

CUIDADO AO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DISCURSO DOS PROFISSIONAIS SOBRE O ENFOQUE DA INTEGRALIDADE*

CARE TO ADOLESCENTS IN PRIMARY ASSISTANCE: PROFESSIONALS' DISCOURSE ABOUT THE FOCUS OF COMPREHENSIVENESS

CUIDADO AL ADOLESCENTE EN ATENCION PRIMARIA: DISCURSO DE LOS PROFESIONALES ACERCA DEL ENFOQUE DE LA INTEGRALIDAD

Maria Veraci Oliveira Queiroz¹, Nájori Bárbara Ferreira de Lucena², Eysler Gonçalves Maia Brasil³, Ilvana Lima Verde Gomes⁴

Objetivou-se analisar o discurso dos profissionais sobre o cuidado ao adolescente na atenção primária, identificando o conhecimento e as ações no enfoque da integralidade. Pesquisa qualitativa com pressupostos do Discurso do Sujeito Coletivo. Realizada entrevista com 11 profissionais de saúde de Unidades Básicas de Saúde da Família de Fortaleza-CE-Brasil. Na análise, os discursos foram agrupados em dois temas: Percepção do cuidado ao adolescente na atenção básica; Conhecimento dos profissionais sobre as ações de saúde ao adolescente e a integralidade. Os profissionais consideraram lacunas nas ações e ausência de direcionamento de atividades para os adolescentes; enfatizaram que a busca majoritária de adolescentes pelo serviço ocorre em situações de agravos de saúde, gestação e imunoprevenção. Observaram-se carências de conhecimentos sobre as políticas para o atendimento aos adolescentes. É necessário, portanto, direcionamento de ações para esta população, incluindo capacitação dos profissionais.

Descritores: Adolescente; Atenção Primária à Saúde; Pessoal de Saúde.

The objective of this research was to analyze the professionals' discourse on the care to adolescents in primary assistance, identifying the knowledge, actions on the focus of comprehensiveness. It is a qualitative research with assumptions of the Collective Subject Discourse. The interview was carried out with 11 health professionals from Basic Health Units Family of Fortaleza-CE-Brazil. In the analysis, the speeches were grouped into two themes: Perception of care to adolescents in primary assistance. The professionals' knowledge on the actions of adolescent's health and comprehensiveness. Professionals considered gaps in the actions and lack of direction of activities for adolescents. They also emphasized that the majority of the teenagers search for the service in situations of health problems, pregnancy and vaccine prevention. It was observed lack of knowledge on the policies for the care to adolescents. Therefore it is necessary to direct actions for this population, including professional training.

Descriptors: Adolescent; Primary Health Care; Health Personnel.

El objetivo fue analizar el discurso de los profesionales acerca del cuidado al adolescente en la atención primaria, identificando conocimiento y acciones bajo la integralidad. Investigación cualitativa con presupuestos del Discurso del Sujeto Colectivo. Fueron realizadas entrevistas con 11 profesionales de salud de Unidades Básicas de Salud Familiar de Fortaleza-CE-Brasil. En el análisis, los discursos se agruparon en dos temas: Percepción del cuidado al adolescente en la atención primaria; Conocimiento de los profesionales sobre las acciones de salud al adolescente y la integralidad. Los profesionales consideraron deficiencias en las acciones y falta de dirección de actividades para adolescentes; enfatizaron que la mayoría de la búsqueda de adolescentes por el servicio ocurre en situaciones de daño de salud, embarazo e inmunoprevenión. Se observaron la falta de conocimiento acerca de las políticas para la atención a los adolescentes. Es necesario, por lo tanto, acciones directas para esta población, incluida la formación profesional.

Descriptor: Adolescente; Atención Primaria de Salud; Personal de Salud.

* Extraído da Monografia "Cuidado ao adolescente na atenção básica", apresentada à Universidade Estadual do Ceará-UECE, em 2010.

¹ Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação e da Pós-Graduação — Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: veracioq@hotmail.com Pesquisadora do CNPq, Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Cuidados à Saúde da Criança e do Adolescente e Enfermagem da UECE.

² Enfermeira graduada pela UECE. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: najoribarbara@hotmail.com

³ Mestre em Saúde Pública pela UECE. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: eyslerbrasil@ig.com.br

⁴ Doutora em Saúde Coletiva. Docente do curso de Graduação em Enfermagem e Mestrado de Saúde Pública da UECE. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: ilverde@uol.com.br Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Cuidados à Saúde da Criança e do Adolescente e Enfermagem da UECE.

Autor correspondente: Maria Veraci Oliveira Queiroz

Rua Barbosa de Freitas, 941 Apto. 1101, Aldeota. CEP: 60170020. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: veracioq@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A adolescência é um período do ciclo da vida caracterizado por diversas peculiaridades. Dentre estas, percebem-se aquelas relacionadas às mudanças decorrentes do desenvolvimento corporal, sendo acompanhadas da consolidação da identidade que se constitui, por sua vez, nas adaptações da estrutura psíquica aos novos papéis que surgem para serem desenvolvidos enquanto ser atuante em sociedade⁽¹⁾.

