na equipe tem médico pediatra com turno específico para consulta de recém nascido/filhos de adolescentes? Sim: Não: 315_____

SE A RESPOSTA FOR SIM, RESPONDA:

316 É feita alguma atividade com a mãe no dia da consulta do filho? Sim: Não: 316_____

Até que idade o filho da adolescente é acompanhado?

317 Até 1 mês: Sim: Não: 317_____

318 Até 3 meses: Sim: Não: 318_____

319 Até 1 ano: Sim: Não: 319_____

320 Até 2 anos: Sim: Não: 320_____

321 O pai tem atenção especial? Sim: Não: 321_____

SE A RESPOSTA FOR SIM, RESPONDA:

322 Consulta médica: Sim: Não: 322_____

323 Reunião: Sim: Não: 323_____

324 Palestra: Sim: Não: 324_____

325 Outro, especifique _____ 325_____

326 É realizado com a família algum tipo de atendimento especial? Sim: Não: 326_____

SE A RESPOSTA FOR SIM, RESPONDA:

327 Consulta médica: Sim: Não: 327_____

328 Reunião: Sim: Não: 328_____

329 Palestra: Sim: Não: 329_____

330 Outro, especifique _____ 330_____

VARIÁVEL	ATENDIMENTO PARA ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS	CÓDIGO
	QUANTO AO ATENDIMENTO PARA USUÁRIOS DE DROGAS:	
331	Existe atendimento especial para adolescentes usuários de drogas? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	331 _____
	<u>SE A RESPOSTA FOR NÃO, RESPONDA:</u>	
332	O primeiro atendimento é feito na unidade de saúde. Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	332 _____
	Qual o profissional da equipe que faz o primeiro atendimento?	
333	Médico Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	333 _____
334	Psicólogo Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	334 _____
335	Assistente Social Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	335 _____
336	Enfermeiro Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	336 _____
337	Outros, especifique: _____	337 _____
	Qual a instituição que o adolescente é encaminhado?	
338	Nepad. Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	338 _____
339	Clínica Escola Castelo Branco. Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	339 _____
340	Casa do Lins. Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	340 _____
341	Outros, especifique: _____	341 _____
	<u>SE A RESPOSTA FOR SIM, RESPONDA:</u>	
342	Consulta clínica, individual? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	342 _____
343	Trabalho de grupo? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	343 _____
344	Outro, especifique _____	344 _____
	QUANTO À FAMÍLIA	
345	Existe atendimento especial para a família do adolescente usuário de droga? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	345 _____
	<u>SE O RESPOSTA FOR SIM, RESPONDA:</u>	
346	Consulta da família junto com o adolescente? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	346 _____
347	Consulta da família separada do adolescente? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	347 _____
348	Trabalho de grupo com várias famílias? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	348 _____
349	Outro, especifique: _____	349 _____

VARIÁVEL	ATENDIMENTO PARA ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA	CÓDIGO
	QUANTO AO ATENDIMENTO DIFERENCIADO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA:	
350	A equipe foi capacitada para atender adolescentes vítimas de violência? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	350____
351	A equipe tem preocupação em identificar vítimas de violência? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	351____
352	Existe preocupação em notificar ao Conselho Tutelar os casos de vítima de violência? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	352____
353	Existe atendimento para adolescentes vítimas de violência? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	353____
	<u>SE A RESPOSTA FOR NÃO, RESPONDA:</u>	
354	O primeiro atendimento é feito na unidade de saúde. Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	354____
	Qual o profissional da equipe que faz o primeiro atendimento?	
355	Médico. Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	355____
356	Psicólogo. Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	356____
357	Assistente Social. Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	357____
358	Enfermeiro. Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	358____
359	Outros, especifique: _____	359____
360	A Unidade de Saúde tem definida uma rotina de referência para adolescentes vítimas de violência? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	360____
	Quais as instituições que a sua unidade de saúde costuma encaminhar o adolescente vítima de violência?	
361	Núcleo de Atendimento à Vítima de Violência. Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	361____
362	ABRAPIA. Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	362____
363	Clínica da Violência. Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	363____
364	Outros, especifique: _____	364____
	<u>SE A RESPOSTA FOR SIM RESPONDA:</u>	
365	Consulta clínica, individual? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	365____
366	Trabalho de grupo? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	366____
	QUANTO AO ATENDIMENTO DA FAMÍLIA	
367	Existe atendimento especial para a família de adolescentes vítimas de violência? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	367____
	<u>SE A RESPOSTA FOR SIM, RESPONDA</u>	
368	Consulta da família junto com o adolescente? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	368____
369	Consulta da família separada do adolescente? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	369____
370	Trabalho de grupo com várias famílias? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	370____
371	Outro, especifique: _____	371____

