



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

EMANUELLA SOARES FRAGA FERNANDES

**SAÚDE DO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM GUANAMBI,
BAHIA: ENCONTROS E DESENCONTROS PARA PRODUÇÃO DO CUIDADO**

FEIRA DE SANTANA - BA

2018

EMANUELLA SOARES FRAGA FERNANDES

**SAÚDE DO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM GUANAMBI,
BAHIA: ENCONTROS E DESENCONTROS PARA PRODUÇÃO DO CUIDADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Gestão do trabalho, Educação Permanente e o Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos

FEIRA DE SANTANA - BA

2018

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

F399s Fernandes, Emanuella Soares Fraga
Saúde do adolescente na Atenção Básica à Saúde em Guanambi, Bahia
: encontros e desencontros para produção do cuidado / Emanuella Soares
Fraga Fernandes . - 2018.
156 f.: il.

Orientador: Adriano Maia dos Santos.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.

1. Saúde – Adolescentes. 2. Atenção Básica à Saúde – Guanambi
(BA). I. Santos, Adriano Maia dos, orient. II. Universidade Estadual de
Feira de Santana. III. Título.

CDU: 614-053.6

**SAÚDE DO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM GUANAMBI,
BAHIA: ENCONTROS E DESENCONTROS PARA PRODUÇÃO DO CUIDADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em Feira de Santana, 31 de agosto de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos (Orientador)
Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. José Patrício Bispo Júnior
Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr^a Ana Áurea Alécio de O. Rodrigues
Universidade Estadual de Feira de Santana

Dedico esta dissertação à Letícia,
minha querida sobrinha adolescente,
que me faz recordar cotidianamente
a efervescência dessa fase da vida.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, em primeiro lugar, pela força sempre presente em todos os momentos de minha vida, por ser a minha condição diante das limitações e por ter iluminado o meu caminho durante essa trajetória. Sem o Senhor nada seria possível ou teria sentido!

Aos meus pais, **Honorina** e **Antônio**, pelo amor incondicional, por não medirem esforços para me apoiarem nos meus sonhos, pela dedicação, pela preocupação, pelas orações, por tudo...

Ao meu esposo **William**, pelo carinho, cuidado, companheirismo e compreensão diante das minhas ausências.

À **Isabela** e **Nicole**, minhas pequenas, pelos abraços mais gostosos, nos quais me refugiava nos momentos de estresse. Tia ama vocês, princesinhas!

Aos demais familiares, **avós, tios, tias, primos, primas, sogro, sogra, cunhados e cunhadas** pelo afeto e por torcerem por mim.

A **todos os docentes do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UEFS** pela brilhante condução no processo ensino-aprendizagem e por compartilhar conosco esse bem tão precioso que é o conhecimento.

Ao servidor da secretaria do programa, **Jordan**, pela dedicação e, conseqüente, contribuição na resolução de nossas solicitações.

A **todos os colegas do mestrado** pelo convívio e aprendizado durante esses dois anos. Em especial à **Lindi**, pessoa colocada por Deus em meu caminho, minha companheira nessa jornada. Com você a distancia Guanambi-Feira de Santana ficou muito menor.

À **Rayana, Narinha, Dane, Paloma, Alana, Jéssica, Talitha e Bárbara** pela amizade, pelos momentos de descontração, por permitirem eu compartilhar tanto minhas alegrias, quanto minhas angústias/ansiedades e pelas palavras de incentivo para seguir em frente.

À **Cleide**, uma das melhores professoras que tive na vida e que tive a honra de ser colega na graduação. Obrigada por acreditar tanto em mim, de um jeito que me dá até medo!

À **Larissa**, minha mãe acadêmica, por ter me “adotado” e por todo o incentivo que tem me dado desde a graduação.

À **Universidade do Estado da Bahia (UNEB) - Campus XII** pela permissividade para que meus horários fossem adequados em dias aos quais eu não tinha aula na UEFS.

Aos **meus colegas de trabalho da UNEB - Campus XII**, pelo apoio, incentivo, amizade, carinho e momentos compartilhados.

Aos **meus alunos** pelo crescimento que tem me proporcionado nessa via de mão dupla que é o processo ensino-aprendizagem. Carrego comigo um pouquinho de cada um de vocês.

À **Ayesha, Ana Paula e Amanda**, minhas ex-alunas, agora enfermeiras, que foram comigo nos grupos focais com os adolescentes. Muito obrigada, meninas!

Aos **adolescentes, gestores e profissionais de saúde** pela disponibilidade em participar das entrevistas e grupos focais. Bem como, aos pais dos adolescentes por consentirem a participação dos seus filhos nessa pesquisa.

À **Fundação Estatal de Saúde da Família FESF-SUS** que financia este programa de mestrado, viabilizando a concretização do mesmo.

Aos **membros da banca examinadora**, pelas contribuições na dissertação, tanto na qualificação do projeto quanto na defesa.

Agradeço especialmente ao meu orientador, **Adriano Maia dos Santos**, por contribuir para o meu crescimento pessoal e profissional durante esse processo, pelos ensinamentos, orientações, palavras de incentivo, puxões de orelha, paciência e dedicação. Muito obrigada por tudo! Tenho muito orgulho de ter sido sua orientanda.

Enfim, a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização desse sonho, muito obrigada!

Adolescentes são seres especiais que nos ensinam a vivenciar as mudanças do presente, plenos de fé no futuro. Para eles, o futuro é agora, e o presente para sempre, sendo o tempo uma variável ilógica entre o poder e a escolha, entre o sonho e a realidade.

(SAITO, 1998)

RESUMO

FERNANDES, Emauella Soares Fraga. **Saúde do adolescente na Atenção Básica à Saúde em Guanambi, Bahia: encontros e desencontros para produção do cuidado.** 2018. 156f. [Mestrado Profissional em saúde Coletiva] Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2018.

A adolescência é uma fase da vida permeada por transformações biopsicossociais e requer dos serviços de saúde um olhar sensível às suas necessidades. A maioria dos problemas de saúde desse segmento populacional pode ser resolvida no âmbito da Atenção Básica à Saúde (ABS), e, sua unidade de atendimento é um *loco* privilegiado na efetivação de práticas de um cuidado integral aos usuários nessa fase da vida. Contudo, na realidade cotidiana destes serviços, esse cuidado nem sempre tem se concretizado. Diante do exposto, esta pesquisa tem como objetivo geral: analisar a produção do cuidado ao adolescente no âmbito da ABS em Guanambi-BA. E como objetivos específicos: compreender como se processam o acesso, o acolhimento e o vínculo no cuidado ofertado aos adolescentes nos serviços de ABS; descrever as práticas dos profissionais de saúde no que tange ao cuidado com o adolescente na ABS, tendo como perspectiva as ações no âmbito individual; discutir os aspectos relacionados ao processo formativo dos trabalhadores de saúde (gestores e profissionais da ABS) para produção do cuidado à saúde do adolescente, levando em consideração a experiência acadêmica e a formação em serviço. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa desenvolvida com gestores da Secretaria Municipal de Saúde, além de profissionais e adolescentes de cinco Unidades de Saúde da Família (USF) de Guanambi, Bahia. A coleta de dados ocorreu entre setembro e novembro de 2017, por meio de entrevistas semiestruturadas com sete gestores e 17 profissionais da ABS, um grupo focal com dez profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e cinco sessões de grupo focal, abarcando um total de 47 adolescentes usuários do serviço. Para apreciação dos dados foi utilizada a análise de conteúdo temática. Os resultados apontam que o acesso do adolescente aos serviços de ABS ocorre de forma indiferenciada em meio à demanda da unidade, não sendo a assistência individual específica ao adolescente contemplada na organização da agenda semanal. Desse modo, o acesso a esse tipo de atendimento apresentou-se majoritariamente direcionado a uma perspectiva sexual/reprodutiva e restritivo à saúde da mulher. Além das barreiras organizacionais e de gênero, o acesso revelou-se permeado por entraves de ordem geográfica, técnica e simbólica que acabam por afastar ainda mais o adolescente do serviço. Em meio a esses desafios, o agente comunitário de saúde surge nos discursos dos participantes deste estudo como um facilitador do acesso desse público aos serviços de ABS. O acolhimento e o vínculo mostram-se comprometidos pelo despreparo do profissional em lidar com esse público e a forma como são tratados no serviço da ABS é utilizada pelo adolescente como critério para avaliação da qualidade do atendimento. No que concerne ao despreparo do profissional no cuidado a esse público os resultados evidenciam uma incipiente formação na graduação e especialização e carência de educação permanente. Assim, é necessário um maior investimento na formação/capacitação dos profissionais de saúde no que tange o cuidado ao adolescente como caminho para (re)inventar, criticar e aperfeiçoar a prática nos serviços da ABS, favorecendo a adesão desse segmento populacional às ações propostas.

Palavras chave: Saúde do Adolescente; Atenção Primária à Saúde; Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

FERNANDES, Emauella Soares Fraga. **Adolescent health in Basic Health Care in Guanambi, Bahia: meetings and disagreements for the production of care.** 2018. 156f. [Professional Master's in Collective Health] State University of Feira de Santana, Feira de Santana, 2018.

Adolescence is a phase of life permeated by biopsychosocial transformations and it requires the health services a sensitive view of their needs. Most of the health problems of this population segment can be solved in the scope of Basic Health Care (ABS), and its service unit is a privileged place in the practice of comprehensive care for users in this phase of life. However, this care has not always materialized in the daily reality of these services. Considering this, the present work has as general aim: to analyze the adolescent's care production of ABS in Guanambi, Bahia, Brazil. As specific objectives: to understand how they process the access the reception and the bond in the care offered to the adolescents in the ABS services; to describe the practices of health professionals regarding adolescent care in ABS, with a perspective on actions at the individual level; to discuss aspects related to the training process of health workers (managers and professionals from ABS) to produce adolescent health care, taking into account academic experience and in-service training. This is a qualitative research approach, which was developed with managers of the Municipal Health Department, as well as professionals and adolescents from five Family Health Units (USF) in Guanambi, Bahia. Data collection was performed with seven managers and 17 primary healthcare professionals between September and November 2017, through semi-structured interviews with a focus group with 10 professionals from the Family Health Support Center (NASF) and five focal group sessions, comprising a total of 47 teen users of the service. Thematic content analysis was used to evaluate the data. The results point out that adolescent access to ABS services occurs undifferentiated amid the unit's demand, and individual adolescent-specific care is not included in the organization of the weekly schedule. Therefore, access to this type of care was mainly directed to a sexual and reproductive perspective and restrictive to women's health. In addition to the organizational and gender barriers, access has been permeated by geographical, technical and symbolic obstacles that end up further distancing the adolescent from the service. Amid these challenges, the community health agent appears in the participants's speeches of this study as a facilitator of the public's access to ABS services. Reception and bonding are compromised by the professional's unpreparedness in dealing with this public and the way they are treated in the ABS services service is used by the adolescent as a criterion for assessing the quality of care. Regarding the lack of preparation of the professional in the care of this public, the results show an incipient formation in graduation and specialization as well as a lack of permanent education. Thus, it is necessary a greater investment in the *training and qualification of health professionals* regarding adolescent care as a way to (re) invent, criticize and improve the practice in ABS services services, favoring the adhesion of this population segment to the proposed actions.

Keywords: Adolescent Health; Primary Health Care; Integrality in Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
ASAJ	Área da Saúde do Adolescente e do Jovem
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGSAJ	Coordenação Geral da Saúde de Adolescentes e Jovens
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONJUVE	Conselho Nacional de Juventude
CTA	Centro e Testagem e Aconselhamento
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EPS	Educação Permanente em Saúde
EqSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GPISC	Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Saúde Coletiva
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
Pro-jovem	Programa Nacional de Inclusão de Jovens
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
PSE	Programa Saúde na Escola
PNAISAJ	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens
PNAISARI	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNT	Política Nacional Telessaúde Brasil
SUS	Sistema Único de Saúde
SNJ	Secretaria Nacional da Juventude
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UNEB	Universidade do Estado da Bahia
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UFBA	Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO: ENCONTROS E DESENCONTROS	13
1.2	RECORTE DO OBJETO DE ESTUDO: POTÊNCIA PARA CAMINHAR	18
2	REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1	CONTEXTUALIZANDO A ADOLESCÊNCIA E SEUS ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	24
2.2	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS AO ADOLESCENTE: PERCURSO E PERCALÇOS	33
2.3	PRODUÇÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DO ADOLESCENTE	42
3	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	53
3.1	TIPO DE ESTUDO	53
3.2	CAMPO DE INVESTIGAÇÃO	54
3.2.1	Rede de serviços de Guanambi	54
3.2.2	Cenário eleito para produção dos dados	56
3.3	SUJEITOS DO ESTUDO	57
3.4	PRODUÇÃO DOS DADOS	59
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	63
3.6	PRINCÍPIOS ÉTICOS	64
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
4.1	DISPOSITIVOS PARA PRODUÇÃO DO CUIDADO AO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: ACESSO, ACOLHIMENTO E VÍNCULO	66
4.2	ASSISTÊNCIA INDIVIDUAL AO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: INESPECÍFICA, FRAGMENTADA E AMBÍGUA	90
4.3	DESENCONTROS ENTRE FORMAÇÃO PROFISSIONAL E NECESSIDADES DE CUIDADO AOS ADOLESCENTES NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	103
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
	REFERÊNCIAS	123
	APÊNDICE A - TCLE (Gestores e profissionais de saúde)	142
	APÊNDICE B - TCLE (Profissionais do NASF)	143

APÊNDICE C - TCLE (Pais ou responsáveis pelo adolescente menor de 18 anos)	144
APÊNDICE D - TCLE (Adolescentes com idade igual ou maior que 18 anos)	145
APÊNDICE E - TALE (Adolescentes com menos de 18 anos)	146
APÊNDICE F - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (Grupo I - gestores)	147
APÊNDICE G - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA Grupo II (profissionais de saúde) - enfermeiro, médico, cirurgião dentista	148
APÊNDICE H - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA Grupo II (profissionais de saúde) - Agente Comunitário de Saúde (ACS)	149
APÊNDICE I - INSTRUMENTO PARA GRUPO FOCAL COM O NASF	150
APÊNDICE J - INSTRUMENTO PARA GRUPO FOCAL COM ADOLESCENTES	151
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA	152
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	153

1 INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO: ENCONTROS E DESENCONTROS¹

A motivação pessoal para este projeto de pesquisa emergiu da afinidade em trabalhar com questões que envolvem a adolescência. Minha aproximação com tal público foi permeada de encontros e desencontros que, paradoxalmente, contribuíram para compreensão e identificação do objeto deste estudo.

O primeiro desencontro foi na graduação, em 2010, ao cursar a disciplina “Enfermagem em atenção à saúde criança e do adolescente” no curso de enfermagem da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), em Guanambi, Bahia. Contraditoriamente, naquela ocasião não tive oportunidade de contato com adolescentes no campo das práticas e, por sua vez, nas aulas teóricas, os conteúdos relacionados à saúde do adolescente também foram ofuscados pelo tópico “criança”. Além disso, no transcorrer de toda graduação a temática sobre saúde do adolescente não foi priorizada, nem mesmo transversalizando os conteúdos.

Em 2012, concluí uma especialização em Saúde Pública, com ênfase em Saúde da Família. Nesta nova experiência acadêmica as várias disciplinas abordaram as diversas fases do desenvolvimento humano, porém, a saúde do adolescente, inexplicavelmente, foi, também, suprimida dos conteúdos temáticos.

Tais ausências de conteúdo inquietavam-me e não ficavam, naquele momento, satisfatoriamente explicadas as razões para “banalização” da adolescência no campo da formação dos enfermeiros. Segundo Patrício (2000), até o início da década de noventa, o conhecimento referente ao cuidado com o adolescente se restringia às especialidades, nas graduações a adolescência era citada como uma fase que deveria “se passar” para chegar à idade adulta. Entretanto a deficiência na atenção à saúde do adolescente ainda é uma realidade atual de muitos currículos na área da saúde.

Conforme Vitalle, Almeida e Silva (2010) são históricas as limitações educacionais das escolas de ciências médicas frente ao processo de formação do estudante sobre o cuidado à saúde do adolescente. Segundo os autores, nos últimos anos observa-se a inserção de

¹ Optamos por utilizar no tópico 1.1 os verbos na primeira pessoa do singular por ser a aproximação com o objeto de estudo um texto com caráter mais pessoal, entretanto, a partir do tópico 1.2 os verbos serão conjugados na primeira pessoa do plural.

perspectivas mais ampliadas na matriz curricular em relação ao cuidado aos adolescentes, porém, ainda de maneira insuficiente, podendo gerar, no futuro profissional, sentimento de incapacidade, despreparo e, muitas vezes, abordagens inapropriadas, conservadoras e desinteressantes para lidar com pessoas nesta fase da vida.

Tais desencontros impulsionaram-me a buscar aproximações por diferentes vias em procura de possíveis encontros com o tema relacionado à saúde do adolescente.

Em 2013, surgiu um concurso na UNEB, em Guanambi, justamente com o tema “Enfermagem em atenção à saúde criança e do adolescente” e, apesar das minhas supostas limitações, resolvi encarar, estudar e concorrer à vaga para docente. Neste sentido, a lacuna vivenciada em meu processo formativo, paradoxalmente, foi um dos motivos para a minha escolha, pois acreditava que sendo docente poderia aprender mais e, simultaneamente, preencher nas dimensões teórico e prática a lacuna existente na formação dos enfermeiros naquela instituição. Assim, os desencontros iniciais foram meus propulsores para novos encontros, pois fui aprovada e sou, atualmente, professora na mesma universidade que me graduei.

Na sequência, logo que iniciei o meu trabalho como docente, fui convidada por uma colega da instituição para colaborar em seu projeto de iniciação científica que tinha por objetivo “validar um instrumento de coleta de dados para subsidiar a consulta de enfermagem à mulher no climatério”. Tal instrumento teria um enfoque amplo no intuito de contemplar a integralidade à saúde, considerando o cuidado integral à mulher que vivencia o climatério.

No decorrer do projeto, elaboramos o instrumento proposto, aplicamos junto às usuárias de serviços públicos de saúde e realizamos seções de grupo focal com as enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nesse percurso, percebi, por meio dos depoimentos dos grupos, o quanto limitamos nossa atuação ao dito “produtivo”, para responder às metas “impostas” pelos gestores dos serviços de saúde, em detrimento, algumas vezes, da própria qualidade na produção do cuidado. O quanto que atendemos aos programas e não ao paciente em sua integralidade, por exemplo: a mulher climatérica hipertensa que comparece a consulta de enfermagem de exame preventivo do câncer de colo uterino e de mama agenda uma consulta de Hiperdia com a enfermeira para o dia seguinte, evidenciando assim a fragmentação do cuidado.

Neste sentido, a participação naquela experiência de pesquisa remeteu-me a um novo reencontro, uma oportunidade de refletir meu processo de trabalho anterior à docência, enquanto enfermeira que atuava na ESF. Diante disso, despertaram em mim várias inquietações acerca do cuidado às populações que não se encaixam nas ações programáticas

instituídas nos serviços de saúde e que, por isso, recebem um cuidado que reproduz o modelo impessoal, medicalizante e, muitas vezes, desumanizado. E, como síntese, percebi as pistas para ausência do cuidado à saúde do adolescente nas minhas experiências formativas, posto que a fragmentação nas práticas nos serviços de saúde é resultante de políticas verticalizadas ou descontextualizadas (na academia e no mundo do trabalho) que se distanciam da integralidade da atenção e, por sua vez, reproduzem-se no processo de trabalho dos profissionais, capturando sua criatividade para produção do cuidado.

As reflexões e autocrítica permitiram-me perceber meus limites e contradições enquanto enfermeira da ESF no que tangia, também, à saúde do adolescente, pois, apesar da afinidade que tenho com esse grupo populacional, as atividades de intervenção que desenvolvia foram pontuais e incipientes, reproduzindo justamente o que eu buscava superar. Entretanto, essa percepção foi suscitada após meu ingresso na docência a partir das novas experiências vivenciadas no processo de formação de futuros profissionais de enfermagem evidenciando um distanciamento do que era pregado na teoria com o que ocorria na prática cotidiana dos serviços de saúde.

Concomitantemente ao projeto mencionado, participei também de um projeto de extensão intitulado “Promoção da saúde e prevenção do risco cardiovascular em escolares de Guanambi – BA”, com o qual realizava oficinas nas escolas de primeira a quarta séries do município com o intuito de incentivar a adoção de hábitos de vida saudáveis entre os escolares. Ressalto, também, que mesmo neste projeto, ainda carregava a noção de “saudáveis” a partir de uma certa “verdade científica” sem levar em consideração as experiências dos sujeitos.

Por sua vez, tais experiências influenciaram o delineamento do projeto para me tornar uma docente com Dedicção Exclusiva na UNEB. O projeto que propus para a instituição foi intitulado de “Adolescer”, que tem como objetivo geral realizar em parceria com uma ESF do município de Guanambi – BA ações que contribuam para a promoção da saúde integral do adolescente. A coordenação desse projeto foi o principal marco de encontro/envolvimento com o público adolescente em minha trajetória acadêmica/profissional. Este projeto encontra-se vinculado ao Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Saúde Coletiva (GPISC), na UNEB, no qual participo na linha de pesquisa “Políticas, avaliação e atenção à saúde da criança e adolescente”.

Desde então enveredei-me em coautorias de produções científicas relacionadas à saúde do adolescente, algumas apresentadas em eventos e publicadas em anais, como: “Violência doméstica contra criança e adolescente: atuação do enfermeiro da atenção básica”; “Qualidade

de vida de crianças e adolescentes com insuficiência renal crônica: uma revisão sistemática da literatura”; “Famílias de crianças e adolescentes com autismo: cotidiano e realidade do cuidado - uma revisão de literatura”; “Atividade educativa com adolescentes sobre gravidez e projeto de vida: um relato de experiência”; “internações de adolescentes por acidentes de trânsito na Bahia”; “Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes diabéticos”; “Educação em saúde na adolescência no âmbito escolar: um relato de experiência”. Esse último trabalho recebeu premiação e também evidenciou a importância da atuação do enfermeiro² na prevenção doenças/agravos e promoção da saúde e do adolescente.

Ainda em relação às produções científicas na área de saúde do adolescente, sou coautora de dois artigos, uma revisão de literatura intitulada “Assistência de enfermagem ao público adolescente na Atenção Primária” publicada na Revista Enfermagem Atual, e um artigo original com título “Percepção de adolescentes de uma escola municipal acerca da autoimagem corporal” publicado na Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica.

Neste caminhar, orientei também alguns Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) voltados ao público adolescente: “Perfil sociodemográfico de adolescentes diabéticos na cidade de Guanambi-BA” e “Assistência pré-natal a adolescentes grávidas” (orientações concluídas); “Percepção de mães adolescentes frente a maternidade vivenciada”, “Atuação da enfermagem no cuidado à saúde sexual e reprodutiva do adolescente na Estratégia de Saúde da Família”, “Comportamento em saúde e sua relação com o projeto de vida: percepção de adolescentes escolares” (orientações em andamento). Na maioria desses trabalhos, os adolescentes estudados estavam/estão inseridos em programas tidos como prioritários na Atenção Básica à Saúde (ABS) que são respectivamente o Hiperdia, o pré-natal e o planejamento familiar, o que também me despertou o interesse de pesquisar aquele adolescente que nem sempre se insere nas ações programáticas já consagradas no serviço de ABS.

Em minha *práxis* como docente, ao acompanhar os alunos nas atividades extensionistas e de ensino, no campo de prática, das disciplinas “Enfermagem em atenção à saúde da criança e do adolescente” e em “Estágio curricular Supervisionado I”, em diversos serviços da ABS, percebi que a atenção à saúde do adolescente é negligenciada e fragilizada, apesar da vulnerabilidade inerente ao ser adolescente e da existência de políticas públicas voltadas para esse segmento populacional. Neste aspecto, o contato dos graduandos com os

² Apesar de ser sensível a uma linguagem inclusiva de gênero, para garantia de uma melhor fluidez na leitura do texto será utilizado, as palavras no gênero masculino para se referir a alguma categoria mista de pessoas.

adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) também é dificultado pelo comparecimento mínimo dos adolescentes aos serviços de saúde.

No cotidiano dos serviços de ABS por onde passei, inclusive onde atuei como enfermeira, é possível identificar uma priorização no atendimento da mulher em seu ciclo gravídico-puerperal, no atendimento de puericultura e de pessoas com quadros patológicos agudos ou crônicos, mas geralmente não se encontra nas agendas dos profissionais de saúde um espaço reservado para o atendimento individual ao adolescente que considere às suas especificidades.

O atendimento individual é um momento importante para realização de um atendimento integral à saúde, valorização das singularidades dos sujeitos, e também um direito do adolescente. Entretanto já presenciei situações em que profissionais de saúde vivenciam um verdadeiro conflito ético na decisão de atender ou não o adolescente sem a presença de um responsável, transformando isso em um empecilho para o atendimento.

Além disso, percebo que atividades coletivas de educação em saúde voltadas aos adolescentes, muitas vezes, não são priorizadas nos serviços de saúde. Em estudo realizado em um município da região Sudoeste da Bahia, foi constatado que as atividades promocionais e preventivas apresentam-se de forma expressiva no processo de trabalho dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSF), porém, entre as ações com menores registros estão às voltadas à atenção à saúde do adolescente (SANTOS et al., 2010).

As atividades educativas com o público adolescente, quando ocorrem, frequentemente restringem sua temática aos problemas estereotipados, numa perspectiva centrada no risco, na doença, sem considerar as subjetividades e potencialidades do adolescente enquanto sujeito social em formação, conforme observado em estudos de revisão realizados por Macedo e Conceição (2013) e por Silva (2016).

Como trazer os adolescentes ao serviço de saúde tem se apresentado como um desafio, muitas vezes é necessário ir até os locais que agregam os adolescentes para realizar as atividades de educação em saúde, como escolas, por exemplo. Nesse sentido, em alguns momentos deparo-me com professores que reprimem os adolescentes de terem uma participação efetiva nas atividades realizadas pelos graduandos, sobretudo as que tratam de sexualidade, por considerarem os questionamentos dos adolescentes como desvios de conduta, o que inibe a abordagem da temática com a abertura que julgo necessária.

Assim, ao término da realização dessas atividades propostas pela minha disciplina na graduação e pelo projeto de extensão que coordeno, os adolescentes nos procuram para sanar suas dúvidas e receios de forma privada, o que sinaliza a sua necessidade por um atendimento

que garanta sua privacidade com confidencialidade e resolutividade. Além disso, costumo incentivá-los a procurar os serviços de saúde e os mesmos queixam-se da falta de espaço, acolhimento e atenção dos profissionais.