Ainda, nesse sentido, afirma-se que a adolescência é uma categoria sociocultural, construída ao longo da história com base em múltiplos critérios que agregam as dimensões bio-psicológica, cronológica e social, de modo a focalizar o corpo físico como objeto refletor das mudanças advindas com a atuação hormonal. Tais mudanças são também acompanhadas por desenvolvimento de habilidades psicomotoras e alterações de forma e expressão⁽²⁾.

Durante a década de 1990 e início da década atual, o adolescente tem sido foco de atenção nas políticas públicas do Brasil com iniciativas envolvendo parcerias com instituições da sociedade civil e as várias instâncias do poder executivo: federal, estadual e municipal. As iniciativas na área da saúde remontam a 1989, quando o Ministério da Saúde voltou-se para a saúde do adolescente com a criação do Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), que, além do desenvolvimento de atividades relacionadas com a promoção da saúde dos adolescentes e dos estudos temáticos, expressa preocupação em contribuir com atividades intra e interinstitucional, nos âmbitos governamentais e não governamentais. Entretanto, é reconhecida a pouca participação dos jovens no planejamento, na implementação e na avaliação das atividades oriundas das políticas públicas⁽³⁾.

Essa fase, marcada por importantes mudanças e necessidades, inclui momentos de escolhas e decisão, que às vezes é permeada por aspectos negativos, como o aumento da exposição a fatores de riscos advindos da conjuntura social na qual o indivíduo que se encontra em processo de adolescer está inserido. A concepção de risco na adolescência assume uma configuração singular, na medida em que se relaciona à exposição a situações de violência, drogas e precocidade das experiências sexuais.

Porquanto, as ações de cuidado embasadas pelas noções da integralidade da atenção propiciam a reorientação do planejamento de saúde para uma base populacional específica, como o adolescente, que poderá gerar a

promoção da saúde com medidas gerais e a proteção com medidas específicas para a prevenção de agravos e para a realização do cuidado clínico⁽⁴⁾.

Desse modo, estas ações alicerçadas na concretização da integralidade da assistência estão intrinsecamente relacionadas às condutas profissionais voltadas à elaboração de estratégias e organização dos serviços, assegurando que a população usufrua o direito de ser adequadamente abordada por todas as esferas de atuação que formam o Sistema Único de Saúde brasileiro, tendo em vista a otimização da resolubilidade dos problemas de saúde. Entendendo que a resolubilidade é o resultado de vários fatores, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização, pois eles confluem para uma resposta adequada, uma solução para os problemas sentidos e apresentados. Porém, todos eles compõem um dispositivo maior que é a integralidade⁽⁵⁾.

Portanto, o alcance da integralidade está condicionado pela atuação profissional na busca de inserir em suas práticas uma abordagem integral, o que envolve a amplitude de visão acerca do conceito de saúde, desenvolvimento de trabalho em equipe e modificações na produção do cuidado, regida pela focalização das necessidades dos pacientes em suas diversas dimensões⁽⁶⁾.

Dessa forma, direciona-se a visualização da saúde do adolescente na perspectiva do cumprimento dos princípios do Sistema Único de Saúde vigente no Brasil, dando ênfase ao princípio da integralidade, norteador de ações que favoreçam o exercício da cidadania por meio do atendimento das necessidades de saúde.

A contemplação dos diversos fatores que favorecem ao atendimento das necessidades traz em seu bojo o princípio da integralidade, contrapondo-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. A visualização dos profissionais deve ser totalizante, com a apreensão do sujeito biopsicossocial, com possibilidade de prestar a assistência voltada às necessidades específicas de cada sujeito⁽⁷⁾.

A atenção básica enquanto campo de prestação de serviços de saúde, intimamente ligado à comunidade, possui cenário favorável ao desenvolvimento de ações que sustentem a perspectiva da integralidade do cuidado, pois esse nível de atenção traz atrelado a si a proposta de oferecimento de promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde⁽⁸⁾.

Essas proposições reafirmam a necessidade de um olhar ampliado por parte dos profissionais, para que

possam apreender as necessidades de saúde e analisar o significado para o outro das demandas apresentadas e das ofertas que podem ser instrumentos de escolha para responder às necessidades apreendidas, tendo em vista tanto o contexto imediato do encontro como o contexto da própria vida do outro⁽⁹⁾.

A importância da integralidade para a melhoria da estruturação do serviço de saúde brasileiro se traduz também em seu potencial para suscitar reflexões por parte dos profissionais sobre os alcances e limites da integralidade, assim como de sua função primordial para a saúde coletiva e excelência do Sistema Único de Saúde como um todo⁽⁶⁾.