VARIÁVEL	UNIDADES DE SAÚDE QUE NÃO PARTICIPAM DO PROSAD	CÓDIGO
	<p>NOTA: Esta parte do Formulário deve ser aplicado ao Diretor técnico ou Gerente da Unidade de Saúde.</p> <p>MOTIVOS DE NÃO PARTICIPAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE NO PROSAD</p> <p>Porquê esta Unidade de Saúde não participa do PROSAD?</p>	
372	Porque o atendimento demora muito? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	372___
373	Porque não tem demanda suficiente? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	373___
374	Falta de capacitação técnica da equipe? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	374___
375	Porque não tem Psicólogo? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	375___
376	Porque não tem Assistente Social? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	376___
377	Porque não tem Ginecologista? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	377___
378	Porque não tem Enfermeiro interessado? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	378___
379	Porque não médico clínico/pediatra interessado? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	379___
380	Outro, especifique _____	380___
	<p>Como os adolescentes são atendidos na Unidade de Saúde?</p>	
381	Na Pediatria? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	381___
382	No Programa de Atenção à Mulher? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	382___
383	No ambulatório de Ginecologia/ Obstetrícia? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	383___
384	De acordo com a queixa/problema? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	384___
385	Outra, especifique _____	385___
	<p>O que seria necessário para a sua unidade de saúde participar do Prosad?</p>	
386	Apoio da direção Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	386___
387	Adolescentes interessados Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	387___
388	Oportunidades de treinamento Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	388___
389	Parcerias com outras instituições governamentais Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	389___
390	Parcerias com ONGs Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	390___

RESULTADOS ADICIONAIS DO ESTUDO SOBRE O PROSAD NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

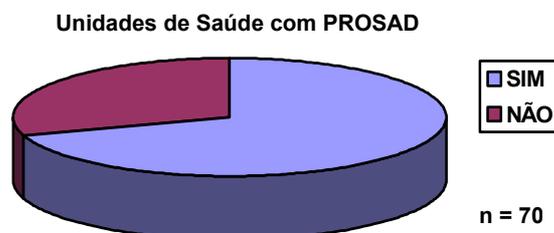
Introdução

Os resultados adicionais correspondem, em sua maioria, aos dados não descritos no Capítulo 3 do trabalho. A relevância da pesquisa nos fez apresentá-los como anexo, com o objetivo de subsidiar estudos que venham a ser realizados com relação ao Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD). Nota-se que, também neste relato complementar, a maior parte dos resultados refere-se às unidades de saúde (US) que desenvolvem atividades do PROSAD. A investigação sobre as outras US limitou-se à coleta de dados quanto aos motivos pelos quais não participam.

Quanto ao grau de complexidade das US

O município do Rio de Janeiro divide-se, segundo o Instituto Pereira Passos (IPP), em 26 Regiões Administrativas – RA¹. Para o estudo das condições atuais do PROSAD, foram visitadas 70 US. Destas, 49 US desenvolvem alguma atividade vinculada ao PROSAD e em 21 US seus responsáveis negam a participação neste programa.

Gráfico 1:



¹ O Instituto Pereira Passos é o antigo Iplan-Rio e a classificação utilizada corresponde a 1991

Saúde (CMS), 10 Postos de Atendimento Médico (PAM), 10 Postos de Saúde (PS), 10 US de Atendimento Primário de Saúde (UACPS), 3 US Integradas de Saúde (UIS) e 1 Unidade Municipal de Atendimento Médico Primário (UMAMP).