Diante do exposto, ao inscrever-me na seleção do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), elaborei um projeto pautado em um problema que me instiga e que desejo estudar: a atenção à saúde do adolescente no âmbito da ABS a partir da perspectiva do usuário do serviço (no caso, os adolescentes) e dos diversos profissionais de saúde envolvidos com a produção do cuidado em saúde.

Este estudo mostra-se relevante, pois, o conhecimento produzido a partir dos olhares de quem protagoniza o problema estudado, poderá colaborar para o fortalecimento das ações para o cuidado integral à saúde dos adolescentes no âmbito da ABS, refletindo assim na melhoria de vida e saúde desse segmento populacional.

Espera-se ainda que os saberes construídos a partir deste estudo possam servir de ferramenta para atividades de ensino, pesquisa e extensão, beneficiando o processo formativo de alunos dos cursos de saúde.

Além disso, antes mesmo da publicação dos resultados, este estudo poderá contribuir para sensibilizar os profissionais da saúde sobre a importância da atenção integral à saúde do adolescente, pois apesar de não ser uma pesquisa ação, acredita-se que no momento da entrevista perguntas relacionadas ao tema apresentam potencial de estímulo à reflexão da prática profissional.

Por fim, de alguma forma, encontro e desencontros não são polos excludentes, mas possibilitam linhas de fuga para novas criações ou recuperação de sonhos, sempre com potência para continuar caminhando e reinventar nossa própria história.

1.2 RECORTE DO OBJETO DE ESTUDO: POTÊNCIA PARA CAMINHAR

A presente pesquisa tem como objeto de estudo a “análise da atenção à saúde do adolescente no contexto da Atenção Básica à Saúde do município de Guanambi, Bahia”.

A adolescência é uma fase do ciclo vital situada entre a infância e a adultícia, sendo um período de rápido amadurecimento cognitivo, social, emocional e físico, este inicia-se com o surgimento gradual de características sexuais secundárias em torno dos 11 ou 12 anos e termina com a conclusão do crescimento do corpo aos 18 a 20 anos de idade (KOLLAR, 2011).

Entre as mudanças biopsicossociais características da adolescência estão: a maturação sexual; adaptações ao corpo em transformação, às novas relações sociais, e às novas experiências; a busca da identidade adulta, da autonomia e da independência; a separação progressiva dos pais; a tendência grupal; a vivência temporal singular; as variações de humor; a atitude social reivindicatória; e a manifestação contraditória de conduta (TEIXEIRA et al., 2014; LEAL; SAITO, 2014).

Essas rápidas transformações vivenciadas podem contribuir tanto para a formação do eu seguro, protagonista de mudanças e da reestruturação do seu futuro quanto para a vulnerabilidade do adolescente. É importante ressaltar que estar vulnerável não é uma situação restrita ao adolescente, porém nessa fase essa possibilidade deve ser valorizada (SAITO, 2014a).

Entre as vulnerabilidades à saúde e sobrevivência do adolescente destacam-se: acidentes, HIV/AIDS, comportamentos de risco (como consumo de tabaco, álcool e outras drogas), gestação precoce, abortos inseguros, problemas de saúde mental e violência (UNICEF, 2011a).

Entretanto, apesar da vulnerabilidade que cerca o ser adolescente, por serem concebidos como pessoas saudáveis, não recebem a atenção que necessitam, porém, ações de promoção da saúde destinadas a esse segmento populacional são de suma importância, pois os comportamentos adotados e os hábitos adquiridos nesta fase estão em processo de cristalização (BRASIL, 2010).

A promoção da saúde do adolescente imprime uma cultura de cuidado e comportamento saudável pelo adolescente perante experiências enfrentadas, que possam trazer danos à saúde, e envolve ações integradas de atenção à saúde, prevenção e reabilitação em sistemas organizados de saúde, porém não estão limitadas a estes (VIEIRA; GUBERT, 2014).

Tais preceitos se alinham a primeira política pública de saúde no Brasil voltada para adolescentes entre 10 e 19 anos, o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1989 com o objetivo de normatizar as ações de saúde para prestação de um cuidado integral ao referido público (AMARANTE; SOARES, 2009).

No ano seguinte, entrou em vigor no Brasil o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente e define cronologicamente o adolescente entre a idade de 12 e 18 anos (BRASIL, 1990). Nesta perspectiva cronológica, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do

Brasil, consideram a adolescência o período da vida humana situada no limite etário de 10 a 19 anos (WHO, 2017; BRASIL, 2010).

Conforme último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira com idade entre 10 e 19 anos correspondia no ano de 2010 a 34.157.631 pessoas (IBGE, 2010). Esta parcela populacional juntamente com os jovens, ou seja, compreendida no recorte etário de 10 a 24 anos, corresponde aproximadamente 1/4 da população brasileira, e, embora tenha expressiva representação, vivencia devido à transição demográfica uma redução do ritmo de crescimento que resultará nas próximas décadas com seu declínio populacional (LAGE; MOURA; HORTA, 2017).

Ao falarmos de adolescentes, estamos falando de sujeitos que vivenciam esta fase da vida com uma grande multiplicidade de formas, sejam no plano físico, psíquico ou social, assim, a experiência de ser adolescente é diferente para cada menino ou menina (UNICEF, 2011a). No Brasil, com tamanha diversidade e disparidades regionais, étnicas, culturais e socioeconômicas, a adolescência reúne uma pluralidade de possibilidades, expectativas, experiências, significados e desafios (UNICEF, 2011b).

O adoecimento destes sujeitos ocorre por causas diversas, haja vista a desigualdade que rege a oferta de oportunidades de acesso a condições de vida e saúde dignas. Isso reflete em um perfil de morbimortalidade marcado pelas causas externas (homicídios, acidentes de transporte e agressões) com predominância entre indivíduos do sexo masculino (LAGE; MOURA; HORTA, 2017).

Desse modo, estes sujeitos necessitam de um olhar sensível às suas singularidades reveladas pela problematização de sua realidade, que, por sua vez, expressam demandas de cuidado, que exigem escuta sensível, prioridades na atenção à saúde e ressignificação de práticas profissionais para que sua integralidade possa ser vislumbrada (ARAÚJO, 2016).

Para Horta, Madeira e Armond (2009), a ABS pode ser considerada um *loco* privilegiado na efetivação de práticas de atenção integral à saúde do adolescente, pois atua em uma área adstrita, com população definida, e conhece o contexto em que vive, adocece e morre tal população.

Entretanto, trazer os adolescentes para os serviços da ABS tem se configurado em um grande desafio, pois eles não se sentem atraídos em buscar a Unidade Básica de Saúde (UBS), local geralmente estruturado por práticas racionalizadoras, diferentes das de suas ocupações de costume (LAGE; MOURA; HORTA, 2017).

Suas idas a esse serviço geralmente são motivadas por quadros patológicos agudos ou acesso de ações já institucionalizadas na ABS, como o atendimento pré-natal, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino (HORTA; MADEIRA; ARMOND, 2009).

Nesse sentido, pesquisa realizada no município de Pelotas com 743 adolescentes de 10 a 19 anos, evidenciou que 23% dos adolescentes entrevistados referiram ter utilizado serviços de saúde no mês anterior à entrevista, sendo tal uso mais frequente entre as adolescentes do sexo feminino (NUNES et al., 2012). Nesta pesquisa, a busca por resolução de doenças/agravos foi o maior motivador para utilização dos referidos serviços, com baixa procura por questões preventivas. Os principais problemas de saúde relatados pelos adolescentes neste estudo foram respectivamente: as afecções respiratórias, os de saúde bucal, a dor, os dermatológicos, acidentes/fraturas/lesões e os geniturinários.

Outro estudo realizado com adolescentes com idade entre 16 e 19 anos, de ambos os sexos, em um município do interior da Bahia, mostrou que eles apontam como demandas de saúde: necessidade de atenção à saúde mental; atenção à saúde sexual com orientações preventivas e acompanhamento ginecológico; e cuidados que favoreçam a valorização da alimentação saudável, da atividade física como geradora de prazer e bem-estar e o uso e abuso de drogas como espaço de vulnerabilidade dos adolescentes (ARAÚJO, 2016).

Pesquisa feita em Fortaleza, Ceará, aponta que as ações de saúde específicas para o adolescente tem sido de difícil priorização, que os profissionais da ABS consideram incipientes as atividades voltadas para a saúde do adolescente, e sentem dificuldades no atendimento desse grupo etário, que geralmente não comparecem ao serviço (SANTOS, A. A. G. et al., 2012). Ainda neste estudo, identificou-se o despreparo dos profissionais para atender essa parcela da população, seja por falhas na formação acadêmica, ou carência de educação permanente.

Horta, Madeira e Armond (2009) trazem ainda que os profissionais muitas vezes se sentem perplexos, perdidos e frustrados no atendimento de adolescentes devido às mudanças ocorridas no processo de “adolescer”, muito diferente do vivenciado por eles. As autoras acrescentam que outro obstáculo está no preconceito dos profissionais às demandas trazidas pelos adolescentes, considerando suas ações como desvios de conduta e marginalidade sem os tratar como sujeitos de mudanças.

Então, a atenção dispensada à saúde dos adolescestes permanece limitada e fragmentada, com práticas evidentes de assistencialismo, o que não condiz com os preceitos de integralidade da atenção à saúde (SANTOS, A. A. G. et al., 2012).

De acordo o princípio da integralidade, a atenção deve abarcar os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da saúde do sujeito além de valorizar e reconhecer a sua inserção no contexto familiar, social e cultural. Envolve ainda um conjunto de articulação de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis de complexidade do sistema (LAGE; MOURA; HORTA, 2017).

Conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ), as incongruências entre as garantias legais à saúde e a realidade cotidiana de adolescentes resultam ainda de fatores como: a ênfase em programas à saúde direcionados à mulher e à criança; o mito de que esse público não adocece; a crença de que apenas os “especialistas” e os centros de referência são qualificados para atender às suas demandas; e a falta de integração entre os serviços de saúde e as demais instituições que atendem à população jovem. Ressalta ainda que, a combinação desses fatores resultou na ausência de uma demanda espontânea “explícita” de ações e serviços, pelos adolescentes e também na sua “invisibilidade” no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2007a).

Frente aos desafios na situação de saúde das pessoas jovens, o Ministério da Saúde propôs as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde baseadas na PNAISAJ, com o intuito de sensibilizar gestores e profissionais do SUS para uma visão holística do ser humano e para uma abordagem sistêmica das necessidades desse grupo populacional (BRASIL, 2010).

Diante deste contexto, percebemos o desencontro entre o preconizado pelas políticas e programas voltados para os adolescentes e a prática cotidiana nos serviços de saúde, evidenciado por vários entraves que precisam ser vencidos. Para isso, é necessário maior compreensão da problemática sendo importante conhecer os sentimentos, crenças e percepções dos atores envolvidos, dando-lhes voz para que possam expressar o seu protagonismo.

Conhecer o desenvolvimento das práticas profissionais relacionadas à atenção à saúde do adolescente constitui um passo fundamental para potencializar o planejamento de ações de cuidado integral, a monitorização e a avaliação das intervenções e serviços destinados à saúde das pessoas nessa fase do ciclo vital, possibilitando alternativas de soluções pertinentes aos desafios do contexto vigente.

Nesse sentido, temos como questões de pesquisa:

Questão principal:

- Como se dá a produção do cuidado ao adolescente no âmbito da Atenção Básica à Saúde em Guanambi, Bahia?

Questões complementares:

- Como se processam o acesso, o acolhimento e o vínculo no cuidado ofertado aos adolescentes nos serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS)?
- Como são desenvolvidas as práticas dos profissionais de saúde em relação o cuidado com o adolescente na ABS, tendo como perspectiva as ações no âmbito individual?
- Como se dá o processo formativo (graduação e formação em serviço) dos trabalhadores de saúde (gestores e profissionais da ABS) para produção do cuidado à saúde do adolescente no âmbito da ABS?

Considerando os aspectos mencionados, os objetivos deste estudo se constituem em:

Objetivo Geral:

- Analisar a produção do cuidado ao adolescente no âmbito da Atenção Básica à Saúde em Guanambi – BA.

Objetivos específicos:

- Compreender como se processam o acesso, o acolhimento e o vínculo no cuidado ofertado aos adolescentes nos serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS);
- Descrever as práticas dos profissionais de saúde no que tange ao cuidado com o adolescente na ABS tendo como perspectiva as ações no âmbito individual;
- Discutir os aspectos relacionados ao processo formativo dos trabalhadores de saúde (gestores e profissionais da ABS) para produção do cuidado à saúde do adolescente, levando em consideração a experiência acadêmica e a formação em serviço.

Este estudo parte dos pressupostos de que:

- Existe uma dicotomia na atenção à saúde do adolescente em relação ao que é recomendado pelas políticas públicas voltadas para este público e a prática cotidiana nos serviços de Atenção Básica à Saúde;
- O adolescente fica à margem da atenção integral à saúde e a mercê da sensibilização do profissional de saúde em trabalhar com essa parcela da população nessa etapa do ciclo vital, principalmente o adolescente do sexo masculino que geralmente não se “encaixa” nos serviços já institucionalizados, que valorizam a mulher em seu ciclo reprodutivo. Tal fato, também, pode inibir as adolescentes de procurarem os serviços de Atenção Básica à Saúde por se sentirem constrangidas e com receio de julgamentos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONTEXTUALIZANDO A ADOLESCÊNCIA E SEUS ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Entre as várias etapas do desenvolvimento humano nenhuma sofre modificações tão marcantes quanto à adolescência, pois a explosão hormonal vivenciada nessa fase lhe desencadeia uma transformação quase mágica nas dimensões física, emocional, intelectual e existencial (AZEVEDO, 2014). Entretanto, definir essa fase chave do desenvolvimento humano, em termos precisos, tem se configurado uma tarefa complexa.

Considerando a etimologia da palavra, sua origem vem do latim, *Adolescere*, que significa crescer, desenvolver-se, tornar-se jovem (CERQUEIRA; MELO; KOLLER, 2014).

Em termos conceituais, a sociologia pauta a definição de adolescência a partir da cultura na qual o ser humano faz parte, sendo este, produto singular em diferentes realidades e ao longo da história, enquanto a antropologia entende a adolescência a partir dos seus ritos de iniciação e passagem até chegar à fase adulta (SAITO, QUEIROZ, 2014).

Tais rituais expressam importantes concepções e valores da sociedade que marcam o momento de uma nova condição social como, por exemplo, os rituais realizados nas sociedades tribais onde os homens, muitas vezes, são submetidos a riscos e sofrimentos físicos e as mulheres numa perspectiva mais intimista e mágica, pintam o corpo com produtos da natureza, ouvem cantos sagrados e banham-se em água com essências (BRETAS et al., 2008). Esses autores afirmam ainda que, praticamente não existem tais rituais simbólicos em nossa cultura que possam permitir ao adolescente compartilhar coletivamente sua passagem à vida adulta.

Conforme Lirio (2012), nem na Antiguidade, nem na Idade Média havia o conceito contemporâneo do que chamamos de adolescência, sendo esta confundida com a infância ou com o adultidade jovem, denominada em Roma de *juventus*. Ainda segundo este autor, a mudança das roupas infantis para as de um adulto caracterizava um ritual de passagem variável em termos de costumes e faixa etária, porém sempre marcado pelos sinais visíveis da entrada do sujeito na puberdade, como o desenvolvimento dos pelos faciais masculinos e das mamas femininas.

Atualmente, a fase da adolescência é reconhecida de forma separada da infância e da vida adulta, os adolescentes não são crianças grandes e nem pequenos adultos, e sim sujeitos

de direito que vivem uma fase de desenvolvimento extraordinário, um período que requer atenção, apoio, estímulo e proteção (UNICEF, 2011b).

Um dos critérios utilizado para delimitar a adolescência é o cronológico, muito útil na definição de parâmetros para investigação epidemiológica, pesquisa científica e elaboração de políticas públicas (SENNA; DESSEN, 2015). Este critério é adotado pelo Ministério da Saúde do Brasil e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em consonância com a Organização Mundial da Saúde, definindo a adolescência como uma fase do desenvolvimento humano, compreendida entre os 10 e os 19 anos de idade (WHO, 2017; BRASIL, 2010).

O recorte etário de 10 a 19 anos pode ainda ser dividido em fase inicial da adolescência, período que vai dos 10 aos 14 anos de idade, e fase final da adolescência, dos 15 aos 19 anos de idade, por conta do “abismo” de experiências que separa os adolescentes mais jovens dos mais velhos (UNICEF, 2011a).

Esse critério cronológico adotado no campo da medicina assume uma proposição conceitual objetiva da adolescência, determinado pelos aspectos do processo de crescimento e desenvolvimento, que nesse período é permeado por grandes transformações biopsicossociais (CHIMELI et al., 2016; SAITO; QUEIROZ, 2014).

Por sua vez, para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei 8069/90, a pessoa com idade inferior a 12 anos incompletos é considerada criança e, com idade entre os 12 e os 18 anos, adolescente (BRASIL, 1990). O campo do direito faz uso desta ótica legislativa e enxerga o adolescente sob a perspectiva de minoridade e maioridade civil (SAITO, QUEIROZ, 2014).

Para Cerqueira, Melo e Koller (2014), tais tentativas de definição que apenas definem parâmetros numéricos específicos, fragiliza o estabelecimento de um limite do desenvolvimento, pois, o ciclo de vida do ser humano está em constante processo de mudança, independentemente da idade cronológica.

De acordo Senna e Dessen (2015), a delimitação da adolescência envolve tanto os critérios cronológicos e físicos, quanto os sociais e culturais, estando sua definição pautada na ideia das transformações múltiplas e simultâneas, que ocorrem tanto no próprio indivíduo quanto nas suas relações com os contextos nos quais se insere.

Na fase inicial da adolescência, as primeiras mudanças identificadas estão associadas às questões biológicas, ou seja, à aceleração do crescimento físico, desenvolvimento dos órgãos sexuais, alteração da voz, surgimento de pelos, pomo-de-adão, primeira ejaculação, alargamento dos quadris e menarca (CERQUEIRA; MELO; KOLLER, 2014). Na fase final

da adolescência, as principais mudanças físicas normalmente já aconteceram, apesar do corpo ainda estar se desenvolvendo (UNICEF, 2011a).

Esse componente biológico das transformações características da adolescência, referente ao amadurecimento físico do corpo como um todo, recebe o nome de puberdade, não sendo este termo sinônimo de adolescência, mas, parte dela (LEAL; SILVA, 2014).

A puberdade ocorre em momentos diferentes em relação ao sexo feminino e masculino, sendo em média, nas meninas iniciada de 12 a 18 meses antes que nos meninos (UNICEF, 2011a). A primeira manifestação puberal no sexo feminino é o surgimento do broto mamário, por volta dos 9,7 anos, enquanto no menino é o aumento do volume testicular, em torno de 10,9 anos. Geralmente todas as transformações puberais acontecem na segunda década da vida, mas a idade de início, velocidade e sequência com que ocorrem, sofre variação de indivíduo para indivíduo (LEAL; SILVA, 2014).

Ao vivenciar essas mudanças físicas, o adolescente sente a perda do corpo infantil, que vai se transformando inexoravelmente em um corpo adulto, um corpo que ele teme, desconhece e deseja. Essa transformação corporal ocorre de forma rápida, profunda e marcante, interferindo em todo processo psicossocial de formação da identidade adolescente (BRÊTAS; MUROYA; GOLLNER, 2009).

O desenvolvimento psicossocial do adolescente é permeado por várias crises. Crise de identidade, relacional, familiar, de autoestima e de busca de sentidos para a vida, ou seja, um período em que os conflitos, dúvidas e inquietações estão sempre presentes (AZEVEDO, 2014).

A busca constante do adolescente pela própria identidade é acompanhada pela busca da afirmação individual e/ou grupal, ou seja, pelo grupo de pares (ARRAES, 2013). O encontro dos grupos depende de suas características e a escola, o clube, a igreja, a lanchonete são locais que podem servir de base de apoio para esses grupos (DAVIM et al., 2009).

A interação do adolescente com seus grupos de pares, familiares e redes sociais permite-lhe uma variedade de novas experiências, que o fazem modificar seus valores e hábitos de vida gradativamente, adquirindo independência e autoconfiança (SENNA; DESSEN, 2015). O adolescente vivencia a cada nova tarefa ou desafio, o que é novo e o que deixará de sê-lo, e tais experiências contribuem para seu amadurecimento (CERQUEIRA; MELO; KOLLER, 2014).

As diversas experiências vivenciadas pelo adolescente variam em função de características individuais e socioculturais, de gênero, classe social, região geográfica, cultura, entre outros (SENNA; DESSEN, 2015).

Para Davim e outros (2009, p.133):

O adolescente não pode ser tratado de forma padronizada, desconsiderando onde reside, o que pensa, quais os acessos aos serviços sociais, histórias de vida, interações afetivas, violências, sociabilidade, laços familiares, padrões morais e religiosos. Deve ser visto como produção imbricada à construção social, suas subjetividades, regras, símbolos, valores, ideias, disciplinas, experiências, diferentes sociedades, culturas e grupos de pares.

A adolescência é, portanto, um fenômeno produto da interação entre os processos do desenvolvimento biológico e psicoemocional, fortemente relacionados às tendências socioeconômicas e dependentes de normas e valores em culturas específicas (SAITO, 2014a).

Ao analisar a adolescência, na concepção sócio-histórica, não há preocupação em perguntar “o que é adolescência”, mas em pesquisar como ela é construída (LIRIO, 2012). Na Grécia antiga, por exemplo, a puberdade era vista como período preparatório para afazeres adultos: as meninas eram preparadas para maternidade e casamento – casavam-se aos 12 ou 14 anos - e os meninos para a guerra ou a política (SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2010).

Atualmente, uma adolescente ocidental urbana não interpreta, num primeiro momento, o crescimento dos seus seios como capacidade natural para amamentar o futuro filho; e a força física dos rapazes representa mais sua beleza e estética do que sua aptidão para o serviço braçal ou a capacidade para empunhar uma lança ou espada (LIRIO, 2012).

Para analisar as relações entre adolescência e cultura, esta deve ser entendida em seu sentido antropológico, da forma pela qual um grupo se estrutura e estabelece suas relações sociais. A cultura faz, de certo modo, que a conduta humana seja previsível dentro de um leque de possibilidades, variando conforme cada sociedade (SAITO, 2014a).

Desse modo, ao abordarmos a adolescência, é importante falar sobre os aspectos relacionados à sociedade contemporânea, pois, a identidade do adolescente atualmente se constrói numa cultura marcada pela indústria da informação, de bens culturais, de lazer e de consumo, em que a valorização está no presente, na velocidade, no cotidiano e na busca do prazer imediato (VIEIRA; GUBERT, 2014).

Nesse sentido, as diferentes tecnologias de comunicação podem exercer influência positiva na formação da personalidade dos adolescentes, como: o desenvolvimento de habilidades cognitivas, obtenção de informações, expansão de conhecimentos, estímulo da proficiência no uso da tecnologia e a habilidade para trabalhar com jogos e programas de computador (REATO, 2014).

Entretanto, apesar desses meios de comunicação, que vem se popularizando mais a cada dia, como internet e a TV, facilitarem a transmissão do conhecimento e da cultura, eles podem, também, trazer prejuízos na vida dos adolescentes. Crianças e adolescentes que são expostos desde cedo às mensagens de erotização estão suscetíveis a um desenvolvimento sexual precoce e conseqüentemente ao surgimento de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez e aborto (CERQUEIRA; MELO; KOLLER, 2014; VIEIRA; GUBERT, 2014).

Nesse sentido, o comportamento sexual dos adolescentes tem se configurado em um tema de preocupação internacional devido aumento da infecção pelo HIV/AIDS nessa parcela da população (SENNA; DESSEN, 2015), e conseqüente aumento no número de mortes decorrentes desta causa nessa faixa etária (WHO, 2014).

Uma justificativa provável para o aumento da infecção por HIV/AIDS entre o público adolescente concentra-se nos sentimentos de invulnerabilidade e onipotência presentes nesta fase da vida, somados a insuficiência de estratégias de educação em saúde que se aproximem às demandas destes seres em desenvolvimento (LAGE; MOURA; HORTA, 2017).

No Brasil, dados epidemiológicos revelam que o HIV/AIDS tem uma dinâmica diferente entre o público adolescente, pois, enquanto na população geral, a maioria dos casos da doença acomete o público masculino, na faixa etária de 13 a 19 anos, a maior parte dos seus registros está entre as adolescentes mulheres (UNICEF, 2011a; 2011b).

A gravidez na adolescência é outra situação de vulnerabilidade que tem gerado preocupação não só no Brasil e em países em desenvolvimento, como em países ditos de primeiro mundo, como os Estados Unidos, pois, a estimativa mundial de adolescentes grávidas é alta, chegando a 14 milhões por ano (SILVA; SURITA, 2014). Ainda segundo esses autores, a gestação quando ocorre no período da adolescência apresenta uma maior incidência de desfechos neonatais desfavoráveis como prematuridade e baixo peso ao nascer, de infecção puerperal, de hemorragia pós-parto e de morte materna.

Nessa perspectiva, é importante ressaltar que a mortalidade materna apresenta-se em declínio, em decorrência dos esforços intensificados pelos Ministérios da Saúde na redução da mortalidade materno-infantil, numa tentativa de se alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, o que tem tido um impacto positivo também entre as adolescentes, com significativa redução das mortes por complicações na gestação e parto, porém, a mortalidade materna ocupa o segundo lugar no mundo entre as causas de morte de meninas de 15 a 19 anos de idade, sendo superadas apenas pelo suicídio (WHO, 2014).

No Brasil, as causas obstétricas representam entre as adolescentes o principal motivo de internação no SUS, perfazendo 80,3% das internações hospitalares (SILVA; SURITA, 2014).

Além disso, outros profundos impactos que uma gravidez pode trazer na vida de uma adolescente estão: prejuízos em sua saúde; no seu rendimento escolar; nas suas oportunidades de formação profissional e conseqüente inserção precoce e precária no mercado de trabalho, configurando-se, então, em elemento determinante na reprodução de ciclos intergeracionais de pobreza e exclusão (UNICEF, 2011b).

Entretanto, apesar deste aspecto desestruturador mencionado, a gravidez na adolescência tem se apresentado como tema polêmico e controverso nos debates sobre a saúde sexual e reprodutiva deste público, ao se considerar a autonomia reprodutiva da adolescente na escolha do momento desejado e planejado para acontecer a gestação (BRASIL, 2007b).