Diante das exposições, propõe-se a investigação sobre as afirmações dos profissionais com relação à integralidade da assistência e sua interface com a atuação no cuidado à saúde do adolescente no contexto da atenção primária. Acredita-se que seja possível colaborar com uma prática cada vez mais humanizada e norteada pelos princípios do Sistema Único de Saúde. Ademais, a pesquisa fornece informações e discute a possibilidade de uma assistência integral a estes sujeitos, condicionada pela reflexão e comunicação entre pesquisados e pesquisadores.

Logo, este trabalho justifica-se na medida em que se pretende produzir mais conhecimentos sobre a caracterização do cuidado ao adolescente na atenção básica, tendo em vista a integralidade como princípio norteador fundamental para o alcance da qualificação da assistência prestada aos indivíduos que se encontram nessa fase do ciclo vital. O seguimento desse modo de construir a saúde irá se refletir na melhoria de saúde e vida dos adolescentes, quando ações podem ser sabiamente realizadas a partir de tais reflexões.

Portanto, este estudo objetivou analisar discurso dos profissionais sobre o cuidado ao adolescente na atenção primária, identificando o conhecimento sobre diretrizes, ações e enfoque da integralidade.

METODOLOGIA

Estudo de natureza qualitativa, método empregado no qual se pauta em estudo de caráter descritivo e busca compreender um determinado problema sob a perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte do cotidiano, suas satisfações, sentimentos, desejos⁽¹⁰⁾, baseado nos pressupostos do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Considera-se que os pensamentos, enquanto

expressões da subjetividade humana perpassam pela consciência, podendo essa ser acessada por meio da pesquisa qualitativa, que objetiva gerar ou construir qualidades, exemplificadas pela descrição do pensamento de uma coletividade⁽¹¹⁾.

O campo da pesquisa foi um Centro de Saúde da Família e uma Unidade Básica de Assistência à Saúde, da Secretaria Executiva Regional IV, de Fortaleza CE. A pesquisa foi realizada de maio a junho de 2010. A Unidade era campo de estágio de internos de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará e de residentes provenientes de outras universidades, portanto, o serviço se caracterizava como um ambiente de consolidação de práticas articuladas ao ensino-aprendizagem e à responsabilidade social inerente aos serviços públicos de educação.

Participaram do estudo 11 profissionais atuantes na assistência à saúde do adolescente, assim definidos: uma assistente social, um dentista, quatro enfermeiras e cinco médicos. Sendo esses distribuídos entre trabalhadores concursados participantes do Programa de Saúde da Família (PSF), atual Estratégia de Saúde da Família (ESF), efetivos que atuavam em cargos comissionados e terceirizados. A escolha dos participantes foi de forma intencional e conforme a conveniência dos profissionais, devido à dificuldade em se obter disponibilidade de tempo dos mesmos para serem entrevistados.

Dentre os 11 entrevistados, cinco integravam a ESF, portanto, possuíam uma carga horária de trabalho maior e atuavam em outros cenários da comunidade. Embora haja previsão da quantidade de entrevistas necessárias para saturação amostral de uma pesquisa, parece inerente a essa técnica, certo grau de imprecisão ou aproximação quanto ao número ideal de componentes. O ponto exato em que a mesma ocorre será definido, obviamente, no momento que houver constatação da redundância de informações⁽¹²⁾.

Seguiu-se essa orientação para finalizar as entrevistas. Os que concordaram em participar receberam informações detalhadas sobre sua finalidade e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A técnica de coleta de dados se constituiu de entrevista semiestruturada, seguindo um roteiro com as seguintes questões: discorra sobre o cuidado ao adolescente na atenção básica. Relate sobre as políticas e os programas de saúde para os adolescentes, o entendimento sobre integralidade na atenção à saúde do adolescente, as ações de integralidade que identifica e/ou faz no serviço

para o cuidado ao adolescente com vistas à integralidade. As entrevistas foram gravadas após o consentimento dos sujeitos, conforme explicava o TCLE. Após a transcrição dos discursos e leitura exaustiva das informações, os dados foram organizados e apresentados, utilizando-se o Discurso do Sujeito Coletivo, que permite organizar e tabular dados qualitativos de natureza verbal⁽¹¹⁾.

Da análise das entrevistas, resultou-se a identificação das figuras metodológicas: ideias centrais, por conseguinte, suas respectivas expressões-chave e a partir destas, construíram-se os discursos redigidos em primeira pessoa do singular, representando o coletivo.

Nas etapas de construção do DSC, tem-se a tabulação dos dados discursivos construídos em quantidade correspondente ao número de questões formuladas para a entrevista, que foram cinco. As respostas foram analisadas e as expressões-chave foram destacadas, agrupando-se aquelas de mesmo sentido. A partir desta análise ocorreu a construção do DSC — reconstrução com recortes de falas — discurso-síntese que expressam um dado pensar ou representação social sobre o fenômeno. Deu-se prosseguimento com a elaboração de uma ideia central para cada DSC, que sintetizasse o conteúdo do DSC⁽¹¹⁾.