Tipo de atendimento prestado

Entre as RA que têm US que participam do PROSAD, somente em sete os adolescentes contam com atendimento de pré-natal, ginecologia, pediatria e clínico, que são: Centro, Tijuca, Penha, Irajá, Madureira, Campo Grande e Barra da Tijuca. Em 16 US, entre as que não desenvolvem atividades do PROSAD, o adolescente é atendido por qualquer profissional de acordo com a queixa/problema.

Das 49 US que participam do PROSAD, 46 fazem atividades vinculadas aos projetos especiais. Contudo, somente os adolescentes de 5 RA têm oportunidade de obter os benefícios de participar das ações de todos os projetos – **Horizontes, Sinal Verde, Vista essa camisinha e Educarte** – Estas regiões abrangem Ramos, Irajá, Madureira, Ilha do Governador e Anchieta.

Equipe de saúde e capacitação profissional

Quanto à capacitação profissional para atender esta clientela, 21 US contam com médicos capacitados em saúde do adolescente e em 5 US os médicos não são capacitados. Quanto à enfermagem, 21 US contam com profissionais capacitados desta categoria e 3 US não estão capacitadas; o número de US com psicólogos capacitados é menor, ou seja, em 14 US são capacitados e em 2 US não são capacitados. Quanto aos assistentes sociais, 16 US contam com estes profissionais capacitados e 3 US não capacitados. Os números relativos às demais categorias profissionais possíveis de contribuir com o PROSAD, bem como suas respectivas capacitações, foram ainda menos expressivos.

Quanto aos mecanismos de integração da equipe, os responsáveis pelo PROSAD de 33 US registraram a ocorrência de reuniões de equipe, sendo que em 15 US informaram que não se reúnem periodicamente.

Espaço físico e insumos básicos

Constatou-se que nem todos os profissionais têm espaço físico disponível para a prestação do atendimento ao adolescente. Entre as US que participam do PROSAD, 36 dispõem de espaço físico, tanto para trabalho de grupo quanto para atendimento individual. Interessante observar que 22% das US que dispõem de espaço físico não têm ambulatório com horário especial para o atendimento.

Considerou-se que os seguintes materiais seriam básicos e indispensáveis para um bom atendimento: balança, antropômetro, aparelho de pressão, tabelas de peso e altura e tabelas com estágios de Tanner. Verificou-se que somente 16 US contavam com a totalidade dos mesmos (Tabela 1).

gggggg**Tabela 1: Insumos básicos disponíveis por US com PROSAD**

<i>Insumos disponíveis</i>	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Não responderam</i>	<i>Total</i>
<i>Balança</i>	36 (74%)	6 (12%)	7 (14%)	49
<i>Antropômetro</i>	26 (53%)	16 (33%)	7 (14%)	49
<i>Ap. de pressão</i>	36 (74%)	6(12%)	7 (14%)	49
<i>Tab. Peso/ altura</i>	32 (65%)	10 (21%)	7 (14%)	49
<i>Tab. Estágios de Tanner</i>	30 (61%)	12 (25%)	7 (14%)	49

Para o estudo de quantas US dispõem de condições básicas ideais, buscaram-se alguns itens considerados fundamentais para a prestação de uma atenção diferenciada a adolescentes, tais como: equipe mínima capacitada composta por médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social; rotina na realização de reuniões de equipe; a existência de consultórios disponíveis com horários especiais para adolescentes; uso rotineiro de tabelas de peso e altura e para verificação dos estágios de Tanner. Juntando estes itens observou-se que somente duas US dispunham de todos os recursos.

Além disso, na metade das US estudadas os profissionais usavam uma ficha clínica como roteiro de anamnese, utilizando-se este instrumento em 24 US. Destas, somente os profissionais de 4 US usavam o Sistema Informático do Adolescente, desenvolvido pela OPAS (Tabela 2).