A gravidez na adolescência, ao contrário do que muitos pensam, pode representar a concretização de um projeto de vida da adolescente ou uma possibilidade de compensação de afeto e carinho que suprem carências afetivas no seio familiar, ou seja, nem sempre é algo indesejável ou não planejado pela adolescente (LAGE; MOURA; HORTA, 2017).

Na região africana subsaariana e Sul da Ásia, por exemplo, as adolescentes não enxergam vantagens ou benefícios para adiar a maternidade, pois vivem numa cultura onde o valor da mulher e sua inserção social se relaciona com a sua capacidade e desempenho reprodutivo (SILVA; SURITA, 2014).

Ainda nesta perspectiva cultural, em alguns países e comunidades, o casamento infantil surge como estratégia de proteção das meninas (e em menor grau, dos meninos) contra a predação sexual, a promiscuidade e o ostracismo social, porém, independente de ser casada ou não, quanto mais cedo engravidar, maiores são os riscos para a saúde da adolescente (UNICEF, 2011a).

Segundo Azevedo (2014), apesar da sexualidade está presente em toda a trajetória de vida humana, é na adolescência que ela busca a sua afirmação. Portanto, emerge no adolescente a necessidade de saberes pra enfrentar as novas experiências de cunho afetivo: os sentimentos, o namoro, o amor, suas intenções reprodutivas e seus projetos de vida (COSTA et al., 2014).

Ainda assim, infelizmente, os conhecimentos necessários sobre saúde sexual e reprodutiva chegam a muitos adolescentes, quando sua trajetória de vida já foi afetada e seu bem-estar prejudicado (UNICEF, 2011a), pois a moralização de comportamentos de risco,

como os relacionados ao sexo, impede que os mesmos sejam abordados abertamente (CHIMELI et al., 2016).

Nesse sentido, muitas vezes as famílias se mantêm omissas no que tange a educação sexual dos filhos, por atribuírem um valor negativo ao sexo, por não entenderem a necessidade sexual dos filhos e/ou por acreditarem que o diálogo favorece a antecipação do ato sexual (GONÇALVES; FALEIRO; MALAFAIA, 2013). Porém, os diálogos familiares sobre essa temática necessitam ser estimulados, pois, podem contribuir para o estreitamento de vínculo entre pais e filhos, favorecendo a construção da identidade dos mesmos (COSTA et al., 2014).

Por conseguinte, como a abordagem do tema tem se mostrado difícil no âmbito familiar, os pais muitas vezes delega à escola a responsabilidade pela orientação/educação sexual do filho, esta, por sua vez, tem conduzido tal atribuição de forma limitada e alienada aos aspectos biológicos e reprodutivos dos indivíduos, negando assim, toda a amplitude prazerosa e benéfica da sexualidade (GONÇALVES; FALEIRO; MALAFAIA, 2013).

Contudo, tanto os pais, quanto os professores e os profissionais de saúde são sujeitos que devem estar imbricados na orientação/educação sexual dos adolescentes, e a sexualidade, que não se resume ao sexo propriamente dito, deve ser discutida profundamente e com um caráter emancipatório para formação de consciência e opinião do adolescente, favorecendo que o mesmo evite os riscos da relação sexual desprotegida.

Outros comportamentos de risco que têm se mostrado crescente entre os adolescentes no mundo todo é o consumo de tabaco, álcool e outras drogas (UNICEF, 2011a). O adolescente tem uma curiosidade inata que o impulsiona a experimentar novos prazeres e sensações, além disso, são propensos a assumir riscos, pois tem uma visão temporal particular, com maior representação emocional pelo presente do que pelo passado ou futuro, ou seja, vivem o “aqui e agora” e buscam uma realização imediata (SCIVOLETTO; CHAIM, 2014).

Tais características, associadas à necessidade psicológica do adolescente de explorar seus limites, como parte do desenvolvimento da identidade individual, os leva a experimentar tabaco, álcool e outras drogas, sem a compreensão necessária dos danos que podem trazer à sua saúde ou de outras consequências em longo prazo (UNICEF, 2011a).

Adolescentes que estão sob o efeito de álcool e outras drogas têm maior risco de sofrerem acidentes, especialmente os de trânsito (SCIVOLETT; CHAIM, 2014). Os acidentes constituem a principal causa de mortalidade entre adolescentes de 10 a 19, correspondendo a cerca de 400 mil mortes anuais no mundo entre esse grupo etário, sendo os meninos mais

propensos aos acidentes que as meninas (UNICEF, 2011a). No Brasil, as mortes por acidente de trânsito vêm decrescendo entre a população geral (BRASIL, 2010), porém entre a população juvenil representa a segunda causa de mortalidade em ordem de importância (WAISELFISZ, 2015; BRASIL, 2010).

Por sua vez, os homicídios se configuram na principal causa de mortalidade entre os adolescentes brasileiros (WAISELFISZ, 2015). Neste sentido, é interessante apontar que, no Brasil, entre 1998 e 2008, a redução da taxa de mortalidade infantil correspondeu às vidas de mais de 26 mil crianças, porém, nesse mesmo período, foram assassinados 81 mil adolescentes entre 15 e 19 anos de idade (UNICEF, 2011a).

Então, apesar de ter se tornado referência mundial na redução na mortalidade infantil, nosso país apresenta um número alarmante de adolescentes mortos por assassinato, ultrapassando inclusive as estatísticas de países em situação de guerra e conflitos armados (UNICEF, 2015). No contexto internacional, as taxas de homicídio na faixa etária de 10 a 19 anos levam o Brasil a ocupar a 3ª posição entre os 85 países analisados (WAISELFISZ, 2015). Certamente não queremos que as vidas salvas na primeira década sejam perdidas na segunda (UNICEF, 2011a).

Além dos riscos mencionados anteriormente, outras situações vulnerabilizantes que têm impactos negativos na vida dos adolescentes são: a pobreza, baixa escolaridade, dificuldade de acesso à escola e aos serviços de saúde, privação da convivência familiar e comunitária, violência sexual, maus tratos, abandono, inserção precoce no mercado de trabalho e sua exploração, exclusão social, e sofrimento e adoecimento psíquico (PESSALACIA; MENEZES; MASSUIA, 2010; UNICEF, 2011b).

Ao falarmos do sofrimento e adoecimento psíquico é importante entendermos que a saúde mental tem se apresentado como uma prioridade emergente na saúde do adolescente. Globalmente, o suicídio ocupa o terceiro lugar entre as causas de morte durante a segunda década de vida, e a depressão tem se configurado como principal causa de doença e incapacidade; cerca de metade de todos os distúrbios de saúde mental começam aos 14 anos, mas a maioria dos casos não é reconhecida e tratada, trazendo consequências graves para a saúde mental ao longo da vida (WHO, 2014).

As vulnerabilidades que foram abordadas no decorrer do texto não comprometem do mesmo modo a todos os adolescentes brasileiros, pois as desigualdades determinam oportunidades diferentes em suas vidas: um adolescente negro tem quatro vezes mais chance de ser assassinado do que um adolescente branco; um adolescente indígena tem três vezes mais possibilidade de ser analfabeto que os demais; e, enquanto média nacional das meninas

de 12 a 17 anos que já engravidaram é de 2,8%, na Amazônia essa média é 4,6% (UNICEF, 2011b).

Há, ainda, uma disparidade muito grande entre adolescentes de classes menos favorecidas e de classes média e alta, no que tange ao ingresso ao mercado de trabalho, ao acesso à informação, à exposição aos meios de comunicação e às condições de saúde e crescimento (SENNA; DESSEN, 2015).

Diante do exposto, entendemos que um longo caminho ainda precisa ser percorrido. Os cenários epidemiológicos e demográficos que evidenciam as vulnerabilidades e riscos que envolvem os adolescentes enfatizam a necessidade de um novo olhar sobre a adolescência, entretanto tais agravos não podem ser o foco restritivo nas práticas de educação em saúde, mas devem ser levados em consideração nos encontros com esses sujeitos (LAGE; MOURA; HORTA, 2017).

Segundo Lourenço (2014), é questionável alicerçar a saúde do adolescente somente em temas relacionados ao repertório de gravidez, doença sexualmente transmissível, violência e drogas, pois, a adolescência não pode ser circunscrita negativamente e definida pelo risco generalizado. Este autor afirma ainda, que o pior fator de risco para a adolescência é a consideração paradoxal de que essa é uma fase de risco, uma fase problema, recomendando ainda que risco e proteção sejam abordados de forma conjunta.

Portanto, ao considerarmos a adolescência temos o desafio de superar a visão do risco e vislumbrarmos as potencialidades da fase. Afinal, esse período da vida humana é repleto de possibilidades de aprendizagem, de experimentação, de inovação, uma fase que deve ser vivenciada de forma plena e saudável (UNICEF, 2011b).

A adolescência pode significar um período de grandes oportunidades, pois, enquanto construtores ativos de seu desenvolvimento, os adolescentes podem pensar e agir criticamente, fazendo escolhas e tomando decisões sobre comportamentos relevantes à saúde, a partir de seus valores, metas e planos de vida (SENNA; DESSEN, 2015).

Sob essa óptica, nessa fase crucial para o cuidado em saúde, o protagonismo adolescente deve ser valorizado nos encontros com esses sujeitos, a atenção dispensada deve ser congruente com suas demandas e a realidade do contexto no qual se inserem devem ser consideradas pelos profissionais que os atendem.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS AO ADOLESCENTE: PERCURSO E PERCALÇOS

Políticas públicas são instrumentos de natureza jurídica que tem seu funcionamento embasado em um conjunto de ações articuladas pelo Estado com a intenção de cumprir uma demanda de interesse público, e que, na prática, é resultado de disputas sociais entre interessados, portanto, apresentam um caráter histórico e dependem da relação de forças que emergem da sociedade (AMARANTE; SOARES, 2009).

Nas últimas décadas, mesmo com os desafios no campo da saúde, a sociedade tem se mobilizado, para assumir sua parcela de responsabilidade referente à saúde dos adolescentes, tanto que, em 1989, a Assembleia Geral das Nações Unidas, adotou a Convenção sobre os Direitos da Criança que foi ratificada pelo Brasil no ano seguinte (PENSO et al., 2013).

Essa Convenção foi tão inspiradora e abrangente que sua ratificação ocorreu em quase todos os países. Neste tratado, os direitos das crianças e dos adolescentes com menos de 18 anos abrangem não somente a proteção do seu bem-estar, como também a garantia de uma posição central na detenção de direitos, provendo uma base ética para sua participação ativa em todos os aspectos de sua vida (UNICEF, 2011a).

Em nosso país, a Constituição Cidadã de 1988, garante em seu artigo 227, a infância e a adolescência como prioridade absoluta, antecipando, de certa forma, esse movimento internacional referente à Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 2015).

As discussões sobre a saúde do adolescente no Brasil seguem então os preceitos da Constituição Federal de 1988 e, das Leis Orgânicas da Saúde que instituem a saúde como direito de todos e dever do Estado (HORTA; SENA, 2010; ROCHA et al., 2012; AMARANTE; SOARES, 2009).

A partir daí, em cumprimento a referida Constituição, o Ministério da Saúde do Brasil oficializou sob a responsabilidade da coordenação das bases programáticas associadas à área materno-infantil o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) direcionado para a população na faixa etária de 10 a 19 anos (BRASIL, 1996; LOPEZ; MOREIRA, 2013a).

Instituído em 21 de dezembro de 1989 pela Portaria do Ministerial 980/GM, o PROSAD, foi o primeiro programa de saúde destinado ao público adolescente, sendo revisado em 1996, com o intuito de promover, integrar, apoiar e incentivar suas diretrizes e ações nos locais onde o Programa fosse implantado (JAGER et al., 2014).

As ações propostas pelo PROSAD fundamentavam-se numa política de promoção de saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e

reabilitação, que deveriam ocorrer de forma integral, multidisciplinar, intersetorial e interinstitucional, respeitando-se as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1996).

O PROSAD contemplava ainda atributos estabelecidos na Carta de Ottawa (Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986), no que diz respeito à necessidade de se criar condições para o maior empoderamento do sujeito no controle sua qualidade de vida e saúde (LAGE; MOURA; HORTA, 2017).

Porém, na prática cotidiana dos serviços de saúde, o PROSAD foi uma política pouco efetivada, com falhas evidentes na abordagem integral e na ação protagonista dos jovens devido dificuldades operacionais em sua implementação, como por exemplo, a escassez de intersetorialidade das ações propostas (COSTA et al., 2015).

As ações prioritárias definidas pelo PROSAD a serem implementadas na saúde do adolescente brasileiro foram: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a sexualidade, a saúde bucal, a saúde mental, a saúde reprodutiva, a saúde do escolar adolescente, a prevenção de acidentes, a abordagem da violência e maus tratos, a família, o trabalho, cultura, esporte e lazer (BRASIL, 1996).

Apesar deste escopo de ações que visavam o atendimento integral à saúde do adolescente, as ações do PROSAD tinham por foco a saúde sexual e reprodutiva, que por sua vez, não surgem como inovação do PROSAD, pois, estas já haviam sido demarcadas em programas anteriores direcionados à saúde da mulher e da criança (JAGER et al., 2014).

Outro contraponto enfrentado pelo PROSAD em relação aos seus princípios básicos de atenção integral e abordagem multiprofissional foi a influência sofrida pelo modelo biomédico no gerenciamento dos problemas da adolescência, sendo fundamentado em uma política de intervenção em grupos de risco, detecção e tratamento de agravos, que valorizava a abordagem médico-curativista em detrimento dos aspectos culturais, sociais e subjetivos do adolescente (LAGE; MOURA; HORTA, 2017).

Segundo Jager et al. (2014), apesar do PROSAD não ter sido efetivamente implantado, ele foi parte de um movimento de mudança, ainda inconcluso, que motivou a criação de políticas mais efetivas para a adolescência e juventude.

Outro marco orientador das políticas públicas no Brasil voltadas ao público adolescente é Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Este estatuto entrou em vigor no Brasil em 13 de Julho de 1990, sendo regulamentado pela lei Lei nº 8.069, que dispõe sobre a proteção integral das crianças e adolescentes, definindo em seu artigo 4º que é dever da família, da comunidade, da sociedade e do governo assegurar, a efetivação dos direitos

referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária dessas pessoas com menos de 18 anos de idade (BRASIL, 1990).

Os 25 anos anteriores ao ECA, foi um período marcado por um cenário bem diferente. No período da ditadura militar brasileira foi implementado no país medidas, políticas e sistemas que se baseavam na ideia da segurança nacional, e os “menores abandonados” eram tidos como entraves à ordem pública e ao desenvolvimento, a essa população era destinado o Código de Menores (UNICEF, 2015).

Esse Código de Menores se direcionava, principalmente, às crianças e adolescentes que se achavam em situações vulneráveis, devido abandono, carência, vitimização em crimes ou por desvio de conduta e/ou autoria de infração (BRASIL, 2014).

O ECA inaugura uma mudança de paradigma no entendimento e construção de propostas às crianças e adolescentes, representando um marco legal de um processo prático-reflexivo que transforma o estatuto da menoridade especialmente em relação aos que estão em situação de exclusão social e conflito com a lei (LAGE; MOURA; HORTA, 2017).

As mudanças na legislação da infância, decorrentes do ECA marcam, então, uma nova etapa na história dos direitos da criança e do adolescente, ao tempo em que elevam os “menores” à condição de cidadãos e sujeitos de direitos (RAPOSO, 2009).

Esses direitos orientam-se pelo paradigma da proteção integral, que considera a criança e o adolescente como pessoas em condição peculiar de desenvolvimento, tendo prioridade em relação ao: recebimento de proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; atendimento nos serviços públicos; na formulação e na execução das políticas sociais públicas; e no destino de recursos públicos nas áreas referentes à proteção da infância e juventude (BRASIL, 2014).

O direito a proteção à vida e à saúde, é garantido pelo ECA mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência, e em seu artigo 11, é assegurado à criança e ao adolescente, por meio do SUS o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Assim, o SUS, através das Leis Orgânicas 8.080/1990 e 8.142/1990 e de suas várias políticas, assumiu responsabilidades sanitárias referentes às crianças, adolescentes e suas famílias (BRASIL, 2014).

Porém, o SUS e o ECA não são por si só garantias de que os adolescentes sejam de fato sujeitos de direitos sociais e de saúde, pois a operacionalização para tal é dependente da correlação de forças que emergem da sociedade civil (AMARANTE; SOARES, 2009).

Seguindo uma linha cronológica, em 1999 foi criado pelo Ministério da Saúde a Área da Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ) como uma ampliação do PROSAD, estendendo o atendimento à faixa etária entre 10 e 24 anos de idade (LAGE; MOURA; HORTA, 2017). O Ministério da Saúde considera o período situado entre 15 e 24 anos como juventude, havendo então uma interseção entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da juventude (BRASIL, 2010).

No ano de 2005, por meio da Lei nº 11.129, foi criada a Política Nacional de Juventude, destinada a todos jovens com idade entre 15 e 29 anos, tal política determina a criação da Secretaria Nacional da Juventude (SNJ) para articular e supervisionar os programas e ações destinados ao jovem como, por exemplo: o Conselho Nacional de Juventude (Conjuve) que tem caráter consultivo; e o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (Projovem) de caráter emergencial, dirigido aos jovens entre 18 e 24 anos excluídos da escola e do mercado de trabalho (BRASIL, 2005).

Ainda no ano de 2005, o Ministério da saúde lançou dois documentos voltados à saúde do público adolescente: “Marco Legal da Saúde dos Adolescentes” e “Saúde Integral de Adolescentes e Jovens – orientações para a organização dos serviços de saúde”, ambos os documentos se embasam nas concepções de saúde como um direito do adolescente e de um atendimento ao adolescente de forma integral, resolutiva e participativa (JAGER et al., 2014).

Esses dois documentos tendem a privilegiar os adolescentes nas ações de saúde, visto que este público pouco frequenta os serviços de saúde (HORTA; SENA, 2010). Para Lage, Moura e Horta (2017), as publicações do Ministério da Saúde, constituem instrumentos importantes para elaboração de estratégias e ações no atendimento das demandas do público adolescente, porém, conforme Jaguer e outros (2014), não garantem por si só a efetividade das ações.

O documento “Marco Legal da Saúde dos Adolescentes” visa ajudar os profissionais de saúde, gestores estaduais e municipais, órgãos e instituições que atuam na área da Saúde do Adolescente no processo de tomada de decisões, no atendimento nos serviços de saúde e na elaboração de políticas públicas, de modo a favorecer a divulgação e discussão pela sociedade dos direitos dos adolescentes (BRASIL, 2007c).

Por sua vez, o manual “Saúde Integral de Adolescentes e Jovens – orientações para a organização dos serviços de saúde” objetiva fornecer orientações básicas para nortear ações e

serviços de saúde que atendam aos adolescentes e jovens, como: princípios e diretrizes do atendimento; diagnóstico e planejamento das atividades de promoção e atenção à saúde; recursos humanos, estrutura física, equipamentos, instrumentos e insumos básicos; como trazer adolescentes e jovens para a unidade de saúde; recepção, acolhimento, fluxo do adolescente na unidade de saúde; ações da unidade de saúde; referência e contrarreferência; acompanhamento e avaliação dos serviços (BRASIL, 2007d).

No ano de 2006 foi lançada pelo Ministério da Saúde a versão preliminar do “Marco Teórico e Referencial da Sexualidade e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens”, documento que discute os marcos legais nacionais e internacionais sobre saúde sexual e reprodutiva, bem como a garantia de direitos de adolescentes e jovens nessa área (BRASIL, 2007b).

Revolvendo esse terreno, ao considerarem as publicações oficiais de saúde, Horta e Sena (2010) afirmam que os adolescentes e jovens ficam à margem da atenção à saúde e que as ações propostas são simplistas, reducionistas e centradas no risco. Essas ações se caracterizam ainda, por abordagens curativistas e verticais, determinadas por “pacotes fechados”, atendendo esse público de forma unificada, sem considerar as subjetividades e necessidades específicas do indivíduo, culminando, portanto, com a pouca efetividade destas ações (LAGE; MOURA; HORTA, 2017).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ), em sua proposta preliminar de 2007, se propõe a romper com essa visão reducionista centrada no risco, restrita à prevenção de doenças e agravos ou ao atendimento clínico, no momento em que considera a saúde em seu sentido mais abrangente, com suas distintas dimensões e múltiplos fatores causais (BRASIL, 2007a).

Assim, a PNAISAJ tem como aspecto inovador, a transição de um binômio “crise-adolescência” em direção ao binômio “protagonismo-jovem”, além de trazer em seu texto uma ampliação da compreensão da adolescência e da juventude, considerando as diversas concepções do que é ser adolescente e jovem (LOPEZ; MOREIRA, 2013b). Para tanto, utiliza os termos adolescência e juventude em seu plural, “adolescências” e “juventudes”, com o propósito de se reconhecer a diversidade de condições de vida, experiências e características sociais, culturais, religiosas, raciais, étnicas, de gênero e de orientação sexual que integram o universo desse segmento populacional (BRASIL, 2007a).

Tal proposta política que responderia as necessidades de saúde e aos anseios dos adolescentes e jovens brasileiros resultou de processos históricos de lutas e reivindicações no âmbito da saúde pública e coletiva, bem como do reconhecimento dessa parcela significativa

da população brasileira, que emerge no esteio do debate sobre os direitos humanos num contexto global e local (LOPEZ; MOREIRA, 2013a).

Fruto de uma construção coletiva, que incluiu os adolescentes e jovens no processo, o PNAISAJ é uma política integrada à Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2007a) e está em consonância com a Constituição Federal e com o ECA (JAGER et al., 2014). A referida política apresenta como objetivo geral promover a atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens, de 10 a 24 anos, no âmbito da Política Nacional de Saúde, visando à promoção de saúde, à prevenção de agravos e à redução da morbimortalidade (BRASIL, 2007a).

Nessa lógica, a PNAISAJ propõe a incorporação da atenção ao público de adolescentes e jovens à estrutura e aos mecanismos de gestão, à rede de atenção do SUS e às suas ações de rotina, em todos os níveis de atenção (ROCHA et al., 2012). Nessa seara, a PNAISAJ considera, ainda, a Atenção Básica à Saúde como estratégia política de promoção da saúde de adolescentes e jovens, e seu grande potencial de resolutividade neste nível de atenção (LOPEZ; MOREIRA, 2013b).

Não obstante, tal proposição política tem como eixos prioritários de ação: crescimento e desenvolvimento saudáveis; saúde sexual e saúde reprodutiva; e redução da morbimortalidade por violências e acidentes (BRASIL, 2007a). Ademais, apresenta como temas estruturantes da atenção integral: participação juvenil; equidade de gêneros e empoderamento do sexo feminino; direitos sexuais e direitos reprodutivos; projeto de vida; cultura de paz; ética e cidadania; e igualdade racial e étnica (BRASIL, 2007a).

Em suma, essa política traz uma nova reflexão acerca da atenção à saúde do adolescente, principalmente no que tange a integralidade da atenção em conformidade com um dos princípios do SUS, que implica no atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e a organização dos serviços para a efetivação dessas práticas de saúde, com destaque à importância da promoção da saúde e a necessidade do estabelecimento de processos de trabalho interdisciplinares e intersetoriais (RAPOSO, 2009).

Todavia, os adolescentes e jovens brasileiros, aos quais se destinam a PNAISAJ, continuam negligenciados, visto que não tiveram suas necessidades específicas reconhecidas no campo da saúde pública pela promulgação desta proposta como uma política de Estado, que, inclusive, não teve o avanço necessário para a sua publicação pelo âmbito legislativo, permanecendo, entretanto, na agenda política do Estado Brasileiro (LOPEZ; MOREIRA, 2013a).

Ainda no ano de 2007 o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE) com o objetivo de proteger crianças, adolescentes e jovens estudantes da rede pública de educação básica, numa perspectiva de atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde dos mesmos (BRASIL, 2007e).

Os eixos organizativos do PSE se baseiam na promoção da atenção integral; articulação entre políticas e ações de saúde e educação, com a participação integrada das equipes de saúde da família e da educação básica; definição de territórios de responsabilidade entre escolas da rede pública e equipes da Estratégia de Saúde da Família (PENSO et al., 2013).

Entre as ações previstas neste programa intersetorial estão: avaliações clínicas, nutricionais, psicossociais, de saúde bucal, e, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de ações de promoção da alimentação saudável, práticas de atividades físicas, saúde sexual e reprodutiva, e, conscientização quanto ao uso do álcool, tabaco e outras drogas (FONSECA et al., 2013).

As diretrizes do programa ainda precisam ser incorporadas pelos profissionais, havendo uma dissociação entre o documento oficial de instituição do PSE e a criação de uma cultura de saúde que viabilize o ambiente educacional, como espaço privilegiado para construção do cuidado integral ao adolescente (PENSO et al., 2013).

O ambiente escolar apresenta potencialidades e recursos significativos para a produção de saúde, proteção integral, e desenvolvimento dos adolescentes e suas famílias, tanto na promoção de fatores de proteção, quanto na detecção de riscos e redução de agravos à saúde (BRASIL, 2014).

Em 2008, o Ministério da Saúde publicou o livro: “Saúde do Adolescente: competências e habilidades”, que aborda aspectos éticos, legais, bem como, diversas questões clínicas do adolescente e do jovem, considerando que no cenário atual, a maioria dos cursos na área de saúde ainda não incorporou na matriz curricular conteúdos técnicos que permitam ao recém-formado atender, com competência e habilidade, este público, que perfaz 30% da população brasileira (BRASIL, 2008). Esse instrumento educacional favorece o domínio do conhecimento e oportuniza a reflexão sobre a práxis do profissional da Atenção Primária à Saúde (APS) (LAGE; MOURA; HORTA, 2017).

Outra importante publicação do Ministério da Saúde foi a intitulada: “Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde”. Tais Diretrizes, embasadas na PNAISAJ, foram lançadas no ano de 2010, com o intuito orientar as ações integradas às outras políticas sanitárias, e, ações e

programas já existentes no SUS, frente aos desafios evidenciados na saúde dos adolescentes e jovens brasileiros (BRASIL, 2010).

Conforme Penso e outros (2013, p. 545):

Essas diretrizes preconizam uma abordagem sistêmica das necessidades do público adolescente e instrumentaliza gestores e profissionais de saúde no processo de construção de estratégias interfederativas e intersetoriais, visando à redução da vulnerabilidade dessa população e trabalhando com um olhar holístico e sustentável, com vistas à sua capacidade de liderança, participação e espírito de serviço à coletividade.