Salienta-se que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará sob protocolo número 09230911-9, sendo respeitados todos os preceitos éticos relacionados a pesquisas com seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde⁽¹³⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os Discursos do Sujeito Coletivo foram agrupados por tema, que corresponderam basicamente ao conteúdo que se pretendeu obter por meio dos questionamentos realizados durante as entrevistas. A cada DSC, foi associada à ideia central correspondente de modo a permitir interpretação dos achados, baseando-se na literatura científica.

Percepção sobre o cuidado ao adolescente na atenção básica

Em relação à percepção dos profissionais sobre o cuidado ao adolescente na atenção básica, identificou-se que os profissionais consideravam o atendimento às necessidades de saúde dos adolescentes falho, devido à in-

xistência do direcionamento de ações para os adolescentes. Tal fato constatou-se pela afirmação a inexistência de agendamento específico para o atendimento de adolescentes, assim como de atividades programadas que contemplassem essa faixa etária. Além disso, o discurso a seguir também apontou o potencial prejuízo que a ausência de tais atividades pode representar, considerando que ocorre o impedimento da criação de mais oportunidades para se abordar questões importantes relativas à adolescência, como: autocuidado, planejamento familiar e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

IC/DSC I — Falta de serviços direcionados ao adolescente

Deixa muito a desejar porque não tem um programa direcionado só pra eles, não tem assim um dia especial. Talvez pudesse haver uma melhora do atendimento se tivesse algo mais focalizado neles. Acho que teria de ser. ..., ter um programa ou então um dia na semana para que eles todos ficassem até mais à vontade, porque é ruim atender adolescente junto com o idoso que demora muito. Tá muito falho nosso cuidado com o adolescente porque a gente não tá praticando ações programadas, a gente só atende a demanda. A gente não tem um grupo de adolescentes, não tem um serviço voltado para o adolescente e em especial para o planejamento familiar que é uma coisa que tá bem grave. O índice de gravidez na adolescência tá muito alto e também de DST's. Acho que teria que ter os grupos, ações voltadas pra eles como autocuidado, a questão das DSTs, planejamento familiar. Com relação ao pré-natal, um atendimento direcionado pro adolescente e nós não temos nada disso.

IC/DSC II — Falta de serviços direcionados ao adolescente

Eu ainda percebo uma grande lacuna dessa faixa etária no atendimento diário nas unidades básicas de saúde. Eles são realmente difíceis de serem conquistados. É um grupo que é difícil de trabalhar, não é fácil trabalhar com adolescente porque você tem que fazer alguma coisa pra que o adolescente sinta vontade de vir e pra vir escutar blá, blá, blá, eles não querem não.

Os profissionais consideraram que a quantidade de adolescentes que buscavam por atendimento nas unidades básicas de saúde representava uma pequena parcela do total de usuários que usufruíam diariamente dos serviços oferecidos nesse nível de assistência. Houve o reconhecimento da dificuldade em desenvolver atividades que despertassem a atenção desses adolescentes a

ponto de fazê-los sentirem-se motivados a participar do que lhes era proposto.

Ressalta-se que no contexto das políticas de saúde, nem sempre é possível assegurar-se prioridade para a atenção aos adolescentes, pois sua participação no quadro de morbimortalidade e sua busca por atenção médica são menores do que a de outros grupos, como o de crianças, mulheres e idosos⁽¹⁴⁾.

O discurso seguinte sinalizou que a busca majoritária de adolescentes pelo serviço básico de saúde, ocorria em situações de agravos de saúde ou em situações específicas, como a gestação ou necessidade de imunoprevenção. Devido à dinâmica do serviço já ser caracterizada pelo suprimento de tais necessidades, os profissionais visualizavam o atendimento ao adolescente como indiferenciado em meio à rotina que se configurava na atenção básica.

IC/DSC III — Busca pelo atendimento para suprir necessidades encontradas na demanda espontânea

O cuidado ao adolescente na atenção básica é aquele cuidado mais comum. Ele é acolhido na unidade de saúde, é vista a sua problemática e se direciona a trabalhar essa problemática. Por exemplo, se ele chega precisando de alguma vacina, alguma consulta por estar doente ou então se ele precisa ser encaminhado daqui pra fazer algum exame. Ele só é visto ainda na demanda espontânea. Quando ele procura, quando tá com algum problema de saúde, quando a adolescente já tá grávida, quando já tá com alguma DST, alguma AIDS ou no próprio planejamento familiar.