Tabela 2: Condições para a prestação adequada de atenção integral ao adolescente nas Unidades de Saúde

Condições básicas		Sim	Não	Profissionais não responderam	Total
Equipe mínima quanto à capacitação profissional	Médico	21 (60%)	5 (14%)	9 (26%)	35
	Enfermeiro	21 (66%)	3 (9%)	8 (25%)	32
	Psicólogo	14 (58%)	2 (8%)	8 (33%)	24
	Ass. Social	16 (59%)	3 (11%)	8 (30%)	27
Condições de trabalho		Sim	Não	Não responderam	Total
Reuniões de equipe		33 (69%)	15 (31%)	-	48
Consultórios disponíveis com horários especiais		36 (74%)	8 (16%)	5 (10%)	49
Tabelas Peso e Altura		32 (65%)	10 (21%)	7 (14%)	49
Tabelas de Tanner		30 (61%)	12 (25%)	7 (14%)	49
No de US em condições ideais - todos acima		2 (4%)	47 (96%)	-	49

Sistema de referência e contra-referência:

Os responsáveis pelo PROSAD em 41% das 49 US informaram que os adolescentes eram encaminhados através da utilização de um sistema de referência, por diferentes motivos. Em 38 US alegaram que a razão do encaminhamento se devia à complexidade dos problemas encontrados; em 36 US, à falta de especialistas na unidade para auxiliarem no atendimento; e em 23 US, à ausência de profissional capacitado. Outros motivos alegados foram o conhecimento prévio de profissionais de outros serviços (20 US) e o encaminhamento para uma unidade próxima da moradia do adolescente (14 US).

Diante da pergunta sobre se utilizam algum formulário especial para a referência dos adolescentes das US para outros serviços, todos responderam afirmativamente. A maioria dos profissionais diz que usa formulário da SMS, e apenas 9 US utilizam receituários.

Grande proporção dos entrevistados (86%) respondeu que o adolescente, se necessário, é encaminhado através de um sistema de referência para outra US da rede básica de saúde, tanto para o nível

primário quanto secundário. Para problemas mais complexos, 55% das US indicam o Núcleo de Estudos e Pesquisa em Droga Adição (Nepad/Uerj); 47%, o Núcleo de Estudos de Saúde do Adolescente (Nesa/Uerj); 47%, o Instituto Fernandes Figueira (IFF) e 45% encaminham o adolescente para o Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG).

Profissionais de 34 US responderam que utilizam o sistema de referência para o nível terciário. Destas US, 88% são encaminhados para hospitais de emergência. Considerando que o Nesa/Uerj tem uma enfermaria especializada para atenção de adolescentes, perguntou-se, especificamente, a referência para esta unidade. A resposta obtida é que somente 26% utilizam esta unidade hospitalar para internação de adolescentes.

Quanto às normas técnicas utilizadas

Observou-se que 49% das US (24 unidades) que adotam o PROSAD utilizam normas técnicas de forma rotineira. Destas, 96% são sobre gravidez e contracepção e 76% (17 US), sobre violência.

Embora pouco utilizadas, normas sobre alguns assuntos foram consideradas importantes para estarem disponíveis nas US da rede, como alcoolismo (26 US); tabagismo e drogas ilícitas (30 US); saúde bucal (27 US); saúde do trabalhador (28 US); sexualidade (32 US); DST (35 US); AIDS (32 US); acidentes (21 US); problemas familiares (22 US); dificuldade escolar (24 US); liberação para esporte (24 US); maus tratos (28 US).

Rotina do atendimento

Noventa e quatro por cento dos adolescentes que chegam sozinhos a US da rede que desenvolvem o PROSAD são atendidos mesmo que não tragam um documento de identidade. Em 6% dos casos, o adolescente é atendido somente com encaminhamento de outro setor. Com relação à consulta, se é atendido sozinho ou com o responsável, observou-se que a maioria atende de ambas as formas.