Como as diretrizes nacionais considera os determinantes sociais do processo saúde doença, suas propostas se embasam na ideia de que o pleno atendimento à saúde de adolescentes e jovens implica numa demanda em rede da sociedade, e, a interssetorialidade aparece, então, no seu texto como estratégia política de potencialização das ações de forma coordenada entre diferentes setores (saúde, educação, assistência social etc.), esferas de governo e participação social (LOPEZ; MOREIRA, 2013b).

A política pública mais recente lançada pelo Ministério da Saúde no que se refere ao adolescente é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI). Editada em parceria com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, esta política, que foi publicada em 23 de maio de 2014, pelas portarias nº 1.082 e nº 1.083, dispõe sobre as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde oferecida a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em regime aberto e fechado (BRASIL, 2015).

A garantia de uma atenção integral à saúde de adolescentes e jovens que estão cumprindo medida socioeducativa depende de uma construção e responsabilização compartilhada entre o sistema de saúde e o sistema socioeducativo na proposição de ações concretas que atendam às reais necessidades deste público e de seus familiares (AMSTALDEN; QUAGLIA; HOFFMANN, 2015).

A PNAISARI tem como objetivo maior a organização da atenção em saúde conforme princípios do SUS, fazendo cumprir a Constituição Federal e o ECA, de maneira a garantir os direitos dos adolescentes. Tal política ainda preconiza ações e práticas educativas, ações assistenciais de saúde, imunização, saúde sexual e saúde reprodutiva, saúde mental, controle de agravos, entre outras estratégias de cuidado, que promovam o desenvolvimento humano mais saudável (BRASIL, 2015).

Contudo, entre os novos desafios que a efetivação dessa política pública traz para o setor Saúde, estão: a inserção da temática nos cursos de graduação da área da Saúde; a necessidade de educação permanente relacionada à temática; e a avaliação das ações dos adolescentes em conflito com a lei, na perspectiva das interfaces saúde, direito, educação e sociedade (CUNHA, 2015).

Apesar de entendermos a importância da atenção à saúde para esses adolescentes em conflito com a lei, que estão sobre a égide de um estigma que aumenta ainda mais a sua situação de vulnerabilidade, consideramos que essa política reforça a histórica construção de políticas sob a ótica do risco.

Tal percepção comunga com Teles e Freitas (2008, p. 204), ao afirmarem que: “o governo brasileiro peca pela ausência de uma política que privilegie a complementaridade das ações, ao focar, quase que exclusivamente, aqueles que foram e estão excluídos socialmente.”

Ainda segundo esses autores, as políticas públicas tendem a prevenir ou reprimir as ações dos jovens que não se quer ter ou ver, e as relações entre tráfico de drogas, violência, criminalidade urbana, e o jovem de classe baixa aumentam o estigma constituído na associação entre pobreza e crime, evidenciando um falso problema; excluindo uma boa parte de jovens não urbanos, do jovem que mora em favela, mas tem um destino positivo na vida e aos jovens das demais camadas sociais que, por terem outras necessidades e demandas, as mesmas não chegam a ser atendidas ou até percebidas.

Outro desafio evidenciado na trajetória das políticas direcionadas aos adolescentes e jovens consiste em romper com a ausência dos mesmos na formulação de políticas públicas e na implementação e avaliação dos programas relacionados, faltando, assim, incentivo ao protagonismo deste público (AMARANTE; SOARES, 2009; JAGER et al., 2014).

Uma vez que, para assegurar que os adolescentes recebam atenção adequada em todas as políticas, estratégias e programas relevantes para eles se faz necessário que os mesmos sejam ouvidos e possam contribuir para o planejamento, acompanhamento e avaliação dos serviços. Os adolescentes são uma força para a sua própria saúde e para a saúde das suas comunidades, eles são atores para a mudança social e não simplesmente beneficiários de programas (WHO, 2014).

Nesse sentido, Lopez e Moreira (2013a) afirmam que ao participarem da construção da PNAISAJ, os adolescentes e jovens se apresentam, num primeiro momento, reconhecidos no âmbito das decisões públicas, ao serem convidados a envolverem ativamente com seus cuidados em saúde, no entanto, a posteriori, o reconhecimento da autonomia juvenil não se consolida. Ainda segundo essas autoras, o protagonismo social dos adolescentes e jovens

configura-se na verdade em um “pseudoprotagonismo juvenil” ou um “protagonismo tutelado” jugulado a um olhar adultocêntrico, que se impõe como porta-voz das vozes destes seres e os silenciam paradoxalmente.

Para Vicentin (2015, p. 56):

A proposição de políticas públicas de saúde para jovens deve avançar no desenvolvimento de ferramentas teórico-conceituais que pensem a saúde na dimensão do desejo, da intensidade e da produção da vida dos sujeitos em seu contexto, e não exclusivamente na dimensão do cuidado da doença e da prevenção dos riscos; e deve ampliar a participação e o poder contratual dos jovens como também as responsabilidades e os compromissos do sistema de saúde em relação à juventude.

Em relação às políticas de saúde nacionais, é possível observar que, enquanto as dirigidas aos vários segmentos populacionais específicos estão em intenso movimento de institucionalização, as voltadas para o público adolescente sofre limitações em assegurar a atenção integral à saúde aos mesmos, considerando as especificidades de suas demandas de cuidado e atenção (COSTA et al., 2015). Tal realidade é evidenciada pelas mudanças significativas no perfil de morbimortalidade deste segmento populacional, que apontam o aumento de problemas que poderiam ser evitados por medidas de promoção de saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2010).

Em suma, a mera existência de políticas públicas não configura condição suficiente para garantia de uma atenção integral ao adolescente. É grande o desafio em romper com o hiato existente entre o que é disposto nos documentos oficiais direcionado ao público adolescente e o cotidiano dos mesmos.

Neste sentido, é imprescindível a existência de estratégias que favoreçam a implementação destas políticas, e cabe a nós, profissionais de saúde, uma atuação adequada junto aos adolescentes, de forma a contribuir com a garantia de seus direitos de saúde.

2.3 PRODUÇÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DO ADOLESCENTE

A concepção do cuidado está presente em diversas situações e contextos do cotidiano humano e pode ser vislumbrado a partir das relações interpessoais (o cuidado do outro) ou das expressões individuais (o cuidado de si). Porém, no campo da saúde, sua definição é bem debatida, visto que, enquanto alguns profissionais de saúde o têm como sinônimo de

assistência, outros o consideram essência da profissão e objeto de estudo (ZEFERINOI et al., 2008).

Nesta perspectiva, Backes et al. (2006) afirmam que o cuidado não se esgota nem na prática de trabalho, nem na pesquisa, sendo novo e velho ao mesmo tempo. Ainda segundo essas autoras, o cuidado surge continuamente no processo histórico da enfermagem como força propulsora de suas ações e, mesmo que, sua atribuição não se deva exclusivamente ao profissional de enfermagem, é este quem dedica a maior parte do seu tempo e energia para estar com o outro numa relação recíproca e interativa.

O ato de cuidar em seu sentido de um “tratar que seja”, envolve competências e tarefas técnicas, mas não se resume a tais, encarnando mais que curar ou controlar aquilo que deve ser atribuição prática da saúde coletiva (AYRES, 2009).

Conforme Zeferinoi e colaboradoras (2008), o cuidar deve ser entendido com uma finalidade em si e não como uma forma para se obter a cura, pois, assim, o cuidar perde o sentido quando a cura não é possível. Essas autoras explicam ainda que, o cuidado em saúde não pode ser expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, uma vez que suas ações mais estratégicas estão nos processos de interação, nos quais, as tecnologias de relações, de encontros, de subjetividades, vão além dos saberes tecnológicos estruturados.

Nessa direção, nos reportamos a Merhy (2013) para conceituar os tipos de tecnologias utilizadas nos processos produtivos em saúde, sendo elas: “tecnologias duras” que são as ferramentas utilizadas para desenvolver o trabalho, como raio x, instrumentos para fazer exames laboratoriais, para examinar o paciente, como o estetoscópio, etc.; “tecnologia leve-dura” representada pelos saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia; e, a “tecnologia leve” que está no espaço relacional do trabalhador-usuário que atuam mutuamente um sobre o outro possibilitando *ou não* a produção de uma acolhida, a cumplicidade para responsabilização em torno do problema a ser enfrentado, e momentos de confiabilidade e esperança que repercute no vínculo.

Desse modo, o cuidado pode ser considerado como uma relação intersubjetiva que, a partir do saber profissional e das tecnologias leves necessárias, viabiliza o espaço para negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro (PINHEIRO, 2008).

Para Ayres (2009, p. 37):

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar, há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à

dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então, é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde.

Sendo assim, faz-se necessário romper com o cuidado que se resume ao ato prescritivo, a partir da incorporação de saberes ampliados e da dimensão cuidadora inerente a cada profissional de saúde, da valorização do outro, da consideração da visão de mundo de cada sujeito e do entendimento do outro como copartícipe das estratégias de prevenção de doenças e promoção, tratamento e reabilitação de sua saúde (ASSIS et al., 2010).

O cuidado também deve levar em conta o contexto de vida dos sujeitos, para que, assim, as ações de saúde perpassem por uma perspectiva positiva, tendo abertura para construções de ações coletivas, que considerem os determinantes da produção social da saúde (HORTA; SENA, 2010).

Os adolescentes, por sua vez, exigem novos modos de se produzir saúde, pois, seu ciclo de vida “saudável” traz evidências de que os agravos em sua saúde provêm, geralmente, de hábitos e comportamentos que, em determinados contextos, podem vulnerabilizá-los e conduzi-los a situações de violência e adoecimento (BRASIL, 2014).

Neste aspecto, o adolescente precisa se empoderar e se co-responsabilizar pelo cuidado com sua saúde, reforçando a importância da atuação do profissional de saúde em relação à prevenção de situações de vulnerabilidade e promoção da saúde deste público (HORTA; MADEIRA; ARMOND, 2009).

Nesta direção, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresenta um grande potencial de aproximação com o cotidiano de vida da população de sua área adstrita³, inclusive dos adolescentes que ali residem (HORTA; SENA, 2010). Tal aproximação favorece a formação de vínculos e a efetividade dos trabalhos que podem ser desenvolvidos com a população adolescente do território (HORTA; MADEIRA; ARMOND, 2009).

Contudo, apesar da Atenção Básica à Saúde (ABS) ser repleta de possibilidades em relação ao adolescente, é possível observar no processo de atenção da ESF uma lacuna nas práticas de cuidado destinadas a esse público, que não recebem atendimento sistematizado, conforme ocorre com outros grupos prioritários, sendo a atenção dispensada aos adolescentes pautadas no atendimento à livre demanda, assistindo-os apenas na queixa, e sem um olhar

³ Na adscrição territorial, o atendimento na unidade de saúde se restringe a população nela cadastrada e residente em sua área de abrangência (delimitada geograficamente) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

diferenciado para as necessidades particulares da fase (HIGARASHI, 2011; COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012; HORTA; MADEIRA; ARMOND, 2009).

Essas práticas clínicas pautadas no modelo biologicista, hegemônico antes da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), são bastante criticadas desde o movimento da Reforma Sanitária, que trazia como alternativa, as diretrizes de prevenção de doenças e promoção à saúde, norteadas pelos determinantes do processo saúde-doença, no intuito de promover mudanças estruturais que rompessem com a prática procedimento-centrada e permitissem uma produção do cuidado direcionada a um fazer integral, corresponsável e resolutivo (ASSIS et al., 2010).

Esta mudança de paradigma constitui-se em um grande desafio que se faz presente na produção do cuidado ao adolescente. Nesse sentido, estudo realizado no Ceará com 213 profissionais da ESF, aponta que, devido ao distanciamento que os serviços de ABS e os profissionais de saúde mantêm com esse público, a procura destes pelas Unidades de Saúde é marcada pelas práticas médico-assistenciais, em seu caráter curativista (VIERA et al., 2014). Outros motivos que levam os adolescentes aos serviços de saúde são: imunoprevenção, teste de gravidez, consulta pré-natal, busca por anticoncepcionais e preservativos masculinos (SANTOS; RESSEL, 2013; QUEIROZ et al., 2011).

Para favorecer a busca do serviço de saúde pelo adolescente é importante que as unidades de saúde estejam sensíveis às suas necessidades, sejam fisicamente acessíveis, com atendimentos em horários convenientes, com encaminhamentos a outros serviços relevantes, evitando-se ainda, para um estabelecimento de um diálogo franco, as barreiras culturais, geracionais e de gênero (UNICEF, 2011a).

Neste aspecto, Horta, Madeira e Armond (2009) trazem que um dos desafios no atendimento aos adolescentes colocados pelos profissionais de saúde se refere justamente às questões de gênero, sendo mais fácil atender uma adolescente do sexo feminino que fala abertamente sobre questões referentes ao seu corpo e ao cuidado com sua saúde, do que o adolescente do sexo masculino que se limita a apresentar uma queixa que é respondida pelo profissional de saúde.

Nos sentidos atribuídos à masculinidade, prepondera a ideia de invulnerabilidade, destarte, os homens apresentam uma dificuldade de verbalizar o que sentem aos profissionais de saúde, pois, falar de seus problemas de saúde pode representar uma possível demonstração de fragilidade na sua identidade de ser masculino (SANTOS, 2015).

Com isso, o cuidar de si associado à procura do serviço de saúde seriam naturalizados como mais típico do universo feminino, o que por sua vez, pode refletir na pouca procura por parte dos homens aos serviços de saúde de forma preventiva (LOPEZ; MOREIRA, 2013b).

Essa invisibilidade da figura masculina nos serviços de ABS foi evidenciada em estudo realizado por Viera et al. (2014), que apontam em seus resultados as mulheres, crianças e idosos como grupos de usuários mais atendidos nos serviços de ABS, enquanto os adolescentes juntamente com os homens estão, em contrapartida, entre os menos atendidos. Ou seja, um adolescente do sexo masculino encontra-se na intercessão dos grupos menos atendidos.

Muitos são os sentidos postos sobre o homem e a masculinidade, porém, os sentidos que norteiam as estratégias de incentivo à entrada nos serviços de saúde pela atenção básica se distinguem entre o homem jovem e o homem maduro, pois enquanto para o primeiro emerge da busca pelo protagonismo social ampliado e responsável, numa perspectiva de equidade de gênero, para o segundo se pauta mais numa lógica epidemiológica e clínica (LOPEZ; MOREIRA, 2013b).

A autonomia embasada em uma concepção ética e política de respeito e responsabilidade coletiva com o próximo vêm se destacando como elemento central do cuidado ao adolescente, e seu lugar na construção de novas possibilidades de vida é reafirmado com o protagonismo deste sujeito na autogestão e na relação com suas próprias fragilidades (MARQUES et al., 2012).

Portanto, para cuidar da saúde do adolescente, considerando sua subjetividade, faz-se necessário ouvi-los, criando espaços que favoreçam a discussão acerca das questões formuladas por eles (MARQUES; QUEIROZ, 2012).

No modelo tradicional, atual modelo de atenção, o profissional de saúde estabelece com o adolescente uma relação vertical e, ao lhe impor normas de conduta, o coloca em uma posição inferior e passiva, tirando-lhe a liberdade de escolha e a responsabilidade pelos seus atos (SANTOS; RESSEL, 2013).

Para Marques (2010), o compartilhamento de saberes permite romper com essa ideia que centraliza o conhecimento em torno do profissional de saúde, pois, é o encontro do saber científico com o saber popular que fortalece os vínculos entre o profissional e o usuário adolescente. Essa autora afirma ainda que, ao tentar-se compreender o saber do adolescente, os nós dos pré-conceitos são desatados possibilitando alcançar a razão primeira de ser em saúde: o cuidado.

No mundo do cuidado, os trabalhadores de saúde e usuários são afetados e modificados um pelo outro quando estão abertos para o encontro, reconhecendo de forma mútua seus saberes como legítimos, para poder negociar e construir de forma compartilhada os projetos de cuidado (FEUERWERKER, 2014).

Portanto, o cuidado ao adolescente pressupõe ações e relações horizontais para que o acesso aos serviços, o acolhimento e o vínculo possam ser de fato favorecidos e, perante tais ações, possam ser atendidas as necessidades de saúde destes adolescentes, as quais podem apresentar naturezas diversas e nem sempre percebidas pelos gestores e trabalhadores de saúde (MARQUES; QUEIROZ, 2012).

O acesso aos serviços, o acolhimento e o vínculo se constituem em dimensões de análise da produção do cuidado em saúde, juntamente com a coordenação ou responsabilização pela produção do cuidado, a formação profissional para o SUS e a resolubilidade (ASSIS et al., 2010).

Conforme Ayres (2009), o acolhimento é um dispositivo tecnológico de destaque nas propostas de humanização da saúde e está relacionado à capacidade de escuta e diálogo na contínua interação entre usuário e serviços de saúde. Implica, assim, em receber bem, escutar, ofertar amparo e proteção, e dar resposta adequada à resolução do problema apresentado pelo usuário (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Nessa direção, Assis e colaboradores (2010 p.23), complementam dizendo que:

O acolhimento ultrapassa o ato da “triagem qualificada” ou da “escuta interessada” e pressupõe ser um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para enfrentamento e resolução de problemas, com ampliação da capacidade das equipes de saúde para responderem às demandas dos usuários, com possibilidades de potencializar a ação dos outros trabalhadores.

Apesar do termo acolhimento remeter ao recebimento na chegada/ entrada do serviço, o acolhimento deve estar presente em todos os momentos do cuidado produzido na atenção à saúde do adolescente (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012).

É importante que a acolhida dos adolescentes nos serviço de saúde seja cordial e compreensiva, para que eles sintam-se valorizados e confiem no profissional que os atende, pois para chegar até o serviço na busca de ajuda ou esclarecimento sobre sua própria saúde, a maioria dos adolescentes enfrentam inúmeros tabus, muitos deles tem vergonha ou medo de ser repreendido e intimidado pelo profissional, o que torna a procura pela unidade uma atitude difícil (SANTOS; RESSEL, 2013; ROCHA et al., 2012).

O acolhimento e a escuta dos adolescentes em suas necessidades possibilitam indicativos de cuidados, além de fornecer um suporte social e emocional para o adolescente no enfrentamento das adversidades próprias da fase, constituindo assim, importantes estratégias para a promoção da saúde deste público (COSTA et al., 2015).

O acolhimento funciona, ainda, como um dispositivo potente para reorganização da produção do cuidado na ESF, no que tange ao trabalho em equipe e ampliação do acesso aos serviços de saúde a partir da mudança no fluxo assistencial (ASSIS et al., 2010).

Em relação ao fluxo assistencial, ressaltamos que a ABS constitui-se como serviço de primeiro contato e porta de entrada do sistema de saúde, para isso, o primeiro requisito é que seja acessível à população, eliminando as barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais para a sua utilização pelos usuários em cada novo episódio de procura (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Nesse sentido é importante destacar que existe uma diferença entre a acessibilidade do adolescente ao serviço na unidade de saúde e o acesso ao cuidado propriamente dito. Apesar de o acesso ser complementar a acessibilidade, Starfield (2002) define a acessibilidade como a possibilidade que as pessoas têm de chegarem aos serviços, ou seja, está relacionada à aspectos da estrutura de um sistema ou unidade de saúde, e tais aspectos são imprescindíveis para se atingir a atenção ao primeiro contato. Já o acesso é definido por essa autora como a forma que a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde.

Assim, o acesso ao serviço começa na porta de entrada e define-se em outras demandas que compõe o cuidado aos usuários adolescentes (MARQUES; QUEIROZ, 2012). A ampliação do acesso objetiva consolidar a atenção integral à saúde desse grupo populacional, ao mesmo tempo que incita sua participação nos serviços de ABS, contribuindo para melhoria da qualidade de vida dos mesmos (VIEIRA et al., 2014).

A partir do acesso e do acolhimento, os adolescentes estabelecem relações de vínculo com os profissionais de saúde (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012). Esse estabelecimento de vínculo usuário adolescente - equipe de saúde é construída ao longo do tempo tendo como alicerce a confiança do adolescente nos profissionais e a responsabilização da equipe pelo cuidado e promoção da saúde destes usuários do serviço (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Quanto maior o vínculo estabelecido, maior a adesão deste público às propostas de atendimento e atividades educativas elaboradas pelos profissionais da equipe, operando, assim, como um potente meio de captação dos adolescentes para o serviço de saúde (VIEIRA et al., 2014).

Outro fator importante para o fortalecimento do vínculo com o adolescente é o adequado preparo do profissional da ESF no atendimento integral a esse público (ROCHA et al., 2012). Esse preparo, tanto em termos científicos e técnico-operacionais, quanto ao que tange estar atento e sensível às necessidades expressas por uma demanda específica, consiste em uma condição *sine qua non* para o desenvolvimento de ações com o público adolescente (HIGARASHI, 2011).

Entretanto, o despreparo do profissional de saúde quanto à abordagem e atuação junto aos adolescentes têm se configurado em um entrave na atenção à saúde deste grupo populacional (HORTA; MADEIRA; ARMOND, 2009; LAGE; MOURA; HORTA, 2017; DUARTE et al., 2013; QUEIROZ et al., 2011; HIGARASHI, 2011; HORTA; SENA, 2010; MARQUES, 2010). Esta falta de preparo decorre tanto de deficiência na formação acadêmica, quanto profissional (SANTOS, A. A. G. et al., 2012).

Na matriz curricular dos cursos de saúde, os temas relacionados à adolescência geralmente não são trabalhados de forma adequada, restringindo-se, muitas vezes, à abordagem técnica do processo reprodutivo/sexualidade (HIGARASHI, 2011).

Além disso, conforme Horta, Madeira e Armond (2009), os currículos da área de saúde priorizam o modelo biologicista/reducionista valorizando doenças/ diagnósticos/ tratamento em detrimento de questões oriundas da subjetividade do indivíduo enquanto ser humano atendido no cotidiano dos serviços de saúde. Ainda segundo essas autoras, tais estudantes tornam-se interlocutores passivos, coadjuvantes quando em formação e, posteriormente ao se inserir nos serviços para serem protagonistas do cuidado, acabam capturados pelo eixo recortado-reduzido-corporativo-centrado.

Essa formação dos profissionais de saúde, que se baseia no modelo flexneriano, e a carência de Educação Permanente para os profissionais do SUS têm se configurado em uma das maiores barreiras para sua qualificação e vinculação ao sistema de saúde, dentro de uma perspectiva de práticas integrais e humanizadas (ASSIS et al., 2010).

Diante deste contexto, faz-se necessário investir na educação permanente dos profissionais de saúde para que lhes seja despertado um olhar mais sensível para com os adolescentes, possibilitando, assim, alcançar-se maior qualidade no cuidado prestado junto a esse público (HIGARASHI, 2011).

Franco (2013) afirma que educação permanente parte do pressuposto de uma educação “no” e “para” o trabalho, cujos lugares onde se produz cuidado no SUS são cenários para uma construção pedagógica, a partir das vivências do cotidiano e do encontro criativo entre

trabalhadores e usuários dos serviços. Neste sentido, o referido autor propõe um diagrama (Figura 1) que favorece a visualização do fluxo da produção do cuidado:

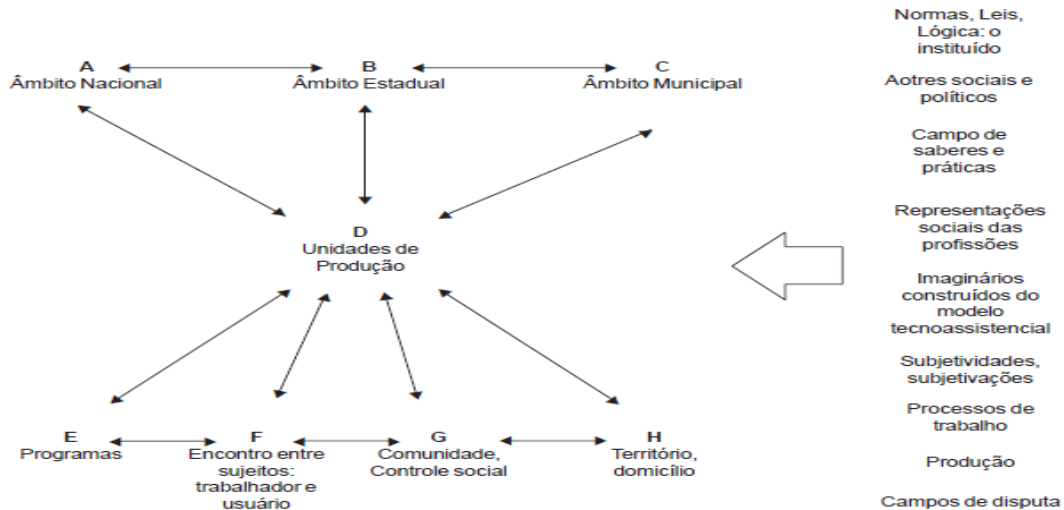


Figura 1 - Diagrama da gestão do SUS e seus fluxos de Educação Permanente em Saúde para a produção pedagógica do cuidado (FRANCO, 2013).

Apesar de ser um diagrama simétrico, Franco (2013) ressalta que o mesmo deve ser considerado em uma perspectiva assimétrica, pois os elementos que o constituem apresentam um caráter dinâmico diante dos acontecimentos que os afetam, e, os fluxos (representados pelos vetores) e as tensões das relações dependem das ações dos sujeitos na micropolítica que operam esses cenários.

Nessa direção, Merhy e Franco (2013a p. 109) afirmam:

A produção da saúde é dependente de trabalho humano em ato, configurado no trabalho vivo e na sua micropolítica, ou seja, o trabalho no exato momento da sua atividade criativa na construção dos produtos, através dos quais se realiza ali. Nesse momento, é um processo essencialmente relacional, entre alguém e outros. Nessa relação há uma lógica instrumental operando, mas sobretudo há, em potencia, nos espaços relacionais, virtualidades em acontecimentos, como atos de fala e escuta, toques e olhares, constitutivos desse processo de trabalho que produz o cuidado e nessa relação os sujeitos que se encontram fazem em conjunto, a produção da saúde.

Desse modo, as unidades de saúde são desenhadas a partir da intersecção desses planos representados no diagrama apresentado, que agem sobre gestores, trabalhadores e usuários em seus vários encontros e disputas, fazendo com que existam tantas “saúdes da família” diferentes, apesar das definições políticas e programáticas, ou que a troca de um

único trabalhador mude a dinâmica de toda equipe, ou, ainda, que em algumas estratégias os processos produtivos do cuidado com certos grupos populacionais são exitosos e em outras não (FEUERWERKER, 2014).