Além disso, o discurso transpareceu a associação entre a procura pelo serviço de saúde e a existência de circunstâncias vinculadas ao exercício da sexualidade. Salienta-se que a saúde reprodutiva e a educação sexual constituem componentes fundamentais da maioria dos programas de planejamento familiar em todo o mundo e é particularmente importante para os adolescentes, para quem a paternidade é mais propensa a ter os resultados de saúde difíceis ou perigosos. A falta de educação, voltada para saúde reprodutiva e sexual, abrangente e orientada em adolescentes pode aumentar os maus resultados associados a gravidez precoce, criando barreiras ao atendimento ideal⁽¹⁵⁾.

Ademais, a estrutura física inadequada e a carência de recursos materiais foram apontadas pelos profissionais como fatores de desarticulação do atendimento ao adolescente e, conseqüentemente, de perda de oportu-

nidades para formação de vínculo. Fundamenta-se essa alegação no fato de alguns serviços ficarem inviabilizados e também pelo desconforto ocasionado pela ausência de infra-estrutura para acomodação dos pacientes por ocasião da espera pelos atendimentos.

Os profissionais consideraram, ainda que, no caso dos adolescentes, o incômodo poderia ser exacerbado devido às características inerentes da fase vivenciada. Um desafio no contexto da gestão dos serviços é o de adequar-se para possibilitar a captação e adesão dos adolescentes, contemplando singularidades relativas ao gênero, à condição socioeconômica, aos vínculos familiares, ao domicílio, a incapacidades, a escolaridade, ao trabalho e à faixa etária atendida⁽¹⁴⁾.

Os serviços de saúde devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem. Nesta perspectiva, a atenção ao adolescente de modo integral requer orientações básicas para nortear a implantação e/ou implementação de ações e serviços de saúde.

IC/DSC IV- Estrutura física inadequada e escassez de recursos materiais para o atendimento aos adolescentes

Está um pouco desarticulado, porque como a gente não tem um espaço adequado, uma estrutura adequada aqui no posto e por faltar até alguns equipamentos na nossa estrutura, fica quebrado nós não temos nem uma cadeira de dentista, fora outras instrumentos que faltam. Ainda está longe de ser algo ideal, já que nós não temos nem como oferecer um espaço, que fosse mais agradável de estar, porque eles ficam esperando pra fazer a consulta aí, às vezes até em cadeiras que eram de escola, acho que isso prejudica muito. Imagina adolescente que já é mais agitado ter que ficar esperando em um ambiente desses. Tenho certeza que para eles é muito chato.

Houve o reconhecimento por parte dos profissionais das falhas existentes nas duas dimensões para se consolidar o cuidado pleno ao adolescente. Os profissionais mencionaram que a procura desse grupo pelo serviço de saúde era escassa e o serviço, por sua vez, não elaborava articulações para atrair os adolescentes a frequentarem mais o posto em busca pela aquisição de conhecimentos que proporcionassem melhores expectativas de vida, desfrutando de favoráveis condições de saúde.

Para que haja uma assistência integral ao adolescente, a unidade de saúde deve ter em seu plano de ação

o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e a resolução. Não é possível fornecer uma resposta ao problema do usuário com equipe incompleta, carência de insumos e/ou equipamentos quebrados. A garantia da integralidade do cuidado deve ser responsabilidade do sistema de saúde e não fruto da batalha individual, muitas vezes desesperada de cada usuário⁽¹⁶⁾.

Desde o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) de 2000 e em, se firmando na Política Nacional de Humanização (PNH) de 2004, aborda-se a necessidade de recuperação das instalações físicas das instituições, na renovação de equipamentos e aparelhagem tecnológica moderna, no barateamento dos medicamentos, na capacitação do quadro de recursos humanos, entre outros⁽¹⁷⁾.

IC/DSC V — Importância da atenção básica para a perspectiva de vida futura saudável

Parece que nem um dos dois se ajuda. Nem o adolescente aparece muito por aqui e nem o serviço se mobiliza pra resgatar eles, nesse sentido de fazer com que eles freqüentem mais o posto, procurem se informar mais. O mais problemático disso é que quando se pensa em adolescente tem que haver essa atenção de imaginar que daqui a pouco ele vai ser adulto e precisa passar bem por essa fase pra chegar lá saudável. O cuidado ao adolescente na atenção básica é de suma importância, pois a partir desse cuidado, ele pode ter uma vida adulta com muito mais saúde e com muito mais qualidade de vida.

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº6, 286/2007, surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, com o objetivo de oferecer atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens de escolas públicas, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde⁽¹⁸⁾.

O PSE, realizado pelas Equipes de Saúde da Família, é constituído por cinco componentes: avaliação clínica e psicossocial; ações de promoção de saúde e prevenção das doenças e agravos; educação permanente e capacitação de profissionais da Educação e Saúde e de jovens para o PSE; monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; monitoramento e avaliação do PSE⁽¹⁸⁾.