A maneira como o adolescente é recebido na porta de entrada do sistema de saúde poderá favorecer ou não a adesão ao tratamento e ao serviço. Diante da pergunta sobre quem recebe o adolescente que chega à US em busca de consulta, as respostas variaram, sendo recebidos inclusive por profissionais de mais de uma categoria. Quanto à avaliação dos casos de urgência, observou-se também uma diversidade de respostas (Tabela 3).

Tabela 3: Profissionais que avaliam a urgência de atendimento dos adolescentes que chegam às Unidades de Saúde quanto à marcação de consulta de rotina e/ou emergência

Profissionais das Unidades de Saúde	Recebe na porta de entrada: marca a consulta	Avalia emergência: marca consulta ou encaminha
Médico	-	23 (47%)
Enfermeiro	13 (30%)	26 (60%)
Aux, de Enfermagem	16 (36%)	15 (35%)
Assistente Social	12 (27%)	10 (23%)
Prof. Administrativo treinado	18 (42%)	4 (9%)
Prof. Administrativo não treinado	18 (41%)	2 (5%)

Algumas questões foram formuladas no sentido de se verificar como a rede está atendendo os adolescentes com urgências médicas. Constatou-se uma preocupação dos profissionais, já que em 44 US, ao se verificar uma emergência, o adolescente é atendido no mesmo dia. Contudo, foram identificadas outras formas de resolução destes problemas, pois, em 10 US, os profissionais referiram que o atendimento ocorre na mesma semana e em cinco US, dependendo de vaga na agenda.

Quanto ao retorno ao serviço, pressuposto fundamental para a adesão ao tratamento e consolidação das informações de promoção de saúde, observou-se que em 38 US este retorno é garantido. Entretanto, em 15 US foi alegado que dependeria do problema e, em cinco US, dependeria de vaga na agenda.

Buscando-se identificar como a família é recebida na rede de US do município do Rio de Janeiro, encontrou-se que, em 26 US, a família é atendida junto com o adolescente e, em 23 US, com agendamento próprio. Em 11 US, são desenvolvidas atividades de grupo com as famílias.

Em 43 US, são realizadas atividades de grupo com adolescentes: atividades recreativas em 33%, grupos terapêuticos em 33% e atividades educativas em 100%.

Promoção de saúde

Atividades de promoção de saúde são praticadas em 43 US (88%) da rede municipal que participa do PROSAD. Em sua totalidade, as atividades são desenvolvidas por profissionais da própria US, entretanto em oito US são convidados profissionais de fora da unidade. Quanto ao estilo dos eventos programados, em 77% das US organizam-se reuniões e em 71%, palestras. Quanto à periodicidade, em 33 US ocorrem mais de uma vez por mês, e em 15 US estas atividades sucedem-se com menor frequência, podendo ser até ocasionais.

Em todas as US que praticam atividades de promoção de saúde, são abordados temas sobre sexualidade e saúde reprodutiva, seguindo-se assuntos gerais como adolescência normal (35 US); auto-estima (31 US); projeto de vida (31 US); cidadania e saúde bucal (30 US). Os assuntos menos abordados foram problemas familiares (25 US); tabagismo e uso de drogas lícitas e ilícitas (25 US); alcoolismo (23 US); violência (22 US); dificuldade escolar (21 US); saúde ocupacional (17 US) e acidentes (13 US).

Outra preocupação foi a de identificar onde estavam sendo desenvolvidas as atividades de promoção de saúde e se havia material educativo disponível. Verificou-se que em 42 US (86%) as atividades são desenvolvidas na própria unidade e em 21 US (43%) são desenvolvidas nas escolas do bairro. Quarenta e seis US contam com material educativo, sendo que em 93% apenas para trabalhar e, em 76%, também para distribuição. Entretanto, em 27 US o material educativo está sempre disponível e, em 19

US, ocasionalmente. Indagados sobre os conteúdos do material educativo utilizado, observou-se um predomínio sobre saúde reprodutiva. Quanto à elaboração e distribuição do material educativo, os profissionais de saúde de 44 US apontaram a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) como responsável, todavia 19 US informaram que elas próprias tinham que buscar estes recursos.