No processo de produção do cuidado ao adolescente outras dificuldades, ainda não abordadas, que comprometem o êxito das ações destinadas a esse público são: a carência de recursos materiais e infraestrutura adequada das unidades de saúde; a agenda lotada e a indisponibilidade de tempo do profissional; a captação/adesão dos adolescentes nas atividades propostas, visto que os mesmos dificilmente procuram o serviço de saúde; e a ausência de uma rede de serviços de referência e contrarreferência (DUARTE et al., 2013; QUEIROZ et al., 2011; RESSEL, 2013; HIGARASHI, 2011; RAPOSO, 2009; VIEIRA et al., 2014; LAGE; MOURA; HORTA, 2017).

A intersetorialidade também se apresenta como um desafio na implementação das ações destinadas a atender as demandas de saúde dos adolescentes que, por sua vez, extrapolam as necessidades de consumo dos serviços de saúde (HORTA; SENA, 2010; LAGE; MOURA; HORTA, 2017).

Neste sentido, é importante destacar que a noção de saúde adotada no SUS é ampliada, e não restringe a produção de saúde às ações estritas a este núcleo, como prevenção de doenças/agravos e intervenções curativas, pois entende que a saúde integral é composta por vários elementos, como o acesso à educação, ao lazer, ao esporte, à habitação, à cultura, entre outros (BRASIL, 2014). Essa concepção ampliada de saúde evidencia a impossibilidade do setor saúde abarcar isoladamente as mudanças dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença na produção da saúde do adolescente (BRASIL, 2010).

Sendo assim, é necessário à existência de um diálogo aberto entre os setores envolvidos e o estabelecimento de vínculos e co-gestão pela melhoria de qualidade de vida do adolescente, que deve ser colocado nesse processo como sujeito de sua história com direitos e deveres (HORTA; MADEIRA; ARMOND, 2009).

Para garantia dos direitos do adolescente, além das parcerias intersetoriais e atividades extramuros, é preciso que a atenção dispensada a este grupo seja integral, resolutiva e de qualidade, entretanto, os desafios enfrentados pelos serviços de saúde, principalmente os da atenção básica, colocam na contramão uma atenção nestes moldes (RAPOSO, 2009).

A atenção integral ao adolescente deve, ainda, considerar as singularidades do processo de crescimento e desenvolvimento desta fase, marcado pelo impacto das inúmeras transformações vivenciadas de maneira diferente nos diversos contextos (SAITO, 2014b). Tal

premissa deve estar presente tanto nas ações de âmbito individual, quanto nas atividades coletivas com este grupo.

No atendimento individual, o profissional não deve se ater somente a queixa do adolescente, que geralmente procura o serviço por alguma doença, pois, por mais que lhe seja mais fácil tratar do corpo doente, falar de coisas que não se restringem ao biológico, como, transformações da fase, estudos, formação profissional, faz parte de um cuidado integral (HORTA; MADEIRA; ARMOND, 2009).

O atendimento individual ao adolescente deve ainda respeitar os princípios éticos, com garantia de confidencialidade, sigilo, respeito à autonomia, maturidade e capacidade de julgamento do adolescente (ROCHA et al., 2012). Entretanto, em circunstâncias que representam risco para a vida do adolescente ou de terceiros, como intenção de suicídio/homicídio, abuso sexual, este sigilo, poderá ser quebrado com a ciência do adolescente, mesmo sem o seu consentimento (SAITO, 2014b).

Por sua vez, as atividades em grupo favorecem a inclusão do adolescente em ações de promoção da saúde, potencializando seu crescimento e desenvolvimento a partir das reflexões que emergem dessa metodologia participativa que se estrutura no estímulo ao vínculo, no aspecto lúdico da atividade, na interatividade e no protagonismo do adolescente como agente de suas ações e de suas ideias (LOURENÇO, 2014).

Tanto no atendimento individual, quanto nas atividades em grupo, as ações educativas devem estimular o adolescente a refletir sobre sua vida, numa perspectiva que valorize sua autoestima, e considere suas crenças, vontades e costumes, não restringindo, assim, uma atuação em aspectos negativos, mas, sim, tentando imprimir na vida dos adolescentes possibilidades de vivências positivas e responsáveis (HORTA; MADEIRA; ARMOND, 2009).

Enfim, a saúde é um território dinâmico de práticas que estão em um processo permanente de construção, devendo os profissionais de saúde repensar suas práticas, questionar os valores e inventar e reinventar maneiras novas, melhores e mais criativas para favorecer a saúde e construir cidadania entre os adolescentes (SANTOS; RESSEL, 2013).

Os desafios na produção do cuidado aos adolescentes existem e são inúmeros, mas são passíveis de superação, eles podem dificultar a efetivação de uma atenção integral, mas, aspectos positivos, como o interesse e a sensibilização do profissional para com esse público favorecem que esses entraves não se concretizem em impedimentos de um cuidado que atenda de fato às necessidades de saúde deste público.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A metodologia da pesquisa representa o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade, ou seja, o termo metodologia inclui ao mesmo tempo a teoria da abordagem (que é o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (que são as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, capacidade pessoal e sua criatividade) (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2013).

3.1 TIPO DE ESTUDO

Para atender aos objetivos propostos neste estudo, optamos pela abordagem qualitativa, devido à possibilidade de uma maior aproximação dos significados e das práticas que evidenciam os valores construídos que se constituem em aspectos qualitativos de pesquisa.

Conforme Bosi (2012), a acepção da pesquisa qualitativa faz interface com a subjetividade por se caracterizar como aquelas cujos objetos requerem respostas não quantificáveis, haja vista tomar como material a linguagem em suas várias formas de expressão.

Na abordagem qualitativa, a aproximação com a subjetividade do sujeito ao mesmo tempo em que possibilita revelar seus sentidos e significados, estabelece articulações com as bases teóricas (ASSIS et al., 2018).

Sendo assim, a pesquisa qualitativa é em si mesma, um campo de investigação que atravessa disciplinas e temas, consistindo em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que possibilitam compreender ou interpretar os fenômenos em termos dos significados que as pessoas lhe conferem (DENZIN; LINCOLN, 2010).

Neste sentido, a abordagem qualitativa é aplicável em estudos da história, das crenças, das relações, das representações, das percepções e opiniões, produzidos a partir das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, constroem seus afetos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010).

Ao enfatizar a natureza socialmente construída da realidade, a pesquisa qualitativa busca soluções para as questões que realçam a forma como a experiência social é criada e adquire significado (DENZIN; LINCOLN, 2010). Como os objetos de análise se concebem no campo das relações sociais, necessitam de uma reflexão crítica contínua, visto que sofrem

influências de determinantes históricos, econômicos, políticos, ideológicos, culturais, e sociais (ASSIS et al., 2018).

3.2 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

3.2.1 Rede de serviços de Guanambi

Esta pesquisa foi desenvolvida em Guanambi, município baiano distante 796 km de Salvador, localizado na região Sudoeste da Bahia e que vem se destacando na região pelos aspectos econômicos, políticos e infraestruturais, o que tem atraído muitos moradores do entorno, além de pessoas provenientes de outras partes da Bahia e até de outros estados do país (PEREIRA; SILVA, 2014). A figura abaixo ilustra a localização do município de Guanambi na Bahia:

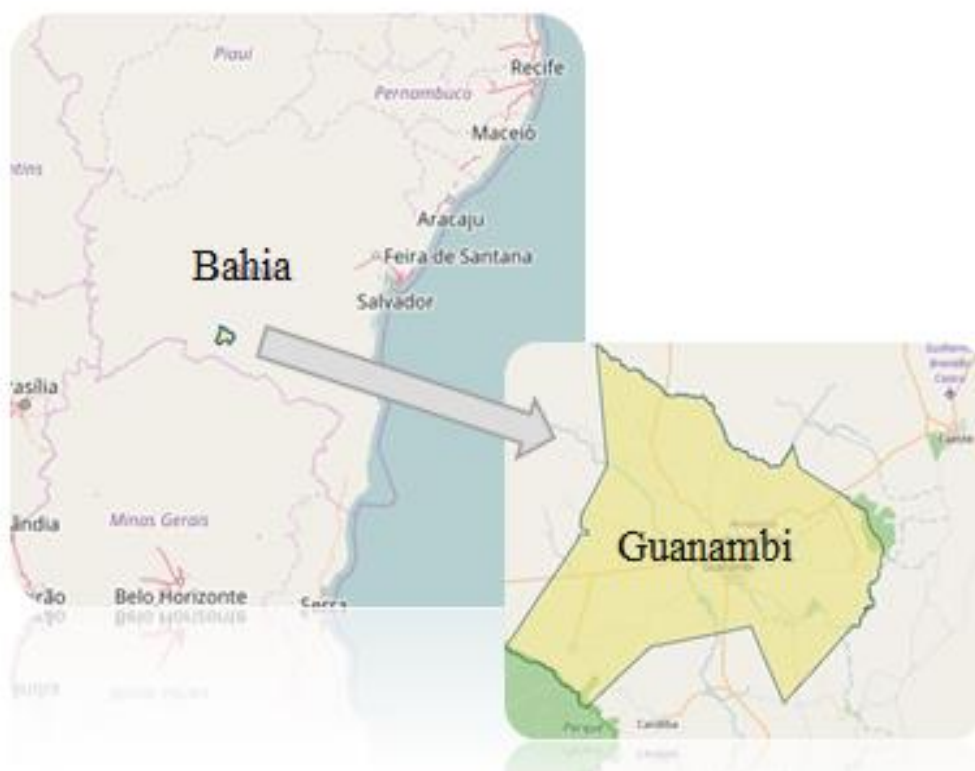


Figura 2 - Localização do município de Guanambi, Bahia (IBGE, 2017).

Conforme dados do último censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2010, Guanambi possuía 78.833 habitantes, sendo o número de adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos igual a 14.078, sua população foi estimada

para 2016 em 86.320 habitantes (IBGE, 2010). A população do município distribui-se numa área territorial que corresponde a 1.272,367 Km² (IBGE, 2015).

Nas décadas de 1970 e 1980, Guanambi caracterizava-se como “cidade polo da cultura algodoeira”, por consistir na maior produtora de algodão do estado da Bahia, porém, a partir dos anos 2000, uma década após a recessão econômica gerada pela crise algodoeira no município e região, vem se consolidando como “cidade polo de comércio e outros serviços”, e essa tradicional importância de base agrícola, tem sido substituída pela prestação de serviços, como educação, saúde e outros, para os municípios circunvizinhos (PEREIRA; SILVA, 2014).

Em relação à saúde, Guanambi é sede de uma das 28 regiões de saúde do estado da Bahia, região esta formada por 21 municípios: Caculé, Caetité, Candiba, Carinhanha, Guanambi, Ibiassucê, Igaporã, Iuiú, Jacaraci, Lagoa Real, Licínio de Almeida, Malhada, Matina, Mortugaba, Palmas de Monte Alto, Pindaí, Riacho de Santana, Rio do Antônio, Sebastião Laranjeiras, Tanque Novo e Urandi (BAHIA, 2012).

O município de Guanambi está na condição de Comando Único dos serviços de saúde, segundo Pacto pela Saúde, respondendo pela ABS e pelos serviços de média densidade tecnológica da rede local de saúde (BAHIA, 2018).

A estrutura operacional dos serviços de saúde do município conta com: três hospitais gerais; uma unidade de atenção em regime residencial; uma unidade assistencial de alta complexidade em nefrologia; uma academia de saúde; uma central de regulação; uma central de regulação médica das urgências; quatro unidades móveis de nível pré-hospitalar de urgência/emergência; uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA); uma unidade de vigilância em saúde; um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); um Centro e Testagem e Aconselhamento (CTA); um Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN); dois Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (um CAPS II e um CAPS álcool e drogas); duas Secretarias de Saúde; três centrais estaduais de notificação, captação e distribuição órgãos; 47 clínicas/ambulatórios especializados; 68 ambulatórios; e 20 Unidades Básicas de Saúde/Centro de Saúde; dois postos de saúde; e uma Policlínica (DATASUS, 2017).

A policlínica supracitada foi inaugurada recentemente em Guanambi, favorecendo o acesso dos moradores da região de saúde sediada pelo referido município ao atendimento especializado e a exames de média e alta complexidade pelo SUS (GUANAMBI, 2018).

No que tange à Atenção Básica em Saúde, a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Guanambi é de 82%, possuindo 19 Equipes de Saúde da Família

(EqSF) implantadas e duas equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) tipo I (BAHIA, 2018).

O NASF é constituído por profissionais de diferentes categorias da área de saúde que atuam de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais da ABS. O NASF faz parte da ABS, mas não se constitui como serviço com unidade física independente ou especial. Podem ser organizados de acordo a carga horária semanal dos profissionais que o compõe em três modalidades, NASF I, NASF II e NASF III (BRASIL, 2017a).

Das 19 ESF implantadas em Guanambi, 15 estão na zona urbana e quatro na zona rural. Todas as ESF possuem equipe de saúde bucal modalidade I (BAHIA, 2018), ou seja, composta por Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) (BRASIL, 2017a).

3.2.2 Cenário eleito para produção dos dados

O campo de investigação propriamente dito deste estudo constituiu em uma parte da rede de serviços da ABS de Guanambi, incluindo a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e cinco Unidades de Saúde da Família (USF).

A escolha das unidades que integraram este estudo foi norteadada por um levantamento prévio que fizemos, mediante contato por telefone e/ou *WhatsApp* com os coordenadores de cada uma das USF de Guanambi, tanto da zona urbana quanto da zona rural. Esse levantamento abarcou dados concernentes ao tempo de atuação dos médicos, dentistas e enfermeiros nas referidas USF, e um relato sucinto das ações de cuidado desenvolvidas pela EqSF junto ao público adolescente.

Nesse levantamento, constatamos que poucas ESF realizavam ações de cuidado específicas aos adolescentes, e as demais, quando o faziam, era de forma esporádica e pontual. Desse modo, selecionamos todas essas EqSF que realizavam, bem como algumas que não realizavam ações junto a esse público. Além disso, a escolha buscou abranger os diferentes contextos de localização das unidades: rural, urbana, de bairros periféricos e bairros centrais. As unidades selecionadas foram:

Cenário 1 - Unidade situada em uma região periférica da cidade, composta por oito microáreas, todas cobertas por Agente Comunitário de Saúde (ACS)⁴. Atende uma população adscrita de 3.200 pessoas;

Cenário 2 - Unidade também localizada em uma região periférica da cidade, composta por sete microáreas, seis cobertas por ACS, com uma população cadastrada de 2.959 pessoas;

Cenário 3 - Unidade que fica em uma região mais central da cidade. Sua área de abrangência se divide em nove microáreas, apenas três são cobertas por ACS, compreende uma população total de 1.695 famílias;

Cenário 4 - Situada no perímetro rural, nesta unidade, funcionam duas ESF em regime de trabalho de seis horas diárias ininterruptas, uma no turno matutino das 7h às 13h e outra no turno vespertino das 13h às 19h. A primeira é composta por dez microáreas, todas cobertas por ACS, com uma população total de 3.956 pessoas e 1.200 famílias cadastradas a segunda composta por 11 microáreas, cuja uma é descoberta de ACS. A população adscrita nas dez microáreas cobertas por ACS corresponde a 2.844 pessoas e 844 famílias.

Cenário 5 - Unidade situada em uma região mais central da cidade. Sua área de abrangência é formada por seis microáreas, quatro cobertas por ACS. Sua população adscrita compreende 3.920 pessoas.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Nesta pesquisa, envolvemos uma diversidade de participantes que em suas especificidades e singularidades permitiram uma compreensão mais profunda e abrangente acerca do objeto deste estudo, visto que, suas perspectivas variam a depender do local ocupado na cadeia de produção do cuidado, das experiências vivenciadas e do contexto que os inserem. Os sujeitos integrantes deste estudo foram organizados em três grupos distintos:

Grupo 1 – Denominado de gestores: esse grupo foi representado pelos dirigentes da Diretoria da Atenção Básica à Saúde, ou seja, o secretário municipal de saúde, o diretor geral da ABS, o coordenador de saúde bucal e quatro apoiadores institucionais⁵. O tempo de atuação no cargo variou entre seis meses a oito anos.

⁴ As informações referentes à quantidade de ACS, pessoas e famílias cadastradas foram obtidas junto aos coordenadores de cada ESF que integra esse estudo.

⁵ Segundo Pereira Júnior e Campos (2014) o apoio institucional é um cargo gerencial que faz uso do método de cogestão de coletivos e tem como diretriz a democracia institucional e o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos. Entre as atribuições do apoiador institucional estão: a responsabilidade pela mediação, negociação, manejo, supervisão e avaliação em saúde.

Entre os participantes desse grupo, quatro são enfermeiras, um é graduado em administração e dois são cirurgiões-dentistas. O tempo de formação oscilou entre 26 e sete anos. Cinco dos participantes deste grupo possuíam pós-graduação *latu sensu* em Saúde Pública, destes, um estava cursando o mestrado em Saúde coletiva. Em relação ao sexo, esse grupo foi composto por três homens e quatro mulheres, com idades situadas no intervalo etário de 31 a 48 anos de idade.

Grupo 2 – Denominado de profissionais de saúde da ABS: esse grupo englobou os profissionais diretamente ligados à produção do cuidado em saúde que compõem a EqSF, bem como, os profissionais do NASF, que dão suporte às unidades selecionadas para este estudo.

Entre os profissionais que integram a EqSF, tivemos como participantes: sete enfermeiros, três médicos, dois cirurgiões-dentistas e cinco ACS. O tempo de atuação na atual ESF inseridos variou de seis meses até 19 anos. Em relação à escolaridade das ACS, uma tinha o ensino fundamental completo, três o ensino médio completo e uma, curso superior completo em serviço social. Dos demais profissionais com nível superior, 11 possuíam pós-graduação *latu sensu* (Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família; Saúde da Família; Urgência e Emergência; Unidade de Terapia Intensiva; Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa; Enfermagem do Trabalho; Prótese dentária; Reabilitação oral; e Dermatologia), destes, uma tinha pós-graduação *stricto sensu* em implantodontia e outra era mestranda em odontologia clínica.

Entre os profissionais do NASF, participaram deste estudo: um farmacêutico, dois nutricionistas, três assistentes sociais, dois fisioterapeutas, um educador físico e um psicólogo, sendo seis de uma equipe e quatro de outra. O tempo de atuação desses profissionais no NASF variou entre dois e oito anos.

Dos 27 profissionais que compõe o grupo 2, quatro são do sexo masculino e 23 do feminino. No que tange às idades dos profissionais deste grupo, estas estavam situadas entre 24 e 63 anos.

Ressaltamos que, nos dois primeiros grupos, de gestores e de profissionais de saúde da ABS, consideramos como critérios de elegibilidade para participação na pesquisa: ter pelo menos seis meses de exercício na função, independente do tipo de vínculo empregatício; e estar em atividade no momento, ou seja, não estar afastado do serviço por férias ou por algum tipo de licença.

Grupo 3 – Denominado de adolescentes: esse grupo traz contribuições na perspectiva do usuário dos serviços, centro do processo das ações de cuidado em saúde. Este grupo teve

como critérios de elegibilidade para seleção dos participantes: ter entre 10 e 19 anos de idade; se menor de idade, ter consigo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)⁶ assinado pelos pais ou responsáveis no dia do grupo focal; e ser usuário das Unidades de Saúde da Família selecionadas para pesquisa.

Participou da pesquisa um total de 47 adolescentes de ambos os sexos, 15 meninos e 32 meninas, com idades entre 11 e 18 anos. Todos os adolescentes estavam matriculados na escola e o grau de escolaridade variou entre o 6º ano do ensino fundamental e o 3º ano do ensino médio. Em relação à raça/cor, 26 se autodeclararam pardos, 10 brancos e 11 pretos.

Utilizamos neste estudo a amostragem por saturação, muito empregada em estudos qualitativos de diversas áreas no campo da saúde, pois, permite estabelecer ou fechar o tamanho final da amostra na pesquisa, interrompendo a captação de novos participantes, uma vez que, as informações fornecidas por estes pouco iria acrescentar ao material já obtido, sem contribuição significativa para o aperfeiçoamento da reflexão teórica com base nos dados que foram coletados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

3.4 PRODUÇÃO DOS DADOS

Os dados produzidos nesta pesquisa foram coletados no período de 4/9/2017 à 30/11/2017 e envolveu técnicas distintas entre os grupos de participantes. Com os grupos de gestores e com uma parte do grupo de profissionais de saúde da ABS, especificamente enfermeiro, médico, cirurgião-dentista e ACS, utilizamos como técnica de coleta de dados a entrevista individual semiestruturada, conduzida por meio de roteiros temáticos (apêndice F, apêndice G, apêndice H) previamente elaborados com questões que versam sobre o tema em estudo.

De acordo Triniños (2010), a entrevista semiestruturada valoriza a presença do investigador que ao fazer os questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, oferece perspectivas ao informante para alcançar a liberdade e espontaneidade necessárias e, à medida que as perguntas são respondidas, novas hipóteses podem surgir suscitando novas perguntas e enriquecendo a investigação.

⁶ Não incluímos a assinatura do TCLE ou do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) como critério de elegibilidade porque a entendemos como condição *sine qua non* para a participação no estudo, entretanto, como o grupo focal envolve um número maior de pessoas e ocorreu mediante agendamento prévio, portar o TCLE assinado pelos pais ou responsáveis, no caso de adolescentes com menos de 18 anos, no momento da coleta de dados, foi considerado como critério para participação.

As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas no local de trabalho dos gestores e dos profissionais de saúde da ABS, ou seja, ocorreram no espaço da SMS e das UBS, respectivamente, em ambiente reservado para evitar interferências e favorecer a privacidade.

O quadro 1 traz uma representação genérica dos participantes entrevistados nesta pesquisa.

Quadro 1: Sujeitos entrevistados

Representação dos sujeitos	Sujeitos	Quantidade	Tempo total
Grupo 1 – Gestores	1 secretário municipal de saúde	7	4h41min
	1 diretor geral da ABS		
	1 coordenador de saúde bucal		
	4 apoiadores institucionais.		
Grupo 2 – Profissionais de saúde da ABS	7 enfermeiros	17	11h10min
	3 médicos		
	2 cirurgiões-dentistas		
	5 ACS		
Total		24	15h51min

Para coleta de dados com os profissionais do NASF e com o público adolescente empregamos a técnica do grupo focal. O grupo focal é um tipo de entrevista com grupos de participantes selecionados, que se difere da entrevista individual por basear-se na interação entre as pessoas para obtenção dos dados necessários a pesquisa, facilitando a identificação de consensos ou divergências sobre os pontos abordados (TRAD, 2009).

No trabalho com grupos focais, o que emerge no “quente” da interação grupal apresenta uma riqueza que geralmente extrapola significativamente as ideias prévias, surpreendendo, trazendo novas categorias e formas de entendimento, que subsidiam novas e proveitosas inferências relacionadas com o problema em estudo (GATTI, 2005). Geralmente as pessoas precisam ouvir as opiniões dos outros para formular as suas próprias, e quando estas são expostas a discussões no grupo, os participantes podem mudar de posição ou se fundamentar melhor (TRAD, 2009).

Operacionalmente as discussões nos grupos focais foram feitas em reuniões com uma variação de seis a doze integrantes, conforme preconizado por Minayo (2010) e Gatti (2005).

Foram construídas seis seções de grupo focais, cinco com adolescentes usuários dos serviços, ou seja, um grupo focal para cada USF selecionada para este estudo; e um grupo focal com profissionais das duas equipes do NASF do município. O quadro 2 traz uma representação destes participantes.

Quadro 2: Participantes nos grupos focais

Representação dos sujeitos	Nº de Grupos	Sujeitos	Participantes por grupo/Sexo ⁷	Tempo Grupo
Profissionais do NASF	1		10 (1 M + 9 F)	1h35min
	1	1 farmacêutico	10 (1 M + 9 F)	
		2 nutricionistas		
		3 assistentes sociais		
		2 fisioterapeutas		
		1 educador físico		
		1 psicólogo		
Adolescentes	5	Com idades entre:	47 (15 M + 32 F)	8h5min
Cenário 1	1	11 a 17 anos;	12 (5 M + 7 F)	1h38min
Cenário 2	1	12 a 18 anos;	9 (2 M + 7 F)	1h32min
Cenário 3	1	13 a 16 anos;	9 (4 M + 5 F)	1h40min
Cenário 4	1	13 a 16 anos;	11 (2 M + 9 F)	1h38min
Cenário 5	1	12 a 15 anos.	6 (2 M + 4 F)	1h37min
Total	6		57 (16 M + 23 F)	9h40min

As seções de grupo focal com os adolescentes foram realizadas nas UBS de referência dos mesmos, em uma sala reservada, sem interferência de terceiros. O primeiro grupo focal com adolescentes ocorreu no cenário 1, o segundo grupo focal no cenário 2, o terceiro no cenário 4, o quarto no cenário 3 e o quinto grupo focal no cenário 5.

Contamos com o apoio do coordenador e dos ACS de cada unidade selecionada neste estudo para a construção do grupo focal com os adolescentes. Para tanto, fizemos uma abordagem com esses profissionais para falar da pesquisa, combinar uma data para o grupo focal, e solicitar colaboração para a realização do mesmo.

Para cada ESF da zona urbana foram entregues 32 vias de TCLE direcionados aos pais e responsáveis e, 16 convites impressos para os adolescentes com a data e o local do grupo focal. Para cada ESF da zona rural, esses impressos foram entregues num quantitativo de 22 e, 11, respectivamente, totalizando 22 adolescentes convidados no cenário 4.

Esses impressos foram distribuídos de forma equitativa entre os ACS para que eles convidassem os adolescentes de sua microárea para o grupo focal. O convite deveria ser entregue somente aos adolescentes cujos pais concordassem que o filho participasse, assinando o TCLE em duas vias. A quantidade de adolescentes convidados, superior ao limite desejado de participantes no grupo focal ocorreu em consideração às desistências ao convite.

⁷ Utilizamos F para o sexo feminino e M para o sexo masculino.

As seções de grupo focal com os adolescentes foram conduzidas por uma moderadora (a pesquisadora) com auxílio de uma colaboradora, acadêmicas de enfermagem da UNEB e monitoras do projeto de extensão *Adolescer*, ambas de posse de um roteiro com os eixos temáticos (Apêndice J) para nortear a discussão.