Vale frisar que o período de realização do presente estudo coincidiu com a época de iniciação do desenvolvimento do PSE nas escolas públicas do bairro no qual se

localizava a unidade de saúde. Com isto o DSC enfatizou esta política.

IC/DSC VI — PSE visualizado como estratégia para ampliação do cuidado ao adolescente

Com o PSE, Programa de Saúde na Escola, a gente tá tentando fazer programas tanto assistenciais quanto de promoção pro adolescente. Quando existia um programa parecido com esse antigamente aí existia um trabalho muito bom com o adolescente. Foi há mais ou menos seis anos. Aí existia um trabalho bem legal. Com esse programa era bom porque a gente ia onde ele estava, então, eles escutava a gente, às vezes até por obrigação, mas escutavam a gente, depois começavam a se interessar e era bem legal. Vamos ver nesse se dá certo de novo.

Pelo DSC VI, pôde-se apreender que os profissionais reconheciam o programa como uma tentativa de se ampliar o cuidado ao adolescente por meio da realização de ações no ambiente escolar e de certa forma ampliar o vínculo com o serviço de saúde e com os profissionais. A expectativa positiva com relação ao processo de desenvolvimento do trabalho esteve baseada na referência às experiências anteriores em que o trabalho ocorreu e se conseguiu superar os entraves ocasionados pelo insuficiente interesse inicial que os adolescentes porventura demonstraram.

Vale destacar que programas de promoção da saúde pessoal ou intervenções no ambiente escola potencializam o desempenho escolar de crianças e adolescentes, conforme evidenciado em estudo de revisão que investigou a associação entre o sucesso acadêmico e os serviços de saúde, aconselhamento, serviços sociais, serviços de nutrição, promoção da saúde para o envolvimento pessoal, pais/família/comunidade, ambiente escolar saudável, educação física e saúde⁽¹⁹⁾.

Conhecimento sobre ações e diretrizes políticas de saúde ao adolescente

Em se tratando de conhecimento dos profissionais sobre os programas e as políticas de saúde do adolescente, observou-se a carência de conhecimento acerca das propostas estruturadas pelo governo para o atendimento de adolescentes.

Apesar da suposição de que existiam tais articulações, evidenciou-se a passividade dos profissionais em conhecer o que se tinha construído nesse sentido em prol do adolescente. Destaca-se que informações são adquiridas

em ocasiões pontuais nas quais se expõem ao público algo sobre esses programas e políticas, como ilustra o DSC I.

IC/DSC I — Deficiência de conhecimento sobre programas/políticas de saúde do adolescente

Às vezes, o governo lança esses programas, mas a gente nem toma conhecimento. Dá até pra imaginar que tenha algo formalizado pra adolescência, mas dificilmente alguém vai procurar saber de alguma coisa. Adquire essas informações meio que “no ar”, só vagamente quando tem algum curso, algum congresso. Não conheço, mas acredito que independente da existência desses programas, o adolescente precisa ser bem cuidado e só se aprende a cuidar, cuidando.

Esse discurso permitiu visualizar o sentimento de conformismo dos profissionais com relação ao desconhecimento dos programas e das políticas voltados para a saúde do adolescente, mediante a justificativa de que a prática oferecia subsídios suficientes para se aprender a cuidar desse público, independente da existência de programas que auxiliassem o direcionamento do cuidado.

O atendimento ao adolescente é realizado com base no que se estabelece por meio de outros programas conhecidos pelos profissionais. O ponto de partida para a prestação dos serviços é a demanda espontânea. A partir dessa procura, identifica-se a necessidade do paciente e se procedem a encaminhamentos, caso seja necessário.

IC/DSC II — Atendimento estruturado com base em outros programas de saúde

São feitos os atendimentos, mas tudo dentro do planejamento familiar e do pré-natal, mas não um programa para o adolescente. Quando a gente fala, assim, em adolescente, a gente pensa mais nessa parte de planejamento familiar, prevenção de gravidez, porque é o que ainda mais nos preocupa. O atendimento é feito de acordo com a procura do adolescente. O que ele procura a gente atende, faz o planejamento familiar, faz a orientação em saúde, mas não voltado para um programa do adolescente. A mesma coisa do pré-natal. A adolescente quando tá grávida, ela procura a unidade e é realizado o atendimento, muitas vezes ela é encaminhada por ser uma gravidez de risco. Seguimos as orientações dos programas de prevenção de DST e AIDS. Realizamos também as prevenções ginecológicas das adolescentes.

Os profissionais afirmaram não possuírem capacitação envolvendo políticas e ações direcionadas aos adolescentes e consideraram a experiência adquirida ao

lidar com os mesmos como meio de se munir de conhecimentos para prestar assistência a essa faixa etária.