Inquiriu-se sobre quais equipamentos os profissionais contam para desenvolver as atividades de promoção de saúde. Encontrou-se que 46 US contam com TV e videocassete e 34 US, com projetor de *slides*. Em 37 US estão sempre disponíveis e em sete US, às vezes. Em somente 24 US os equipamentos são próprios.

Estudou-se, especificamente, se existem atividades de promoção de saúde com os pais, obtendo-se resultados muito escassos para estas indagações. Assim, em 15 US desenvolvem-se atividades de promoção de saúde com os pais. Em 14 US, o objetivo é propiciar integração do adolescente com a família e, em seis US a finalidade é divulgar o trabalho da equipe. Em 12 US, promovem-se reuniões e, em sete US, palestras. Estas atividades, em cinco US, são praticadas mais de uma vez por mês, em outras cinco US, menos de uma vez por mês e, em três US, uma vez por mês.

Quanto a atividades de promoção de saúde com professores e educadores, a resposta foi positiva para 14 US. No entanto, em 64% a frequência era de uma – ou menos de uma – vez ao mês. Realizam-se reuniões com professores em 10 US e palestras, em 13 US; com o objetivo de dar treinamento, somente em 3 US.

Procurou-se conhecer um pouco do esforço para o estabelecimento de parcerias interinstitucionais e obteve-se as seguintes respostas: em 23 US, esta articulação existe com o intuito de fazer promoção de saúde; em 17 US, para o desenvolvimento de trabalho conjunto; em 13 US, para encaminhamentos e, em sete US, para treinamento. Em seis US, os profissionais responderam que existe articulação com a Fundação da

Infância e da Adolescência (FIA) e, em cinco US, com os Camp de Patrulheirismo ².

Atendimento à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes

O componente da atenção de adolescentes sobre saúde sexual e reprodutiva, que é o mais amplamente desenvolvido pelos profissionais que atuam no PROSAD, não conta com a unanimidade das US no atendimento. Observou-se que somente em 32 US (63%) esta atenção é realizada de forma especial. Dessas, 84% (27 US) atendem a demanda de planejamento familiar, 78% (25 US) contam com ambulatório de ginecologia e 72% (23 US), com ambulatório de pré-natal. Quanto à disponibilidade de contraceptivos, todas as 32 US referiram esta disponibilidade, tanto preservativos (camisinha), quanto contraceptivos orais. Quanto aos outros métodos, 28 US contam também com diafragma e 26 US com dispositivo intra uterino - DIU.

No item rotina do atendimento de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, encontrou-se que 26 US trabalham com agendamento prévio e, em 30 US, garantia-se consulta extra, caso necessário. Como o recém-nascido de mães adolescentes é considerado de risco pelo Ministério da Saúde, perguntou-se sobre a possibilidade de a unidade participar do projeto de vigilância do RN de risco, e obteve-se resposta positiva em 30 US.

Quanto à presença do pediatra com turno específico para consulta do RN nascido de mães adolescentes, somente 16 US contam com este especialista, e destas somente em oito US os filhos de mães adolescentes eram acompanhados até o final do primeiro ano de vida e, em seis US, até a idade de dois anos. Igualmente, em apenas oito US, a mãe adolescente recebia algum atendimento por ocasião da consulta do filho. Quanto a uma atenção especial ao pai, havia este tipo de preocupação em 10 US, sendo oferecidas consultas médicas, em nove US, e reuniões para pais, em quatro US.

² Programa de apoio ao adolescente carente para entrada no mercado de trabalho

Atendimento a adolescentes usuários de drogas

Na questão sobre o atendimento especial ao adolescente usuário de drogas, observou-se que somente na 14ª RA havia este tipo de atendimento. Em 37 US, o primeiro atendimento é realizado na própria unidade. Por médicos em 33 US, por psicólogos em 10 US, por assistentes sociais em 15 US, por enfermeiros em 19 US. Após o atendimento inicial o adolescente é encaminhado na sua maioria ao Nepad/Uerj (74%).

Quanto ao trabalho de grupo, não foram identificados casos de US que fizessem este tipo de atendimento, tanto para o adolescente usuário de drogas, quanto para sua família.