Para a dinâmica do grupo focal, utilizamos a seguinte estratégia:

1. apresentávamo-nos e falávamos sobre a pesquisa;
2. recolhíamos os TCLE assinados pelos responsáveis, anexando ao Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) assinado pelo adolescente;
3. ofertávamos um crachá com um código para facilitar a identificação dos participantes;
4. explicávamos sobre o grupo focal e informávamos que todas as reflexões eram importantes, que não existia resposta certa ou errada e sim diferentes pontos de vista;
5. estabelecíamos junto aos adolescentes acordos para um momento com boa convivência;
6. os adolescentes ficaram organizados em círculo de forma a favorecer a interação entre os participantes.

Nas discussões dos grupos focais com adolescentes utilizamos como aquecimento a “chuva de ideias”, que registramos em uma cartolina fixada à parede. Tal atividade possibilitou uma introdução do assunto, favorecendo a discussão inicial dos eixos temáticos pelos adolescentes.

Na sequência, solicitávamos aos adolescentes que construíssem um desenho ou uma tirinha de história que retratassem suas concepções acerca do cuidado recebido no “postinho do bairro”. Para essa atividade, os recursos materiais disponibilizados foram: pranchetas, papel A4 branco, lápis de cor, caneta hidrográfica, giz de cera, lápis, borracha, apontador e régua. Pedíamos aos adolescentes que assinassem o desenho com o código registrado em seu crachá. Essa identificação dos desenhos com os códigos facilitou nas transcrições dos grupos focais.

Concluído o desenho, os adolescentes tinham a oportunidade de apresentá-lo, o que suscitou novas discussões sobre a temática, porém, nem todos sentiram-se à vontade para falar do desenho construído. Gatti (2005) relata que muitos pesquisadores que fazem uso da técnica do grupo focal realizam jogos ou exercícios como estratégias que favorecem a discussão.

Na outra atividade realizada, já no final do grupo focal, após o debate dos demais eixos temáticos pelos adolescentes, disponibilizamos uma folha de papel dividida ao meio e solicitamos aos adolescentes que escrevessem de um lado os motivos que os fazem gostar de

vir no “postinho” e do outro lado os que os fazem não gostar. Poucos adolescentes prontificaram-se a apresentar o que havia escrito, entretanto todos entregaram os registros.

O grupo focal com os profissionais do NASF foi realizado mediante um agendamento prévio e ocorreu na UBS em que uma das equipes é cadastrada. A sala apesar de pequena acomodou todos confortavelmente em torno de uma mesa redonda. O início da atividade foi semelhante aos seis tópicos descritos no grupo focal com adolescentes. A discussão foi conduzida pela pesquisadora, que foi ao mesmo tempo moderadora e relatora, e foi norteadada por um roteiro com eixos temáticos (Apêndice I).

Ao final de cada grupo focal, tanto com os adolescentes, como com os profissionais do NASF, oportunizamos uma avaliação da atividade pelos participantes e oferecemos um lanche.

Para fidedignidade dos dados produzidos, as entrevistas e seções de grupo focal foram gravadas, com a autorização prévia dos depoentes, e posteriormente transcritas na íntegra. Estas foram identificadas por meio de codificações alfanuméricas para garantia do anonimato dos participantes. Utilizamos a letra G para o grupo de gestores, a letra P para o grupo de profissionais de saúde da ABS, PN para os profissionais do NASF, e a letra A para o grupo de adolescentes. Essas letras foram seguidas de numeração arábica e tal enumeração obedeceu à ordem de realização das entrevistas e grupos focais em cada grupo de participantes correspondentes.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Na análise e interpretação dos dados empregamos o método de análise de conteúdo temática, que operacionalmente se constitui em três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e a interpretação (MINAYO, 2010).

Na primeira etapa, a de pré-análise, tivemos o contato inicial com o material empírico coletado. Após a transcrição *ipsis litteris* dos trinta arquivos de áudios, referentes as 24 entrevistas e seis grupos focais, fizemos uma leitura compreensiva de todo material transcrito. Tal leitura possibilitou uma visão geral do conjunto, a apreensão de particularidades do material empírico e a definição das formas iniciais de classificação.

Na segunda etapa, que é a de exploração do material, realizamos uma leitura exaustiva dos dados transcritos e uma operação classificatória dos trechos relevantes, conforme sua ideia central (núcleos de sentido). Para isso, elaboramos quadros de análises comuns a cada

grupo de entrevistado (gestores, profissionais de saúde da ABS, e usuários adolescentes), com o intuito de distinguir os discursos retirados das transcrições.

Os quadros foram construídos tendo como baliza os objetivos propostos neste estudo. O primeiro quadro remeteu às dimensões de análise da produção do cuidado, elencando como núcleos de sentido: acesso aos serviços de saúde; acolhimento; vínculo; coordenação ou responsabilização pela produção do cuidado; resolubilidade; e formação profissional para o SUS (considerando: a graduação, e educação permanente/continuada). O segundo quadro foi referente às práticas dos profissionais, sendo consideradas as ações individuais na USF; atividades coletivas; visita domiciliar; e atividades gerenciais/administrativas. O terceiro quadro evidenciou os significados da atenção à saúde do adolescente a partir dos seguintes núcleos de sentidos: desafios; potencialidades; sugestões/estratégias; sentidos/percepções; políticas/programas.

De posse desses nove quadros com os trechos das transcrições, elaboramos nove quadros sínteses correspondentes. A sistematização horizontal dos dados, por meio dos quadros sínteses, permitiu visualizar as convergências, divergências, complementaridades e diferenças, nas falas dos participantes deste estudo.

Na última etapa, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, elaboramos uma síntese interpretativa através de uma redação, buscando dialogar os temas com os objetivos, questões e pressupostos da pesquisa, conforme preconizado por Deslandes, Gomes, Minayo (2013).

Para isso, confrontamos os discursos dos distintos grupos desta pesquisa, pois, como bem explica Demo (1995) o diálogo de sujeitos inseridos em realidades sociais de complexidades polarizadas se configura na marca mais profunda da dialética, visto que, ao dialogarem num terreno de conflitos, o entendimento e desentendimento integram a totalidade comunicativa. Sendo assim, as falas contrárias concretizam o diálogo autêntico, e, é nesse contexto de interesses diversos, contrários e contrariados que a história se processa e se transforma (ASSIS et al., 2018).

3.6 PRINCÍPIOS ÉTICOS

Esta pesquisa respeita em todas as suas etapas os preceitos éticos dispostos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466 de 12 de dezembro de 2012, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos referentes à autonomia, não maledicência, justiça, veracidade e fidelidade (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, entregamos um ofício ao Secretário Municipal de Saúde solicitando anuência para realização da pesquisa. De posse da carta de anuência (Anexo A), o projeto foi submetido através da Plataforma Brasil ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, sendo aprovado em 31 de agosto de 2017 pelo parecer consubstanciado nº 2.250.531 e CAAE: 74037317.5.0000.5556 (Anexo B). Somente iniciamos a coleta de dados com o público da pesquisa após esse parecer favorável do CEP.

Aos sujeitos que se enquadraram nos critérios deste estudo fizemos o convite e os devidos esclarecimentos sobre os aspectos pertinentes à pesquisa, informando-os sobre a livre escolha em participar da mesma, sem nenhum prejuízo ao desistir em qualquer momento.

A coleta de dados ocorreu mediante assinatura do TCLE (apêndice A, B e D) pelos gestores de saúde, profissionais de saúde e adolescentes maiores de 18 anos e, no caso dos adolescentes menores de 18 anos através das assinaturas do TALE (apêndice E) pelo mesmo e do TCLE (apêndice C) pelo seu responsável legal. Estes documentos contêm informações em linguagem acessível sobre o estudo, seus objetivos, procedimentos de coleta de dados, riscos, desconfortos, benefícios e direitos envolvidos. Foram assinados em duas vias, ficando uma via com os pesquisadores e a outra com o destinatário do documento.

Os materiais produzidos a partir da coleta de dados (gravações e transcrições) foram organizados e serão arquivados por um período de cinco anos, vencendo esse período, serão incinerados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 DISPOSITIVOS PARA PRODUÇÃO DO CUIDADO AO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: ACESSO, ACOLHIMENTO E VÍNCULO

Os adolescentes representam um grupo pouco aderente às ações ofertadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), portanto, os profissionais devem estreitar e potencializar uma relação dialógica em cada encontro para rever tal característica, por meio do acolhimento e fortalecimento do vínculo – dispositivos imprescindíveis para ampliação do acesso e produção do cuidado (LAGE; MOURA; HORTA, 2017).

Assim, neste capítulo abordaremos como que se configuram o acesso, o acolhimento e o vínculo no cuidado ofertado aos adolescentes nos serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS).

Deste modo, o acesso ao serviço de saúde será o ponto de partida, porquanto configura-se no principal dispositivo de produção do cuidado, sendo uma condição para que os fluxos assistenciais sejam operacionalizados pelos profissionais (ASSIS et al., 2010). Assim, é no espaço intercessor entre trabalhador de saúde e usuário que o acesso materializa-se, desencadeado pelo olhar atento, pela atuação acolhedora e pelo vínculo construído na intersubjetividade do encontro, ou seja, o acesso não se resume à entrada do usuário nos serviços de saúde, mas concretiza-se frente à micropolítica do trabalho em saúde (FRANCO; ANDRADE; FERREIRA, 2009).

Além disso, o acesso apresenta-se de forma multifacetada e multidimensional, portanto, as diversas variáveis que possam impedir o usuário de alcançar um direito que lhe é garantido formalmente devem ser consideradas, ou seja, quaisquer formas de barreiras (política, econômico-social, organizacional, técnica e/ou simbólica) à universalidade e integralidade à saúde devem ser superadas (ASSIS; JESUS, 2012).

Neste sentido, os discursos dos informantes indicaram entraves no acesso de adolescentes aos serviços da ABS. Dentre os obstáculos, a dificuldade na marcação de consulta clínica com médicos foi apontada de maneira recorrente por adolescentes. Assim, em decorrência da inadequação entre a oferta nos serviços de saúde e a demanda da população, os usuários precisavam-se chegar muito cedo à unidade de saúde, pernoitar ou madrugar numa fila por uma senha, além de enfrentar os desconfortos e riscos de dormir na calçada da unidade de saúde. Por sua vez, entre os adolescentes da zona rural, tal dificuldade era

potencializada pela distância do domicílio à unidade de saúde e concomitante problema com transporte público.

A6 – Pra passar no médico tem que sair de casa quatro horas da manhã, enfrentar a fila pra conseguir marcar; A10 – Ter sorte de não ser assaltada; A5 – Ter sorte de encontrar a ficha, porque são dez fichas; A3 – Nossos pais que vêm quatro horas da manhã, porque não é a gente que pega a fila não (GF1 adolescentes – Zona urbana).

A11 – Uma dificuldade que acho na marcação é que nem sempre tem sombra; a depender, você pega o sol todinho. E pra quem vem dá zona rural tem que vir cedo pra marcar, aí tem a dificuldade do transporte. A2- Pra quem está na zona rural é mais difícil. A11 – Também acho, porque a quantidade de gente é maior, tem a questão de transporte, pois nem todos têm transporte próprio, então tem que vir no ônibus. O ônibus tem horário de saída, uns tem hora que chega mais tarde, aí quando chega aqui já está lotado, e já vai ter marcado “um milhão de pessoas”; A5 - Sempre temos que ficar em filas enormes e, às vezes, a gente nem é atendido (GF3 adolescentes – Zona rural).

Em decorrência disto, a organização da marcação da consulta clínica por meio, unicamente, de demanda espontânea com disputa por senha representava um modelo ultrapassado e inadequado para o acesso aos serviços de saúde que deveriam buscar ser a porta de entrada preferencial na rede de atenção. Além disso, serviços com tais características tornam-se reprodutores de iniquidades, pois, frequentemente, o usuário que tem alguma dificuldade de deslocamento ou aversão aos serviços de saúde, ainda que tenha maior necessidade clínica, poderá ser excluído do cuidado em tempo oportuno.

Por esta ótica, quando serviços de APS estão organizados de forma a priorizarem as práticas programáticas, atendendo demanda organizada para certos grupos populacionais, em detrimento do atendimento adequado às situações episódicas e aos indivíduos menos aderentes à USF, ou o oposto, tornam-se demasiadamente centrado na demanda espontânea dos usuários, produzem barreiras de acesso oportuno, sendo necessário haver um equilíbrio entre demandas programadas e espontâneas para que a população-usuária reconheça a USF como locus privilegiado para o cuidado (SANTOS, 2013).

No caso dos adolescentes que tradicionalmente configuram um grupo com baixa adesão aos serviços de saúde, a representação das dificuldades impostas pelas barreiras no acesso implica em desprestígio dos serviços de saúde e, conseqüente, desestímulo à busca programada e regular. Assim, percebemos que os adolescentes têm uma percepção muito ruim das unidades de saúde, sobretudo quando necessitam de cuidados assistenciais. Não obstante, nos depoimentos, dentre as insatisfações, constatamos problemas de natureza organizacional (demanda elevada de usuários, horário de funcionamento limitado, marcação apenas presencial e sem acolhimento) que, em sinergia com as desigualdades sociais (violência

urbana, insuficiência de transporte público), tornavam a busca por cuidados em saúde uma situação, também, de risco à própria integridade física.

No contexto da zona rural, por exemplo, as dificuldades acentuavam-se, entre outras razões, pela restrição no horário (apenas um turno por dia) de atendimento dos serviços à população. Neste caso, o acesso à unidade de saúde ficava limitado, conseqüentemente, o adolescente precisava ausentar-se de atividades laborais ou escolares caso os turnos coincidissem com o funcionamento da unidade, bem como, a capacidade de atendimento dos profissionais era diminuída impactando na oferta de vagas. Os trechos das falas destacam tais questões:

A11- tem um médico pela manhã que é só da manhã, tem um médico da tarde que é só para tarde. Geralmente as pessoas da tarde não podem ser atendidas pela manhã. A maioria das vezes. A7 - Isso dificulta bastante o atendimento (GF3 adolescentes – Zona rural).

A maioria dos adolescentes da minha região estuda à tarde, e nossa população é atendida à tarde. Esses dias mesmo, umas três adolescentes da minha área marcaram para passar na dentista, aí têm que matar aula no horário para passar aqui e voltar, do contrário não tem como. Apesar da vontade de vim atrás do que eles estão precisando, eles não querem matar aula. Uma adolescente da minha área que eu marquei dentista aqui, perdeu a vaga, porque no dia ela tinha prova e não pode ser atendida pela manhã; de manhã, só atende o povo da manhã e à tarde o da tarde. Consulta com o médico mesmo, como não podem ser atendidos de manhã, eles acabam perdendo ou indo no município vizinho. Se precisar no caso de urgência, muitos pais não têm nem condições de sair de lá e ir pra Guanambi, que eu sei que tem a UPA, o hospital Regional, que atende, mas devido à condição dos pais ele acha difícil sair daqui para ir procurar até lá; como Candiba [município vizinho] é mais perto, eles vão ali correndo, mesmo que é uma consultinha simples, mas eles levam lá (Ent. P12 – ACS – Zona rural).

Além da limitação no horário de atendimento, a população residia dispersa no território rural, por conseguinte a distância de algumas micro-áreas à unidade de saúde era grande, às vezes, localizando-se na fronteira com outros municípios. Não por acaso, quando o turno de atendimento coincidia com o turno de aula, alguns adolescentes buscam atendimento no município vizinho. Assim, tais barreiras (geográficas e organizacionais) de acesso vivenciadas no processo de busca por cuidado interferem diretamente nas decisões de procura rotineira e, por sua vez, impactam negativamente, mormente, em grupos sociais vulneráveis e/ou mais resistentes aos serviços de saúde.

As dificuldades de acesso, infelizmente, estavam presentes no conjunto das ações ofertadas na ABS. Por exemplo, no caso da atenção à saúde bucal, o tempo longo de espera entre o dia da marcação e o dia da consulta representou um importante argumento de

insatisfação tanto para adolescentes do cenário urbano quanto rural, conforme ilustram os fragmentos:

A7 – Quase que não marco com dentista porque não tenho dinheiro, aqui na unidade não tenho interesse; A9 – Quando inicia um tratamento, pra continuar esse tratamento você tem que sentar o joelho no chão e rezar, porque você vem aqui hoje, aí eles marcam pra quinze de dezembro, aí quando chega quinze de dezembro, marcam para o ano que vem. Você vem num mês, aí demora dois meses depois; A3 – Com um ano depois; A4 – Bom, quando a mãe é funcionária, chega lá, pede e marca, não precisa pegar fila, nem nada (GF1 adolescentes – Zona urbana).

A9 – Para passar no dentista é o ACS que marca, se tiver vaga, se alguma pessoa desistiu, eles colocam você; A7 - Mas tem que esperar muito tempo. Tem hora que demora muito; A5 – Se for urgência tem vaga; A9 – Mas a emergência é só para arrancar; A8 – Pra marcar com o dentista demora um ano (GF3 adolescentes – Zona rural).

Tal distorção na lógica assistencial pode fazer com que o adolescente construa uma representação negativa que associa o acesso à troca de favores. No caso da atenção odontológica é preocupante a desassistência, pois questões que necessitariam de cuidado premente e/ou preventivo, muitas vezes, poderão agravar-se e tornar-se, até mesmo, uma mutilação dentária.

Outra insatisfação referente ao acesso, evidenciada nas falas dos adolescentes, fez referência à demora do atendimento em geral e, também, a abordagem profissional no momento da consulta. Tais constatações estiveram relacionadas ao atraso na chegada de alguns profissionais à unidade, ao não comparecimento de alguns deles em todos os dias de funcionamento da USF e, também, a não permanência durante todo o turno de atendimento, conforme discursos a seguir:

A9 – A dentista demora demais pra atender; tipo ela chega nove horas da manhã! A12 – Essa demora dela cansa! A10 – Ela marca pra você chegar aqui uma hora, mas chega aqui três. Ela fala assim, “você tem que vir cedo”, aí você chega aqui sete horas, mas você sai daqui dez horas da manhã! Toma um chá de cadeira. A6 – Já sai insatisfeita com o atendimento por causa da demora, às vezes demora e você sai irritado (GF1 adolescentes – Zona urbana).

A5 - Às vezes, demoram de atender e eu odeio esperar. Antes de dar a hora de o médico ir embora ele já foi. Não tem cabimento uma coisa dessas! A8 – O agendamento demora muito e os médicos entram mais tarde do que eu imaginava. Os médicos devem cumprir horários, ter pontualidade; A9 – Eles não estão nem ligando, eles estão ganhando os deles (A5 – GF2 adolescentes – Zona urbana).

A2 - Precisa melhorar muito, o atendimento de consultas, principalmente pra zona rural. Ter mais médicos, sabe? Atender no horário certo. Marcar no horário certo, igual marca uma hora e vem três, tem gente que vem nos carros dos alunos e tem que ficar aqui esperando, deveria mudar mais isso; A11 – Demoramos muito esperando lá fora, e quando chega na sala pra ser atendido, se demora muito, é dois minutos, dependendo do médico. Tem uns que atendem e nem olham na nossa cara,

outros já examina tudo. A9 - Tem hora que nem atende, a gente vem buscar o atendimento e não somos atendidos; A7 - A gente espera um tempão lá fora e quando chega pra ser atendido, tem hora que não é atendido e quando é atendido, é que nem ela falou: a consulta é dois minutos ou três (GF3 adolescentes - Zona rural).

Em relação ao descontentamento do usuário do SUS em ter que chegar cedo ao serviço de saúde e permanecer durante todo o turno para ser atendido, mesmo no caso de consultas previamente agendadas, Santos (2013) pontua que, ainda que essa prática também seja comum em clínicas privadas, parece que no espaço público, já desacreditado, assume proporções mais dramáticas.

Contudo, entre as particularidades da consulta com o adolescente, é importante o acesso facilitado e desburocratizado, com o menor tempo de espera possível (RIBEIRO; ROSENDO, 2011). Entretanto, o que se constata, a partir dos discursos, é que os adolescentes além de perceberem o acesso às consultas como algo difícil, quando as conseguem, a organização dos serviços apresenta-se desfavorável às suas demandas.

O descumprimento da carga horária de trabalho, principalmente entre a categoria médica, também foi apontado no estudo de Lima et al. (2015), o que reduzindo, assim, a capacidade de atendimentos por dia e conseqüentemente o acesso da população aos serviços de saúde.

Ademais, o acesso à consulta não garante que a necessidade do adolescente seja satisfeita; fato destacado no conflito entre o tempo de espera e o tempo da consulta. Neste sentido, uma consulta rápida não favorece a identificação da real demanda do usuário (clínica e/ou simbólica), restringindo, muitas vezes, à queixa-conduta e desconsiderando aspectos essenciais para a integralidade do cuidado.

Além das dificuldades já mencionadas, a carência de ações sistematizadas, tanto no âmbito individual, quanto coletivo, destinadas aos adolescentes, foi pontuada como fator que limita o acesso aos serviços da ABS. Entretanto, alguns profissionais ignoraram a existência de problemas de acesso e, até mesmo, demonstram pouca clareza às necessidades específicas de adolescentes, naturalizando as possíveis dificuldades ou responsabilizando-os pela baixa frequência aos serviços de saúde. Os fragmentos abaixo exemplificam esses achados:

Acho que o acesso ainda está limitado, por conta de não ter algo específico na unidade para eles [adolescentes], então acabam sentindo que não tem nada para eles (Ent. P1 - Enfermeira).

Acho que, às vezes, a gente dificulta esse acesso para o adolescente, porque tem enfermeiros que abre a agenda e coloca demanda espontânea e, na maioria das

vezes, o adolescente não sente que está nessa demanda espontânea e, também, não tem um dia específico para o adolescente na unidade (Ent. G2 - Enfermeira).

A2 – Seria melhor se tivesse um atendimento específico ao adolescente, um serviço próprio pra aquilo, próprio para o adolescente. A9 – Acho que sim, pois ele acha que não vai ter, aí não procura saber mais sobre alguma coisa que ele está em dúvida, ou alguma coisa que quer saber, ou alguma coisa que está sentindo na parte da saúde dele (GF3 adolescentes – Zona rural).

Dificuldade não tem não, que a unidade tá aberta a semana toda, é demanda livre. Chegou à unidade, se no caso a enfermeira tiver atendendo, o adolescente pode procurar a recepção para agendar tanto com o enfermeiro, quanto com o médico, o odontólogo, o atendimento que ele tiver necessidade. O acesso é livre, para essa demanda (Ent. G6 – Enfermeira).

Não tem dificuldade no acesso, às vezes é o adolescente que não procura. Só vão à unidade quando estão doentes (Ent. P3 – ACS Zona urbana).

Dessa maneira, os adolescentes acessam os serviços quando se encaixam nas ações programáticas, ou seja, especificidades da adolescência ficam opacas na prática cotidiana dos profissionais. Nessa direção, a participação desse segmento etário nos serviços da ABS restringe-se às práticas médico-assistenciais, com ênfase na doença e no seu tratamento/controle, ou seja, chama atenção o distanciamento que os profissionais, ainda, impõem às vulnerabilidades inerentes aos adolescentes (VIEIRA et al., 2014).

Segundo Alves et al. (2016), vários argumentos tentam justificar a baixa procura dos adolescentes aos serviços de atenção primária, contudo, poucas são as ações implementadas na tentativa de modificar essa realidade. Ainda para esses autores, existem no serviço deficiências decisivas para a baixa procura dos adolescentes pela ESF, como: a carência de atividades educativas; ausência de ações específicas destinadas a esse público; o despreparo profissional para lidar diretamente com os adolescentes e atender suas demandas de saúde; a falha na comunicação e formação de vínculo; a dificuldade (filas) para ser atendido no serviço, entre outros.

De tal modo, é importante atentar o quanto os serviços de ABS estão organizados de forma a tornarem-se atrativos aos adolescentes antes de culpabilizá-los pela ausência na unidade de saúde. Tal aspecto, também, foi ressaltado por gestores e profissionais participantes deste estudo:

Acredito que não somos um serviço atrativo pra eles [adolescentes] procurarem, mas se procurarem, serão atendidos. Mas acho que a gente precisaria ser mais atrativo, trazer mais assim, motivos pra poderem procurar o serviço (Ent. P5 - Enfermeira).

O serviço não tem nenhum atrativo para o adolescente, e a gente sabe que é difícil trabalhar com adolescente justamente por isso, porque precisa ter uma coisa que atraia a atenção, que faça com que ele procure o serviço [...]. Então, acho o acesso

restrito, porque ainda não há uma abertura, não sei se por falta de conhecimento deles, ou do trabalho que ainda não existe de forma intensificada pra essa população (Ent. G3 - Enfermeira).

Nesse contexto, os adolescentes não se sentem atraídos em deixar de frequentar seus grupos para irem ao serviço de saúde, por se tratar de local comumente distante de sua residência e/ou estruturado por práticas normativas/disciplinares, muito diferentes das atividades nas quais costumam e gostam de se envolver no cotidiano (LAGE; MOURA; HORTA, 2017). Assim, o profissional deve utilizar estratégias que estimulem a presença deste segmento populacional na unidade de saúde como, por exemplo, atividades atrativas que facilitem o engajamento do adolescente no cuidado de si (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012).

Outro aspecto que pareceu afastar os adolescentes da USF foram as representações simbólicas construídas sobre tal espaço, pois como as ações programáticas direcionavam-se muito às questões de cunho sexual e reprodutivo (pré-natal, exame preventivo do câncer de colo uterino e planejamento familiar), o adolescente sentia-se constrangido a buscar pelos serviços e serem interpretados como pessoas com vida sexual ativa. Tal fato pode ser constatado na fala de uma profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ao relatar uma vivência em que uma adolescente solicitou usar os serviços de outra unidade de saúde, pelo receio de que seus pais descobrissem que estava indo a sua unidade de referência.

Tem uns que vêm na unidade, você ver, chegam todo escondidinho. Tivemos uma enfermeira anterior no PSF, e aí dávamos suporte a um projeto dentro da unidade, e aí essas adolescentes eram de outra equipe, e elas perguntaram se poderia passar, então pediram a enfermeira, no momento de educação em saúde, a gente fez uma dinâmica, uma palestra, uma roda de conversa com os adolescentes e aí foi colocado no final da palestra; elas estavam acessíveis, se quisessem ir à unidade, algumas procuraram a unidade: “não é minha unidade de referência, tem como eu fazer a consulta aqui, porque se eu fizer lá, a minha ACS vai ficar sabendo, a minha mãe vai ficar sabendo, e não quero; então, é mais fácil, procurar essa unidade para eu fazer minha consulta com a enfermeira” (PN2 – Educadora física - GF NASF).