IC/DSC III — Ausência de capacitação profissional

Não, não sei. Eu nunca fiz nenhum treinamento e nenhuma capacitação sobre isso. A única capacitação que eu tenho tido é exatamente a experiência adquirida ao lidar com eles.

A implantação do PSE no PSF tem sido visualizada pelos profissionais como uma oportunidade para impulsionar o trabalho junto aos adolescentes. Os profissionais têm a expectativa de que o desenvolvimento do trabalho amenize o quadro de situações de risco que prevalece em meio à adolescência.

Existe a necessidade de os profissionais se manterem atualizados, participando de aperfeiçoamentos. Aponta-se a importância de fortalecer a integração entre os profissionais dos diferentes programas e setores da unidade, fomentar a educação continuada, implementar a avaliação permanente que fortaleça os profissionais, valorize a criatividade e promova o diálogo entre a equipe e os adolescentes⁽¹⁴⁾.

As primeiras atividades desenvolvidas sinalizam o início de uma articulação interessante entre o serviço de saúde e a escola, conforme DSC IV.

IC/DSC IV — PSE visto como esperança para otimização do cuidado ao adolescente

A Prefeitura Municipal de Fortaleza está articulando a inserção do PSE no PSF, vai ser o Programa de Saúde da Família juntamente com o Programa de Saúde na Escola. A gente já começou a fazer alguns trabalhos do PSE, os planejamentos junto com os professores. Com os alunos, a gente teve uma oficina com os adolescentes mostrando o que é o PSE e também algumas coletas de dados como exames de saúde bucal pra fazer uma triagem e aferição de peso e medidas. Agora é que eu estou ouvindo falar mais sobre adolescentes exatamente por causa da implantação do PSE no PSF. Eu vi a cadernetinha, achei linda. Esse programa traz uma esperança de poder ver mais esses meninos com livros nos braços em vez de filhos. Espero que ajude também a reduzir o consumo de drogas por essas pessoas que praticamente ainda estão começando a vida. Sabe como é, andando pela comunidade dá pra descobrir muita coisa.

No DSC IV, fez-se referência à Caderneta de Saúde do adolescente, instrumento criado pelo Ministério da Saúde em 2009. A Caderneta deve ser utilizada para

registro do acompanhamento de saúde do adolescente, além disso, existem espaços destinados ao uso pessoal do portador. O instrumento também fornece informações relevantes de cunho educativo. O Ceará recebeu 217.010 e 80 profissionais de saúde do estado foram capacitados para usar o livreto⁽¹⁸⁾.

A escola tem se configurado como espaço privilegiado da articulação entre os setores educacional e de saúde na opinião dos profissionais. Conforme enfatizado no DSC V, o trabalho conjunto de profissionais de educação e saúde permite ampliar o cuidado ao adolescente no sentido de direcionar a assistência com base na contemplação do sujeito em seus diversos ambientes de atuação enquanto ser social. Pois, a informação adequada, a carência de um sistema educacional que estimule a sociabilidade e ainda a precária qualidade dos serviços de saúde, faz com que os adolescentes, tanto no nível social quanto individual, se tornem bastante vulneráveis, exigindo da família, dos profissionais de saúde e da educação uma análise dos problemas que possam advir com danos e agravos à saúde, e uma sistematização de ações com vistas a um atendimento eficiente a esse grupo etário⁽²⁰⁾.

Pôde-se perceber também a visualização do espaço escolar como ambiente propício ao desenvolvimento de atividades de educação em saúde.

IC/DSC V — PSE visto como esperança para otimização do cuidado ao adolescente

A gente trabalha com educação em saúde nas escolas, inclusive pra adolescente, é..., sobre as doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência, as drogas,... Eu acho um trabalho muito interessante porque é uma forma de cuidar das crianças e do adolescente também sem necessariamente eles virem pra cá. É um modo de fazer um link entre a saúde e a educação porque é na escola que eles estão todos os dias e as pessoas que trabalham lá sabem muito sobre a vivência deles. Já aconteceu aqui caso de a gente precisar falar com professor pra perguntar como estava sendo o comportamento do adolescente devido a uma questão de saúde. Se a gente pára pra pensar um pouquinho mais, (a escola) já é um ambiente em que eles vão pra aprender, então, tem a chance de se fazer atividade de educação em saúde, de prevenção.

A escola é, pois, um espaço privilegiado para a promoção de saúde em um enfoque ampliado, na intenção de construção de cidadania. Envolve diversos atores, crianças e adolescentes numa etapa crítica de crescimen-

to e desenvolvimento. Assim, considera-se que a escola é espaço de grande relevância para a promoção da saúde, principalmente quando esta questão se insere na constituição do conhecimento do cidadão crítico, estimulando-o à autonomia, ao exercício de direitos e deveres, às habilidades com opção por atitudes mais saudáveis e ao controle das suas condições de sua saúde e qualidade de vida⁽¹⁸⁾. Indubitavelmente, a escola é o melhor local para discutir assuntos relativos ao adolecer, a sexualidade, e outros aspectos para obter um desenvolvimento saudável, formação e preparação para a vida adulta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se o déficit de conhecimento dos profissionais quanto às ações e estratégias criadas pelo governo na atenção ao adolescente nos serviços públicos de saúde.