Atendimento a adolescentes vítimas de violência

Como o fenômeno da violência na cidade do Rio de Janeiro é um tema prioritário, buscou-se levantar dados de como este componente estava sendo atendido pelos profissionais que participam do PROSAD. Embora tenha se percebido a preocupação referida por profissionais de 98% das US sobre a identificação de vítimas de violência, somente em 21% (10 US) havia profissionais capacitados neste componente.

Em mais de 95% (45 US), os profissionais responderam que havia preocupação de notificar ao Conselho Tutelar os casos de vítimas de violência, mas apenas em 23% (11 US) estes adolescentes tinham atendimento especial. Quanto ao primeiro atendimento, em 34 US era feito na própria US. Por médicos em 30 US, por enfermeiros em 14 US, por assistentes sociais em 10 US, e por psicólogos em sete US. Estes adolescentes são encaminhados, de 10 US, para o Núcleo de Atenção à Vítima de Violência e, de 15 US, para a Associação Brasileira de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA).

Unidades de saúde que não participam do PROSAD

Considerou-se como US sem o PROSAD implantado aquelas que não desenvolvem qualquer atividade programada, projetos ou atenção especial à população adolescente de maneira geral ou específica. Neste grupo, encontram-se 42 US.

Além das 10 US cujos coordenadores responsáveis alegaram falta de treinamento técnico da equipe, um grupo de US apresentou como justificativa a falta de algum membro da equipe interdisciplinar; na seguinte ordem de frequência: psicólogos (seis US); médicos (cinco US); ginecologistas e enfermeiros (quatro US); assistentes sociais (três US). É interessante observar que as 2ª, 13ª e 18ª RA alegaram falta de demanda de adolescentes nos agendamentos de rotina, não justificando a abertura de turno especial para este grupo etário. Enquanto que, nas RA 3ª e 11ª, o motivo alegado foi a necessidade de manter uma elevada produtividade dos serviços e, como os profissionais precisam de muito tempo para o atendimento individual dos adolescentes, não haveria interesse na atenção a este grupo etário.

Quando indagados sobre o que seria necessário para implantar o PROSAD, os entrevistados de 30 US responderam que seriam parcerias com ONG's – Organizações Não Governamentais - e os responsáveis por oito US alegaram necessidade de parcerias com organizações governamentais. Profissionais de 15 US opinaram que necessitariam adolescentes interessados e sete sentiram carência de oportunidades de treinamento técnico. Somente os entrevistados de seis US responderam apoio da direção de suas unidades.

Comentários

Os dados adicionais apresentados possibilitam um estudo mais detalhado das condições do PROSAD frente às necessidades de saúde da população adolescente no Município do Rio de Janeiro.

Deste conjunto de dados destacam-se os seguintes aspectos: 1) uso irregular de fichas clínicas como roteiro de anamnese; 2) pouca disponibilidade de insumos básicos essenciais para o atendimento (como por exemplo as Tabelas de Tanner); 3) falta de um sistema de referência uniforme entre as US da rede; 4) necessidade da disponibilidade de normas técnicas de temas freqüentes na atenção integral; 5) atenção especial à porta de entrada do adolescente nas US; 6) necessidade de maior atenção à família do adolescente; 7) dentre as atividades de promoção de saúde, ressalta-se a discreta preocupação com temas relevantes para esta faixa etária como acidentes, saúde ocupacional, dificuldade escolar e violência; 8) abordagem clássica na atenção à saúde reprodutiva, isto é, sem o cuidado da atenção simultânea da mãe e do bebê, bem como pouco envolvimento do pai do bebê; 9) necessidade de melhor capacitação profissional na atenção ao adolescente usuário de drogas; 10) o mesmo quanto aos adolescentes vítimas de violência.

Em conclusão, estes dados corroboram com os aspectos estudados no Capítulo 3, de que o PROSAD no Município do Rio de Janeiro precisa de reajustes quanto à sua estrutura de funcionamento nas Unidades de Saúde.