Deste modo, existe uma lacuna de informação e conhecimento que reforça o distanciamento de adolescentes dos equipamentos de saúde, cabendo aos gestores (na dimensão organizacional) e a equipe de saúde (na dimensão do processo de trabalho) a responsabilidade por tornarem a unidade de saúde um lócus de cuidado acessível, acolhedor e produtor de saúde (ANHAS; SILVA, 2017). Nesta perspectiva, permanece o desafio de romper-se as barreiras organizativas, técnicas e simbólicas que atrapalham o acesso e comprometem a produção do cuidado.

Nesse sentido, o relato emblemático de um profissional sintetizou os desdobramentos em decorrência da barreira simbólica vivenciada por um adolescente trans em processo de redesignação sexual que, apesar das suas necessidades singulares em relação aos serviços de saúde, não frequentava a unidade de saúde por receio da estigmatização e discriminação:

Acabei lembrando aqui de um adolescente trans de mais ou menos 15 anos que me procurou, e ele, ou melhor, ela, porque ela é uma mulher que está a se transformar em um homem, e ele não tinha acesso à unidade, e não se sentia bem acolhido, porque achava que o ACS da micro dele não o via com bons olhos, em questão religiosa e, aí, eu fazendo o preventivo da parceira dele, ela me passou a situação em relação a questão da sexualidade dela e, por meio disso, pedi que ele viesse, e ele me procurou e me passou a história dele toda, o porquê que não vinha na unidade, me relatou umas queixas a serem resolvidas pelo médico, como encaminhamento para psicólogo, endocrinologista; logo que ele estava nesse processo de transformação do corpo e já estava tomando hormônio para desenvolver pelos e tal, mas isso tudo sem prescrição médica. Então, ele precisava dar continuidade ao tratamento (Ent. P1 - Enfermeira).

Cotidianamente, as barreiras simbólicas ao acesso da população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) aos serviços de saúde têm sido frequentemente denunciadas e discutidas, não apenas em relação aos travestis e transexuais, mas para todos os grupos que compõem a diversidade de orientação sexual, sendo esse acesso caracterizado como injusto e excludente (ALBUQUERQUE et al., 2013). O modo de ser recebido nos serviços de saúde é uma ferramenta importante para que as pessoas sintam-se aceitas e construam vínculos de confiança que, por conseguinte, repercutem na forma como aderem aos cuidados. Assim, o acolhimento na atenção à saúde é importante para que se estabeleça uma contratualidade entre profissional-usuário do serviço e possibilite o reconhecimento de uma fonte regular de cuidado e, simultaneamente haja implicação dos profissionais com os usuários na sua diversidade.

Todavia, não são apenas as práticas discriminatórias que bloqueiam o acesso da população LGBT aos serviços de saúde, mas também, a inadequação da oferta de atenção e de cuidados. Ainda assim, a narrativa comum dos profissionais de saúde que responsabilizam essa população pela ausência nos serviços revela uma desatenção às questões relacionadas à orientação sexual ou, ainda, o bloqueio da assistência, já que o acesso para os segmentos LGBT está condicionado à compreensão das demandas desses grupos, tendo em vista o cumprimento dos princípios da universalidade e integralidade do SUS (PEREIRA, 2017).

Contudo, se por um lado as conquistas alcançadas não foram suficientes para romper com os estigmas e discriminação ao público LGBT, por outro lado, tem funcionado como mediadores do discurso, e provocado, principalmente, no campo da saúde, o constrangimento

de profissionais em assumir de forma explícita seus preconceitos, o que reflete numa tendência a um discurso performático e politicamente correto, com negação do preconceito (PEREIRA, et al., 2017).

Assim, essas barreiras simbólicas que afastam os usuários excluídos dos serviços (adolescentes, LGBT, entre outros públicos) devem ser rompidas por meio de estratégias que favoreçam a confiança e vinculação, para que se concretize o cuidado em saúde a essas pessoas expostas a vulnerabilidades.

Diante desse aspecto, as atividades em grupo com adolescentes mostrou-se, nos discursos dos profissionais, como uma importante estratégia para facilitar o acesso e vinculação deste público aos serviços de saúde, como destacam os trechos abaixo:

Então, vejo que o adolescente aqui no PSF, hoje têm uma participação ativa de vir, só que o acesso do adolescente na saúde é muito pouco. Tinha adolescente que não sabia nem o que era feito no posto, porque adolescente é difícil adoecer e geralmente a pessoa liga posto de saúde a doença, não têm essa vontade de vir, agora com algumas outras atividades que são feitas com o grupo, os adolescentes frequentam mais, porque muitos tinham a ideia de que posto de saúde era só pra passar e fazer exame e ir embora, não era para trabalhar com a prevenção (Ent. P9 – ACS – Zona urbana).

Acho que essa questão do adolescente procurar a unidade, ainda é uma coisa bem distante, e a porta de entrada, acredito que talvez seja através desses grupos mesmos que eles começam a conhecer toda equipe, começam a ter aquela confiança e que pode ser que eles comecem a participar mais, vim procurar, sozinho, porque se não, sempre vão vir com os pais por algum motivo de saúde mesmo, pra vir aqui conversar espontaneamente, acho que ainda tem muito o que trabalhar e é através dos grupos que vai ser a porta de entrada desses adolescentes na unidade (PN7 – Assistente social - GF NASF).

A não adesão às ações da ABS pela percepção do adolescente de uma busca pelos serviços atrelada a quadros patológicos é orientada pelo modelo biomédico/hospitalocêntrico, centralizador do processo de cura das doenças (ALVES et al., 2016). Assim, essas ações educativas em grupo de adolescentes realizadas pelos profissionais de saúde favorecem a ressignificação que esse público constrói sobre a unidade de saúde, possibilitando que se aproximem dos serviços, conheçam sua dinâmica/funcionamento e procurem esse espaço como local de cuidado preventivo e assistencial.

Outro facilitador do acesso dos adolescentes aos serviços da ABS foi o ACS. Esse profissional foi mencionado tanto pelos adolescentes, quanto pelos profissionais, ressaltando suas ações na marcação direta de consultas, na vigilância de agravos, na identificação de vulnerabilidade e, sobretudo, no estreitamento de laços com o serviço de saúde.

Na verdade o contato de toda comunidade com os profissionais é o ACS. O ACS é o ponto-chave, [...] quem traz esse adolescente normalmente é o agente, quando ele tem liberdade de levar ao posto, aí o agente traz pra gente, ele sugere, “ah, passa lá na enfermeira”; aí, muitas vezes, o agente fala “estou com um adolescente assim e tal”. Eu falo: “peça a ela pra vir”. [...] O ACS que vai e faz a visita, que estar mais próximo, é aquela pessoa que a família e que o adolescente confiam mais [...] então, esse fluxo começa pelo ACS mesmo lá na ponta, na visita domiciliar do ACS que passa pra gente (Ent. P10 - Enfermeira).

E através do agente de saúde temos acesso ao médico, enfermeiro, auxiliares. Os agentes de saúde nos ajudam a nos cuidar, nos incentivam como devemos nos cuidar (A8 - GF1 adolescentes – Zona urbana).

Desse modo, o ACS surge nos discursos como uma potencialidade na efetivação do cuidado à população adolescente nos serviços de ABS. A participação no dia a dia da comunidade, oportunizada pelas visitas domiciliares, possibilita ao ACS uma compreensão do contexto no qual o adolescente insere-se e o conhecimento de suas necessidades, levando as demandas percebidas à unidade de referência. Assim, a existência de áreas descobertas por esses profissionais foram pontuadas como um desafio no processo de trabalho com as pessoas nessa fase da vida. Conforme Lima et al. (2015), o ACS atua como um facilitador do acesso do usuário aos serviços, inclusive no processo de marcação de consultas sem a necessidade do usuário ir à unidade de saúde.

Ademais, estudo realizado por Costa et al. (2015) aponta que os adolescentes desejam um cuidado que extrapole a unidade de saúde, referindo especificamente a residência. Esses autores consideram a visita domiciliária uma tecnologia de interação no cuidado à saúde da família e um meio facilitador das ações em saúde para a ampliação da equidade.

No presente estudo, somente os ACS mencionaram essa prática como ação de cuidado dirigida a esse segmento populacional. Ao considerar a otimização dos profissionais no cuidado a população adscrita, Santos et al. (2008) afirmam que o critério para visitas domiciliares pelos profissionais de saúde de nível superior não pode ter um caráter compulsório, mas estar pautada em uma necessidade explícita, sendo a visita cotidiana aos domicílios uma atribuição dos ACS.

O acesso do adolescente ao serviço da ABS mostrou-se também associado à sensibilidade do profissional no cuidado a esse público. Nesse sentido, foi possível identificar perspectivas distintas dos profissionais em relação a priorização (ou não) dos adolescentes nos serviços de saúde: 1) os que tentam facilitar a entrada do adolescente no serviço, por receio de que não retorne ao atendimento; e 2) os que não veem sentido em priorizar o atendimento a um público que adoece menos que os demais. Desse modo, os processos produtivos que possibilitam o acesso dos adolescentes aos serviços de saúde não seguem um padrão, pois

variam de acordo com a singularidade de cada profissional que o conduz. A partir dessa pauta, discorrem os profissionais:

Aqui funciona a questão das senhas, não têm um dia específico para adolescente [...] particularmente, quando atendo um adolescente, não deixo nem pegar senha, para não perder o adolescente, o quê que faço, encaixo ele com o médico, [...] se não, trago o médico aqui pra dentro da sala, aí conversa eu o médico e o adolescente. Na verdade, eles me procuram que é mais fácil, aí a recepção vem atrás de mim “ó, tem adolescente assim querendo falar com você”; aí, já entra pra cá sem marcar nem agendar nada, aí conversamos, mas quando tá muito cheio, que não têm como esperar, alguns desistem e não voltam, entendeu? Aí, a gente perde, não têm jeito, mas eu tento não deixar isso acontecer [...] porque são mais vulneráveis (Ent. P6 – Enfermeira).

O acesso deles é de forma igualitária aos outros adultos normais, adulto jovem no caso, eles enfrentam a mesma fila e marcam a consulta, não tem nenhum privilégio para eles. O atendimento é igualitário [...] não tem nenhuma prioridade pra ver se consegue buscar esse adolescente para ser atendido, ele tem o mesmo tratamento e oportunidade que os outros. Até porque não faz muito sentido, pois, a incidência de doenças, comorbidades, patologias é muito maior em adultos com mais idade, idosos e crianças do que adolescente. Adolescente é a faixa etária que tem menor índice de doenças (Ent. P7 – Médico).

Pelas características próprias dessa etapa do desenvolvimento humano, muitas vezes os adolescentes tem dificuldades em respeitar os horários e as datas de agendamento, determinando que o serviço construa mecanismos de organização mais flexíveis (BRASIL, 2017b). Contudo, apesar deste aspecto ser fundamental no cuidado ao usuário adolescente, nem sempre é possível o profissional estar acessível e disponível quando requerido, devido à sobreposição de ações que integram seu processo de trabalho na ABS.

Ressaltamos também que o cuidado centrado na doença e no diagnóstico evidenciado no segundo fragmento acima, não possibilita ao profissional a compreensão do adolescente em sua totalidade, além de limitar a relação entre esses sujeitos e conseqüentemente, o atendimento às necessidades dessa faixa etária. Conforme, Marques (2010), o cuidado ao sujeito adolescente extrapola o caráter instrumental, pois suas necessidades não se resumem aos aspectos bio-fisiológicos, mas também se expressam na dimensão subjetiva e no que ela implica de articulação com o outro.

Esse cuidado ao adolescente que se reduz ao ato prescritivo, na perspectiva queixa-conduta, com valorização da disfunção biológica e não a pessoa em sua integralidade, também é evidenciado no discurso de outro médico participante da pesquisa:

Como é uma faixa etária que o corpo responde muito bem a qualquer tipo de doença; é muito tranquilo, como a procura também são por coisas básicas a resolutividade é grande, o índice de retorno é baixo (Ent. P16 – Médico).

Assim, no contexto da atenção à saúde do adolescente, é preciso transcender a concepção técnica e assistencialista, e ampliar os horizontes de atuação, evocando competências educativas e relacionais, além de conhecimentos específicos sobre o processo de desenvolvimento global do ser humano nessa fase da vida (HIGARASHI, 2011).

Para romper com as atuais estruturas do modelo biomédico, há necessidade de uma reestruturação produtiva que avance na organização de processos de trabalho mais relacionais, pois o alto consumo de tecnologias duras e o plano secundário da dimensão relacional do cuidado em saúde e das intersubjetividades operantes interdita o agenciamento de desejos que possibilitam a construção de novos territórios das práticas em saúde (FRANCO; MERHY, 2013b).

Neste sentido, o acolhimento configura-se numa importante tecnologia relacional que enquanto espaço de atenção e escuta ativa valoriza a comunicação profissional-usuário, possibilitando respostas adequadas às necessidades do indivíduo em todo seu percurso na unidade de saúde (recepção, consulta, encaminhamentos, retorno e alta) (ASSIS et al. 2015).

Os profissionais e gestores consideraram que os adolescentes eram bem acolhidos nos serviços de saúde, tal como os demais segmentos populacionais. Entretanto, as discursões em alguns grupos focais com adolescentes sobre o acolhimento e a humanização no atendimento trouxeram à tona vivências que vão da desatenção à hostilidade, conforme evidenciada na seguinte narrativa:

A7 – Não me sinto bem acolhida; A9 – Também não; A3- Nem um boa tarde, às vezes, eles não dão pra gente quando chegam; A4 – Alguns atendimentos são péssimos; A6 - Entra na sala parece que chupou um limão não gostou, fica com aquela cara e tem que descontar na pessoa; A4 - Tem pessoas que vêm por uma necessidade e acabam sendo mal atendidos, com ignorância, não tem aquela responsabilidade, alguns não são competentes; A9 – Alguns, porque pra mim alguns são eficientes. Minha mãe mesmo já ganhou na cara aqui, mas só que ela também não respondeu nada, ficou quieta e foi embora (GF3 adolescentes – Zona rural).

Ademais, os adolescentes formulam suas impressões em relação ao serviço a partir de experiências vivenciadas por eles ou por amigos e familiares. Conforme Arruda e Bosi (2017), o tratamento cordial pelos profissionais de saúde constitui uma questão central no julgamento que o usuário faz da qualidade dos serviços da ABS, sobrepujando, até mesmo, a qualidade técnica tal como por eles percebida.

Apesar de alguns adolescentes não se sentirem acolhidos, outros trazem o acolhimento como dispositivo que integra o cuidado produzido na unidade de saúde, manifestando a satisfação com a abordagem recebida por alguns profissionais.

A5- A menina da sala de vacina atende bem e as vacinas dela não dói, porque ela dá com amor e com carinho. A recepcionista também é legal; A6 - A recepcionista é uma princesa, uma fofa. O atendimento da recepcionista é maravilhoso, ela é a pessoa mais legal desse posto, ela é simpática, trabalha direito, é linda, maravilhosa. A ACS também, sempre está atenta para estar avisando as coisas que acontecem no postinho (GF2 adolescentes – Zona urbana).

A2 – Até hoje nunca tive do que reclamar das pessoas que trabalham aqui não. Porque tem pessoas que trabalham em alguns lugares que são muito ignorantes, mas os daqui até hoje, nunca vi não. Acho que são gentis e educados; A1 - Os profissionais que trabalham no posto são comprometidos com o nosso bem-estar, são gentis e nos atendem com respeito e atenção; A4 – O atendimento todas às vezes que venho aqui é maravilhoso. Os médicos me atendem com calma, passam os remédios certos, saio daqui quase curada, só faltando tomar os medicamentos (GF5 adolescentes – Zona urbana).

Os adolescentes são muito sensíveis aos contatos verbais e não verbais e percebem quando são tratados com respeito e confiança. Desse modo, o profissional de saúde deve estar atento às particularidades relacionadas com o ambiente e com sua fala, escuta e postura, pois uma atitude amistosa no primeiro contato com o adolescente pode ser o ponto-chave para uma boa relação profissional-usuário (LAGE; MOURA; HORTA, 2017).

Nessa perspectiva, o acolhimento é algo primordial na adesão dos adolescentes aos serviços da ABS, pois a forma como o profissional trata o adolescente irá refletir em sua busca ou repulsa pelo serviço, conforme exemplificam as falas abaixo:

Não só daqui, mas em todos os PSF, os profissionais ainda têm que se preparar melhor, porque do acolhimento depende todo atendimento e se o adolescente não for bem acolhido, não volta aqui mais, se ele já tem dificuldade de vir no PSF e se no momento que vier, ele for mal acolhido, pode ser o único passo que a gente poderia dar, pode retroceder pra não conseguir mais atingir esse adolescente. Então, precisamos melhor qualificação no atendimento do adolescente, e de toda comunidade, mais preconizar o adolescente, porque adolescente exige uma metodologia diferente no acolher, no desenvolvimento das ações, então pra mim o PSF ainda carece (Ent. P9 - ACS).

A6 - Tinha um dentista aqui que acredito que a maioria das pessoas não vinham, porque era muito grosseiro; A7 – Exatamente; A6 – Inclusive comigo ele já foi, é tanto que discuti uma vez com ele porque não aguentei. Aí, acredito que com ele poderia ser por isso que os adolescentes não passam, agora com outro não sei não. Porque vai muito de como o profissional trata o paciente, entendeu, muitas vezes a gente não vai em um local, em um lugar, porque a pessoa não nos tratou bem, eu mesmo sou assim; A7 – Se não pra que ir? Só se for pra ele te matar de raiva (GF2 adolescentes – Zona urbana).

Muitas vezes, o adolescente sente receio de adentrar o serviço da ABS e ser repreendido e intimidado pela figura do profissional, o que faz da atitude de procurar a unidade de saúde um ato difícil e que necessita de certa coragem (HORTA; MADEIRA; ARMOND, 2009). Por esse motivo, é fundamental que o adolescente sinta-se reconfortado, ajudado e respeitado para que possa expressar suas necessidades de saúde e usufruir dos serviços.

Outro aspecto abordado em um dos fragmentos acima é que o acolhimento do adolescente difere dos demais segmentos populacionais, pois deve considerar as especificidades desse público e adotar uma abordagem adequada. Nesse sentido, ao profissional que atende o adolescente é necessária a habilidade de relacionar todos os aspectos que permeiam essa fase da vida: a separação progressiva dos pais; a necessidade de intelectualizar e fantasiar; a evolução da sexualidade; as crises religiosas; a tendência grupal; a atitude social reivindicatória; as constantes flutuações de humor; a vivência temporal singular com valorização pelo presente; a percepção paradoxal de invulnerabilidade; os desejos; os interesses; os projetos de vida, entre outros (LEAL; SAITO, 2014). Não obstante, a literatura reforça o despreparo do profissional para lidar com esse público devido a deficiência na formação acadêmica e carência de educação permanente (SANTOS, A. A. G. et al., 2012).

Ainda considerando o acolhimento no sentido de postura, atitude e tecnologia de cuidado, foi possível identificar, a partir das falas de alguns profissionais de saúde, a influência do distanciamento da adolescência por eles vivenciada no cuidado produzido:

Às vezes, tenho um sentimento como se nunca fui adolescente, às vezes, acho que não consigo me reconhecer naquela posição, acho que quando ficamos adultos, esquecemos um pouco o que passamos, o que sofremos, tudo aquilo... e não conseguimos nos colocar no lugar do adolescente. Então, adotamos uma postura muito crítica, muito de julgar mesmo, deveríamos evitar isso, nos colocar mais no lugar do adolescente, porque um dia nós fomos adolescentes, esse é um exercício que deveríamos fazer (Ent. P5 - Enfermeira).

Eu me incorporo como adolescente também, vou naquela, tentar ouvir o que ele está falando, tentar compreender, me colocar no lugar dele, sei que hoje os adolescentes a cabeça é totalmente diferente de quando fui adolescente, mas tento compreender, que as mudanças acontecem (Ent. P17 - Enfermeira).

Nessa direção, Lage, Moura e Horta (2017) afirmam que o processo de adolescer, imbuído em modificações decorrentes do mundo moderno, faz com que os profissionais de saúde imersos em preconceitos e limitações afastem-se dos adolescentes ao invés de se

tornarem importantes para eles. Além disso, nessa relação o profissional reconstrói e revive o adolescente que foi, fazendo analogias e comparações e nem sempre consegue superá-las.

Assim, recordações de sua própria adolescência podem levar o profissional a ter reações defensivas inconscientes no cuidado a esse público, sendo conduzido por sua própria história de vida, seus valores, e não pelos critérios técnicos e humanos que deveria observar para se manter verdadeiramente a serviço do usuário (TAQUETTE, 2010). Ao manter a neutralidade pessoal e se colocar no lugar do adolescente, tentando entender como ele vivencia as vicissitudes de sua adolescência, o profissional de saúde pode tornar o atendimento mais acolhedor e humanizado.

Ademais, também foi possível identificar representações negativas acerca do adolescente no discurso de alguns profissionais e gestores:

Percebo que como é uma comunidade carente os adolescentes, às vezes, vem de famílias desestruturadas, então eles são bem rebeldes (Ent. P1 - Enfermeira).

Na verdade, não acho nada fácil trabalhar com adolescente [...] eles são incosequentes sabe, são totalmente incosequentes (Ent. P6 - Enfermeira).

Não é fácil lidar com adolescente (PN4 – Fisioterapeuta - GF NASF).

Como eu falei, vejo como um público... Quem tem filho nessa faixa etária de “aborrecente” sabe a dificuldade que é (Ent. G5 - Administrador).

É importante que o atendimento não só ao adolescente, mas a qualquer usuário do serviço, seja despido de qualquer tipo de preconceito. Os estereótipos tipo: “adolescentes são problemáticos”, “aborrecentes”, entre outros, prejudicam a dimensão relacional profissional-usuário, e criam espaços simbólicos que afastam o adolescente do serviço, não só por sentirem não acolhidos, mas também por prejudicar o interesse do profissional em desenvolver as ações de cuidado com esse público. Assim, é necessário, um novo olhar para a adolescência, que desloque o discurso dessa fase da vida como um “problema” para entendê-la com uma oportunidade de desenvolvimento (UNICEF, 2011b).

Por conseguinte, o acolhimento também foi apresentado pelos profissionais e gestores no sentido de dispositivo para a (re)organização do processo de trabalho em equipe, conforme exemplificam os discursos dos profissionais:

O acolhimento começa quando ele entra no posto. A recepcionista faz o primeiro acolhimento. Depois da escuta inicial, ela ver o que está precisando, se está precisando de um atendimento por uma doença, a técnica faz uma avaliação e olha se precisa que o atendimento seja feito na hora, se é de urgência, aí, mesmo que não tenha vaga, dá um jeito. Em muitos casos não precisa passar no médico. A enfermeira mesmo é quem resolve (Ent. P4 - Médico).

A acolhida, não faço, acho que o profissional ainda não está totalmente preparado, mas acho que a gente tentar um protocolo geral de acolhida do paciente, que a gente direciona também para o adolescente. O profissional tendo segurança do que tá fazendo, e passando essa segurança, isso aí ele vai conquistar, esse usuário, esse adolescente (Ent. P10 - Enfermeira).

O processo de acolhimento pode representar uma potencialidade disparadora na recondução das práticas. Para isso, é necessária a constituição de uma equipe específica para acolher a demanda na porta de entrada dos serviços de saúde, tendo como premissa que todo usuário tem direito à escuta (SANTOS et al., 2007). Entretanto, esse processo não pode se restringir a perspectiva de uma de triagem qualificada/classificação de risco, que definirá quem será ou não atendido pelo médico, conforme apontado no primeiro fragmento, mas sim estabelecer estratégias que favoreçam a organização do serviço e a satisfação dos usuários.

Cada território apresenta suas peculiaridades e individualidades, e a organização do serviço para o acolhimento da demanda espontânea dos usuários requer que as equipes reflitam, discutam e definam a forma como cada profissional irá participar do acolhimento: quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar ou agendar uma consulta; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) serão necessárias etc. (BRASIL, 2011).

Diante do exposto, é fundamental que a equipe tenha tanto capacidade técnica, quanto sensibilidade humana para que, a partir de uma escuta ampliada, consiga reconhecer riscos/vulnerabilidades e realizar/direcionar as intervenções. Nesse sentido, um dos fragmentos acima traz elementos que apontam o sentimento de despreparo do profissional em relação ao acolhimento como condução das práticas em saúde, o que sinaliza a necessidade de educação permanente para que o acolhimento se concretize em uma ferramenta para: ampliação do acesso aos serviços de saúde; coordenação dos serviços; efetiva relação entre profissionais e usuários; e assegurar a resolução dos problemas (LOPES et al., 2015).

O acolhimento também foi apresentado pelos profissionais de forma circunscrita à recepção da unidade no sentido de uma orientação e encaminhamento inicial:

O acolhimento do adolescente é praticamente o mesmo dos outros públicos. Nós até estamos tentando engatinhar com uma proposta de acolhimento aqui na unidade, porque a unidade têm um problema com a recepção, que é um pouco fechada, então as pessoas elas ficam um pouco perdidas aqui dentro, [...] até fizemos uma escalazinha, pra tentar colocar alguém sempre ali na frente, pra poder está orientando as pessoas, quem é que elas podem procurar, quais são os serviços que temos, ou o quê que têm que fazer e tudo mais (Ent. P5 - Enfermeira).

A recepção de um serviço de saúde é um local onde as necessidades do usuário são reconhecidas por meio da investigação, elaboração e negociação de quais serão atendidas (MASSON et al., 2015). Para Santos et al. (2007), o ato de acolher, na unidade de saúde, tem início com o diálogo no momento dos encontros, configurando-se numa verdadeira teia comunicacional, tanto para trabalhadores-usuários, quanto para os trabalhadores entre si. Desse modo, cada encontro representa um ponto de eminente tensão ou acolhimento, que poderá (ou não) produzir o cuidado.

Assim, acolhimento não fica restrito a um setor, ele perpassa pelos diversos espaços da unidade de saúde e é uma responsabilidade de todos os profissionais da ABS. Entretanto, na recepção, é importante que esse dispositivo do cuidado seja potencializado, pois, representa o primeiro contato do usuário com o serviço, portanto, um predecessor do processo de relações profissionais-usuários.

Outra tecnologia relacional de suma importância no cuidado ao público adolescente é o vínculo que este estabelece com o serviço de saúde. Assis et al. (2015) o conceituam como um dispositivo para o cuidado que permite o aumento dos laços relacionais entre profissionais e usuários, ampliando afetos e favorecendo o processo terapêutico.