Mesmo em meio ao desconhecimento de tais propostas, foi possível identificar que os profissionais tinham noção plausível de quais eram as necessidades das pessoas dessa faixa etária, provavelmente, esse conhecimento foi adquirido durante as oportunidades de atendimento ao adolescente e de certa forma, se fundamentam também, em referenciais teóricos adquiridos. Tal fato constatou-se na preocupação dos profissionais em valorizar as orientações relacionadas ao exercício da sexualidade, ao autocuidado, à prevenção do uso de drogas e demais questões vinculadas às vivências dos adolescentes.

Verificou-se ainda que a procura pela atenção primária pelos adolescentes, na dimensão majoritária, ocorria por circunstâncias de agravos de saúde ou situações específicas, como gestação, doenças sexualmente transmissíveis e imunoprevenção, sendo a oferta de acordo com a demanda, enquanto as ações de promoção de saúde ficavam timidamente representadas, pois não integravam a rotina do serviço.

Diante dessa realidade, concluiu-se que as práticas dos profissionais de saúde eram reflexos do que ocorria no serviço como um todo, já que se pôde constatar uma lacuna quanto à estrutura da dinâmica do serviço para o atendimento aos adolescentes. Apesar das tentativas de consolidação de grupos para adolescentes, ocorriam descontinuidades do trabalho e como impedimentos eram ressaltados a ausência de apoio da rede, a inconveniência de horários e as dificuldades para conquistar os adolescentes.

Quanto à incorporação dos conceitos e das ações de integralidade, os profissionais conseguiram cumprir

em parte o que é preconizado nesse princípio, pois tentaram transpor o atendimento baseado em questões puramente biológicas. A formação de vínculos também foi referida pelos profissionais como importante estratégia para promover a integralidade do cuidado.

Faz-se oportuna a reflexão sobre a integração entre a saúde e a educação para ampliar o cuidado à saúde do adolescente. O PSE configura como oportunidade de atender o princípio da integralidade, uma articulação em um cenário social que rompe a idealização ultrapassada de promover a saúde apenas em instituições próprias da saúde. Espera-se que o estudo venha promover reflexões sobre a necessidade de tornar visível a necessidade de englobar de forma contínua a essência da integralidade como fundamento para a atenção e o cuidado ao adolescente, iniciando pela atenção primária.

REFERÊNCIAS

1. Almeida MEGG, Pinho LV. Adolescência, família e escolas: implicações na orientação profissional. *Psicol Clin*. 2008; 20(2):173-84.
2. Ferreira MA, Alvim NAT, Teixeira MLO, Veloso RC. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. *Texto & Contexto Enferm*. 2007; 16(2):217-24.
3. Sposito MP, Carrano P. Juventude e políticas públicas no Brasil. *Rev Bras Educ*. 2003; 24:16-39.
4. Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. *Interface Comun Saúde Educ*. 2008; 12(25):387-400.
5. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(1):53-61.
6. Fontoura RT, Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(4):532-7.
7. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2001. p. 39-64.
8. Ministério da Saúde (BR). Política nacional da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 (Série Pactos pela Saúde, v. 4).
9. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(5):1411-6.
10. Carvalho QCM, Galvão MTG, Cardoso MVLM. Abuso sexual infantil: percepção de mães em face do abuso sexual de suas filhas. *Rev Latinoam Enferm*. 2009; 17(4):501-6.
11. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface Comum Saúde Educ*. 2006; 10(20):517-24.
12. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. A amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1):17-27.
13. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2 supl.):15-25.
14. Bursztyn I. Estratégias de mudança na atenção básica: avaliação da implantação piloto do Projeto homens jovens e saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(10):2227-38.
15. Grizzard T, González E, Sandoval J, Molina R. Innovations in adolescent reproductive and sexual health education in Santiago de Chile: effects of physician leadership and direct service. *J Am Med Womens Assoc*. 2004; 59(3):207-9.
16. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2001. p.113-26.
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
18. Ministério da Saúde (BR). Programa saúde na escola [Internet]. 2009. [citado 2010 jun 21]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/programa_saude_na_escola.php.
19. Murray NG, Low BJ, Hollis C, Cross AW, Davis SM. Coordinated school health programs and academic achievement: a systematic review of the literature. *J Sch Health*. 2007; 77(9):589-600.
20. Davim RMB, Germano RM, Menezes RMV, Carlos DJD. Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. *Rev Rene*. 2009; 10(2):131-40.

Recebido: 04/07/2011

Aceito: 12/09/2011