Nesse sentido, o vínculo é apontado pelos adolescentes como uma relação de confiança e condição para que sintam-se confortáveis para expor suas dúvidas e anseios:

A8 – Eu não me sinto à vontade em chegar ao enfermeiro ou médico e falar das minhas dúvidas e angústias; A9 – Também não, tenho vergonha, medo; A5 – Fico com constrangimento; A4 - Sem confiança; A11 – Quando você entra na sala ele está lá de cara fechada; A9 – As pernas começam a tremer, eu dou um arrepio assim, e sobe os cabelinhos tudo (GF3 adolescentes – Zona rural).

Se o vínculo fosse forte não teríamos vergonha de falar sobre nossas dúvidas (GF5 adolescentes – Zona urbana).

O modo como são recebidos na USF e acolhidos pelos profissionais irá definir o vínculo que será estabelecido, e para que o adolescente confie nos profissionais e retorne aos serviços é importante que se sintam aceitos, ajudados e respeitados nos seus direitos (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012).

O desenvolvimento da confiança e respeito deve ser a base para qualquer trabalho preventivo e assistencial. Muitas vezes, a queixa principal apresentada pelo adolescente pode não corresponder ao real motivo da consulta. Desse modo, a escuta atenta, o acolhimento desse usuário e o vínculo estabelecido poderão favorecer o desvelar das necessidades

“travestidas” em outras demandas, bem como uma abordagem dos aspectos físicos-psíquico-sociais, possibilitando o cuidado integral objetivado pela APS (LAGE; MOURA; HORTA, 2017).

O vínculo surge nos discursos dos participantes da pesquisa de forma associada ao tempo que o profissional atua nos serviços de saúde, sendo a rotatividade destes pontuada pelos adolescentes como entrave na consubstanciação deste dispositivo do cuidado. As falas transcritas a seguir elucidam esse achado:

Às vezes, temos que usar de algumas estratégias técnicas para saber realmente o que os adolescentes estão querendo, muitas vezes falam uma queixa, mas na realidade é um outro problema, uma coisa mais íntima e, aí, muitas vezes, demora um certo tempo, como estou no PSF há 6 anos já temos um vínculo muito bom com a população, então não tenho tanto esse problema, mas é mais isso, um atendimento humanizado e deixar a vontade (Ent. P16 – Médico).

Pra nos cuidar, às vezes, é chato essa “trocação” de funcionários, de médicos, isso atrapalha a comunidade, atrapalha o vínculo da comunidade com os funcionários. Porque, tipo assim, vai que a pessoa está precisando de um exame urgente, e fica trocando de médico, isso fica muito complicado. Tipo assim: tem pessoas que já acostumou com o funcionário, aí vai trocando de funcionário fica meio sem sentido. Já tem vínculo com aquele profissional, já conversa, já sabe como é que é, aí fica meio ruim (A2 - GF5 adolescentes – Zona urbana).

Nesse sentido, conforme Santos (2013) o maior tempo de inserção do profissional de nível superior nas USF favorece que os mesmos conheçam os usuários e vice-versa, por meio de confiança mútua construída ao longo dos anos. Ainda segundo esse autor, ao se apropriarem das necessidades da comunidade adscrita, os profissionais imprimem maior qualificação nos atos terapêuticos produzidos, e consideram aspectos para além do adoecimento, ou seja, centrados na pessoa, ao invés do procedimento, e no cuidado ao invés da queixa-conduta. Assim, a rotatividade de profissionais compromete a conformação da longitudinalidade, da continuidade e do vínculo.

Contudo, entendemos que essa rotatividade dos trabalhadores pode estar atrelada a uma precarização do trabalho, como a baixa remuneração, a fragilidade dos vínculos empregatícios, condições inadequadas referentes à estrutura física da USF, escassez de insumos etc. Tal situação pode gerar insatisfação e consequente desmotivação no trabalhador de saúde em empregar esforços para um bom desempenho no serviço, inclusive nas ações de cuidado ao público adolescente, já que estas envolvem alguns desafios.

Apesar de alguns profissionais da ABS avaliarem como satisfatório o vínculo que estabelecem com o adolescente, devido o tempo que atuam no serviço, boa parte dos gestores, profissionais e adolescentes consideram esse vínculo fragilizado, pois entendem que sua

conquista não é algo que acontece de forma imediata, demanda um contato processual e os encontros entre esses sujeitos nem sempre têm sido oportunizados dentro dos serviços de ABS.

A5 – Acho que não tem esse contato pra desenvolver esse vínculo; A7 – Pra ter o vínculo é necessário ter uma conversa normalmente assim diária, semanal, assim, estar sempre conversando com a pessoa pra se criar confiança e segurança (GF4 adolescentes – Zona urbana).

A3 – O vínculo é neutro; A2 – Mais ou menos; A5 – Mas nunca vindo, então praticamente não existe (GF5 adolescentes – Zona urbana).

Acredito que esse vínculo com o adolescente seja mais fragilizado, porque a gente não recebe essa procura da mesma maneira que os outros públicos, é mais pontual, é um ou outro, com questão de frequência. Acredito que mais por conta do adolescente, não que o profissional não esteja pronto para receber, ou que não esteja ali pra isso. Acredito que eles estão muito conflituosos, não se preocupando muito com a existência do posto (Ent. P2 – Cirurgiã-dentista).

O vínculo entre adolescente-profissionais de saúde é uma conquista construída aos poucos, não um acontecimento instantâneo consolidado em um único encontro (HORTA. MADEIRA; ARMOND, 2009). Nessa direção, o desenvolvimento de atividades nos serviços da ABS que sejam congruentes com as necessidades dos adolescentes pode favorecer a frequência destes sujeitos na unidade de saúde, contribuindo para que o vínculo profissional-usuário se concretize.

Apesar de caracterizar-se como uma tecnologia leve, o vínculo mostrou-se nos discursos dos adolescentes como dependente dos saberes estruturados, ou seja, da tecnologia leve-dura:

A6 – Para ter um bom vínculo, o profissional tem que ser ético; A7 – O profissional tem que passar segurança; A6 - não quero falar mal de ninguém não, mas acho assim, aqui já passou muitos médicos bons, mas acho que o atual não é lá essas coisas não. Ele não passa segurança, um profissional tem que passar segurança para o paciente e ele não passa, porque ele fica lendo no livro ou pesquisando no celular na nossa frente. A7 – Ahan; A6 – Acho que ele é doido, não tem condição não. Então, na parte do médico não acho que ele é um bom profissional, um profissional de qualidade; [...] A2- Para um bom vínculo, tem que ser simpático; A3- Ser sincero; A1 – Tem que ter ética, educação, passar confiança (GF2 adolescentes – Zona urbana).

Diante deste contexto, Baratieri, Mandu, Marcon (2012) afirmam que o vínculo não se restringe a uma boa interação profissional-usuário e vice-versa, requer também uma boa assistência frente aos problemas manifestos pelos usuários na produção efetiva de resultados esperados e necessários, pois assim, a credibilidade no serviço será conquistada. Ainda

segundo esses autores, a constituição desse vínculo é favorecido no modelo de Saúde da Família visto que a territorialização, as ações no espaço domiciliar e comunitário, dentre outros aspectos, propiciam a aproximação do profissional com a realidade dos usuários, a partir do contexto no qual o indivíduo e sua família estão inseridos.

Entretanto, essa aproximação da ESF com as pessoas do convívio familiar do adolescente foi referida de forma negativa por um dos gestores participantes da pesquisa, que aponta a necessidade de criar um serviço externo específico ao adolescente com o mesmo escopo de ações ofertadas pela ABS:

Acho que esse vínculo tem que ser fortalecido, às vezes se tivesse uma casa exclusiva para adolescentes sem vínculo com a unidade, que é o que eles falam com a gente “se tivesse um outro local eu iria, pra passar com a enfermeira, pra tirar minhas dúvidas” mas no PSF ele tem essa barreira pelo fato do vínculo com a família deles. Eles pensam: “não vou fazer o teste de gravidez, pois pode ser que minha mãe saiba” (Ent. G2 – Enfermeira).

Acreditamos que a proposta de um serviço de hebiatria como referência ao cuidado do público adolescente seja interessante desde que esteja articulado com as ações da ESF. Todavia, caso funcione de forma centralizada, como uma ferramenta para deslocar a responsabilidade do profissional da ABS na realização de ações a esse segmento etário, os afastando ainda mais da unidade de saúde, ao invés de fortalecer a atenção a esse público, a fragilize ainda mais.

Além do exposto, outros aspectos enfatizados nos discursos dos gestores e profissionais como de fundamental importância ao estabelecimento de vínculo com o adolescente foi a questão da confidencialidade e o estabelecimento de uma comunicação efetiva, com a utilização de uma linguagem clara. A respeito desta pauta discorrem os entrevistados:

O vínculo com o adolescente é trabalhado de forma muito gradual, a partir do momento que a gente começa um grupo de adolescentes a temos sempre que mostrar pra eles, que podem confiar em nós como profissionais. Quando atendo adolescentes, tento passar segurança e empatia porque é muito difícil para eles se abrirem em relação a qualquer tipo de assunto. Eles têm aquele receio de que vai ser contado para os pais, professores, ou profissionais do PSF, e aí trabalho essa questão do sigilo [...] O vínculo só é desenvolvido quando você consegue conversar com eles da forma que eles querem, se você conversa de forma corretiva, que aquilo ali que ele fez foi super errado, eles não vem mais, te acha super chata e insuportável (PN5 – Psicóloga - GF NASF).

Tem que estabelecer uma comunicação efetiva, com uma linguagem própria e de fácil entendimento para que ocorra a interação e exista um vínculo entre profissionais e adolescentes, criação desse vínculo para os adolescentes aderirem ao

programa e permanecerem, não é só aderir e rapidamente você perder (Ent. G7 – Cirurgião-dentista).

A ética, a confidencialidade, a privacidade e o sigilo são aspectos fundamentais no cuidado a qualquer segmento populacional. Todavia, na adolescência tais princípios são potencialmente valorizados, e quando assegurados que as informações obtidas durante o atendimento não serão repassadas a outras pessoas, a adesão do adolescente aos serviços ofertados pela ABS é favorecida. Contudo, em situações de risco de vida ao adolescente ou a terceiros ele deve ser informado que o sigilo pode ser quebrado (BRASIL, 2017b). Entre as situações que justificam a quebra do sigilo estão: gravidez, AIDS, percepção da ideia de suicídio ou homicídio, drogadição e recusa ao tratamento (TAQUETTE, 2010).

Em relação à “comunicação efetiva, com utilização de linguagem própria”, ressaltamos a importância de se evitar o uso de termos técnicos, não sendo necessário que o profissional transforme-se em outro adolescente, utilizando no diálogo uma linguagem típica da fase, cheia de gírias e jargões, pois a confiança do adolescente no profissional deve estar pautada no respeito mútuo e não na identificação deste como um de seus pares (SAITO, 2014b).

Outrossim, é necessário que todo o autoritarismo seja descartado possibilitando ao adolescente uma postura participativa e interativa no encontro com o profissional de saúde (SANTOS; RESSEL, 2013). Contudo, esse aspecto nem sempre foi considerado no encontro desses sujeitos, conforme elucidado no fragmento abaixo:

Aí, quando você vai falar com o adolescente, tem que falar: “Oh! não pode transar sem camisinha!”, não pode isso, não pode aquilo, tudo é NÃO, e adolescente não gosta de ouvir o não. Então, acho que falta o profissional, um pouquinho mais de formação para a gente está trabalhando com esses adolescentes (Ent. G2 – Enfermeira).

O despreparo profissional no cuidado ao adolescente é evocado de forma recorrente nos discursos dos participantes da pesquisa, sinalizando a necessidade de um repensar sobre formação acadêmica em saúde no que tange o cuidado a esse público, bem como o investimento em ações de educação permanente em saúde que abordem essa temática.

Ademais, no cuidado ao adolescente a hierarquização profissional-usuário não favorece a comunicação efetiva entre os sujeitos. A interação entre esse binômio deve basear-se no diálogo e não na imposição, para que a autonomia e o protagonismo do adolescente se concretizem de forma positiva, tendo o profissional como um mediador desse processo.

O vínculo apresenta estreita relação com a capacidade de o outro usufruir da condição de sujeito ativo nas decisões concernentes a sua vida. Desse modo, esse dispositivo conduz os sujeitos (trabalhadores e usuários) ao encontro de suas potencialidades, pois possibilita a reciprocidade de experiências e a construção de atos terapêuticos co-responsabilizados (SANTOS et al., 2008).

Na responsabilização, o enfrentamento dos desafios do processo saúde-doença, envolve a valorização do outro no ato terapêutico, a preocupação com o cuidado e a consideração da visão de mundo do sujeito, ou seja, o profissional de saúde torna-se cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação dos usuários (ASSIS et al. 2015).

Neste estudo, a responsabilização pelo cuidado a saúde do adolescente também mostrou-se comprometida em situações de vulnerabilidade como violência e drogadição, fazendo os profissionais de saúde afastarem-se desse público por medo de repercussões negativas para si e seus familiares, conforme apontam as falas abaixo:

Às vezes, é muito difícil, temos adolescentes que têm problemas de saúde que conseguimos resolver e tem adolescente que está em uma situação tão vulnerável, especialmente a droga, o tráfico, numa prostituição, que a própria equipe de saúde tem medo de se aproximar, com medo de por em risco suas próprias vidas. Então, dependendo de onde a unidade está, ficamos até com medo de trabalhar determinados temas com adolescentes, porque existe uma alta vulnerabilidade de drogas e de violência, então, ficamos com medo, às vezes esse adolescente é filho de um traficante perigoso. Já teve caso de adolescente ser abusado sexualmente por um tio, que era um grande traficante na área. E aí até onde você vai como profissional? Então, os profissionais tentam parcerias com outros setores para estar abordando isso, mas você ver que todo mundo tem medo, vai, mais não vai tão profundo (Ent. G1 - Enfermeira).

Percebo que a maioria das unidades, pelo menos desses grupos mais vulneráveis, dessas áreas de periferia, eles [os profissionais] têm um receio. Por exemplo: captei uma gestante adolescente que faz uso de álcool e drogas etc. Sei que isso pode trazer malefícios para o bebê, mas não me sinto responsável de estar ali, orientei e pronto, minha responsabilidade acabou aqui na minha orientação. [...] Não tem aquela responsabilidade, vou captar aquele adolescente, que estou vendo que está se afundando nas drogas. [...] Porque nesses grupos mais vulneráveis, de periferia, acho que é por medo de alguma coisa, se não for do adolescente, da pessoa que esteja por trás, e aí, eles têm o medo mesmo de acontecer alguma coisa com eles, enquanto profissionais (Ent. G3 - Enfermeira).

O problema é que, às vezes, ao adentrar em alguns problemas, como a questão da violência, você pode trazer problema até para a sua família, entendeu? Então, prefiro não adentrar, diante de algumas coisas do adolescente (Ent. P6 - Enfermeira).

A partir dos fragmentos acima, é possível depreender que, ao circunscrever a adolescência ao risco, os profissionais inibem-se em desenvolver intervenções dirigidas a esse público, pois, o risco percebido não se restringe ao adolescente, mas é visto como ameaçador à integridade de quem cuida, que num processo de “autodefesa” negligencia o cuidado a

peças que necessitam de uma atenção especial por estarem em situação de maior vulnerabilidade. Essa visibilidade pontual ao adolescente regida pelo preconceito e discriminação a aspectos centrados no risco também é preocupante por desconsiderar os adolescentes que não vivenciam essas problemáticas sociais, que por sua vez, se tornam invisíveis ao olhar dos profissionais de saúde, e, também, não são alvos das ações de cuidado.

O medo de sofrer ameaças na abordagem de algumas problemáticas sociais, como o uso de drogas e a violência doméstica, também, foi apontado em estudo realizado por Kanno, Bellodi e Tess (2012), especialmente entre os ACS que, por fazerem parte da comunidade, temem ser considerados suspeitos em casos de denúncia.

Ainda nesse sentido, apesar da violência contra criança e adolescente ser uma situação de notificação compulsória, a principal justificativa relatada pelos profissionais de saúde para não fazê-la foi o medo de serem identificados e expostos ao risco de retaliação pelos agressores (VIEIRA NETTO; DESLANDES, 2016).

Contudo, apesar de alguns profissionais de saúde resguardarem-se do cuidado aos adolescentes envolvidos nessas problemáticas sociais, o limiar de responsabilização diante de situações de vulnerabilidade desse segmento etário é pontuado por uma participante deste estudo como acima do necessário e muito desgastante para os profissionais de saúde:

Acredito que os profissionais são mais responsáveis ainda do que deveriam, na verdade. Porque, quando acontece uma gravidez indesejada, algum aborto, ou até algum tipo de estupro, que ficamos sabendo, nos envolvemos muito mais do que acho que deveríamos realmente envolver. Porque, aí, acionamos todas as portas para tentar resolver, o CRAS, a assistente social, nós vamos atrás disso, nós que promovemos as denúncias, ainda que de maneira sigilosa, mas envolvemos muito nesse processo, somos corresponsáveis por tudo que acontece e isso consome muito a gente como pessoa, como ser humano. Envolvermos muito com aquilo que está acontecendo, não é que eu veja isso como negativo. Mas, não é tão positivo. Porque, apesar de tudo, somos profissionais e deveria existir certo espaço. Acredito que, muitas vezes, somos responsabilizados por problemas que, muitas vezes, não são nossos e tomamos muita responsabilidade disso e somos cobrados por isso e, assim, acho que isso foge um pouco da nossa alçada (Ent. P2 – Cirurgiã-dentista).

Diante do exposto, Kanno, Bellodi e Tess (2012) apontam que o excesso de envolvimento pessoal frente a essas demandas médico-sociais (tráfico e uso de drogas ilícitas, alcoolismo, depressão e violência doméstica) na relação com o usuário do serviço, traz como consequência um sofrimento emocional para o profissional de saúde. Ainda segundo essas autoras, esse envolvimento emocional demasiado, acompanhado da formação e capacitação insuficientes, da sobrecarga e não valorização do trabalho, bem como sentimentos de

impotência e frustração, parecem deixar o profissional da ABS em situação de vulnerabilidade, tal como, muitas vezes, apresentam-se os usuários por ele atendidos.

O cuidado aos adolescentes envolvidos em problemas médico-sociais, como violência, tráfico e uso de drogas, perpassa o setor saúde e demanda um trabalho em rede bem articulado, com ações sistematizadas, mediante políticas públicas intersetoriais mais amplas que possibilitem a construção e consolidação de condições de vida dignas para a população adolescente.

Contudo, os adolescentes, vítimas de situações de violência, negligência e abandono, geralmente, não encontram no Estado uma rede de proteção com capacidade de atender às suas necessidades de forma a contrapor sua condição de vulnerabilidade social, e, muitos desses adolescentes acabam por imergir no mundo de conflitos com a lei (SCHAEFER et al., 2018).

Ademais, para irrompermos os processos históricos que coisificam esses adolescentes em conflito com a lei como sujeitos indesejados, “*perigosos e em perigo*”, é preciso que as políticas de saúde e o sistema de defesa e garantia de direitos dos adolescentes efetivem sua implementação não apenas no plano das *tecnologias leve-duras*, mas principalmente das *tecnologias leves*, que põem em jogo o trabalho relacional, cotidiano, de aposta na produção do comum, que se realiza no exercício de colocar lado a lado diferentes posições: a dos adolescentes, a da justiça, a da saúde, com ampliação da margem de responsabilização dos dois últimos (VICENTIN; ASSIS, 2015).

Concordamos com Merhy e Franco (2013c) ao defenderem um modelo assistencial que ofereça ao usuário todos os recursos tecnológicos imprescindíveis ao seu cuidado e que, mesmo que este insumo seja de alta tecnologia, o processo de trabalho possa estar centrado na hegemonia do trabalho vivo, desde que esse seja a real necessidade do usuário e o acesso a este sustente-se em um encaminhamento seguro que o possibilite transitar tranquilamente por uma “linha de cuidado” pautada na integralidade da atenção.

Nesse contexto, Assis et al. (2015) apontam a necessidade dos serviços de saúde avançarem em um dos seus principais sentidos: o de promover um cuidado centrado no usuário, sem desvalorizar os profissionais, que possibilite a autonomia dos indivíduos no seu modo de andar a vida, considerando a dimensão cuidadora em qualquer ato produzido em saúde. As autoras afirmam ainda que é por meio do diálogo e da negociação, balizados pela intersubjetividade entre trabalhador e usuário, que é possível percorrer os caminhos que conduzam à resolução das necessidades evidenciadas neste encontro.

Assim, o processo de trabalho em saúde é dependente do trabalho humano e, portanto do trabalho vivo em ato, no exato momento do encontro entre trabalhador de saúde e usuário (MERHY; FRANCO, 2013a). Partindo do pressuposto que a micropolítica do trabalho tem como característica principal o autogoverno, ou seja, o trabalhador no comando de seu processo de trabalho, é necessário que o projeto de acolhimento e criação de vínculo, seja um projeto pensado pela equipe como um todo, que deseje tornar o SUS um serviço de qualidade com acesso universal e solidário (MASSON et al., 2015).

Conforme Santos et al. (2008), as ações acolhedoras e vinculares são portadoras de substrato com potencial de alimentar as práticas, para que estas sejam eficientes e eficazes, pois ao edificarem os valores afetivos e de respeito com a vida do outro, possibilitam que o caráter prescritivo que orientou às práticas tradicionais (curativas e preventivas) ao longo do tempo seja transposto por uma nova dimensão pautada no interesse coletivo.

Contudo, nos serviços da ABS, a dimensão relacional aparece, muitas vezes, de forma conflituosa no cuidado ao adolescente. E, quando as tecnologias leves como o acolhimento, o vínculo e a responsabilização são subjugadas, a resolutividade do serviço não se concretiza. Assim, a ABS torna-se fraca e seletiva, pois, quando esta não dá respostas adequadas às necessidades do usuário a credibilidade daquele espaço como suficiente fica comprometida e os adolescentes acabam não buscando ou recorrendo a outros espaços.

Enfim, mudanças positivas dos processos produtivos em saúde, na perspectiva de alcançar esse SUS de qualidade não é tarefa simples, e todos os envolvidos, ou seja, gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde devem estar imbricados nessa missão.

4.2 ASSISTÊNCIA INDIVIDUAL AO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: INESPECÍFICA, FRAGMENTADA E AMBÍGUA

Neste capítulo, trataremos das práticas dos profissionais da Atenção Básica à Saúde (ABS) no que tange ao cuidado com o adolescente tendo como perspectiva as ações no âmbito individual.

No serviço de atenção básica de Guanambi, os profissionais e gestores expuseram que, dentre as ações programáticas das unidades de saúde, mesmo quando priorizavam os programas ministeriais, a assistência individual ao adolescente não era contemplada na organização da agenda semanal. Os trechos, a seguir, expressam essa evidência:

Se o adolescente chegar na recepção do posto, e disser assim: “Eu gostaria de agendar uma consulta pra mim”. Ele vai entrar junto com os outros na demanda espontânea, não vai ter um momento direcionado pra ele na agenda de nenhum dos profissionais. Ele não tem esse espaço, como já tem para a gestante, o idoso, o hipertenso. Eles não têm uma atenção voltada para ele, isso não tem (Ent. P2 – Cirurgiã-dentista).

Atendimento individual especificamente ao adolescente, acredito que não tenha na agenda ou cronograma de atendimento em unidade nenhuma. Tem a demanda espontânea livre, se o adolescente procurar a unidade de saúde vai ser muito bem acolhido, assim como tem muitos adolescentes que participam do planejamento familiar e pegam métodos contraceptivos, então isso elas procuram mesmo, e vão à unidade, mas o dia do atendimento ao adolescente, não tem (Ent. G6 - Enfermeira).

Olha, com a faixa etária menor se inclui mais como se fosse pediátrico, então, tem o atendimento pediátrico da mesma forma que com as outras crianças menores de 10 anos; acho que até 13 anos. A partir de 14 anos, aqui nesse posto, são incluídos no grupo de adultos, então, é incluído na mesma atenção de adultos, porque não tem essa demanda no posto apenas para adolescente. Então, acaba que é incorporado no [atendimento] de adulto, porque não possui uma demanda suficiente para ter um atendimento específico só para adolescentes (Ent. P7 - Médico).

De tal modo, como o atendimento específico ao adolescente não possuía espaço na agenda do profissional, esse tipo de cuidado individualizado era indiferenciado em meio à rotina da ABS. Assim, a assistência individual ao adolescente era ofertada, essencialmente, por meio do atendimento à demanda espontânea (queixas diversas), programa de planejamento familiar, programa de prevenção do câncer de colo uterino e de mama, consulta de pré-natal e, também, consulta odontológica. Ademais, apesar do adolescente ser atendido em conjunto com a população geral, o fato de estar numa fase de transição, havia indefinição em relação ao tipo de atendimento/abordagem que deveria ser ofertado, oscilando entre demanda pediátrica e demanda adulta.

Em relação a ausência de um dia da semana estipulado para o atendimento específico aos adolescentes, caso a organização garanta um acesso facilitado aos profissionais quando buscarem os serviços, tal arranjo favorecerá o atendimento integral desse grupo; caso contrário, será necessária revisão das agendas, incluindo a atenção aos adolescentes nas ações programáticas, como ocorre com outros grupos populacionais, tais como, crianças e mulheres (DUARTE et al., 2014).

Tal perspectiva revela ambiguidades na organização dos serviços de ABS, sobretudo, ao desconsiderar as singularidades da adolescência como atributo para o planejamento das ações e, também, por reconhecer que os adolescentes não frequentam ou têm dificuldade de adesão às ações em saúde pela ausência de serviços direcionados às suas demandas. Por outro lado, estratificar a semana em segmentos populacionais e/ou por agravos pode, por sua vez,

fragmentar o cuidado e, ao mesmo tempo, não garantir que os adolescentes frequentem a unidade de saúde.

Em contrapartida, o fato de não haver um atendimento específico, também, influenciava no desinteresse dos adolescentes por buscarem às unidades de saúde, porquanto repercutia em seu sentimento de pertencimento em relação ao serviço. Tal situação ficou marcada no recorte abaixo:

A6 – Mas aqui não tem consulta com o enfermeiro especificamente para o adolescente não tem? Tem não! Se tivesse seria outra coisa, seria muito legal! A5 – Eu viria! (GF2 adolescentes – Zona urbana).

Em consonância com o exposto, no estudo realizado por Vieira et al. (2011), os adolescentes, igualmente, relataram que a falta de atividades específicas para sua faixa etária, ou a desinformação a respeito de tais ações era um motivo para que não frequentassem as unidade de saúde. Além disso, as especificidades do cuidado ao adolescente decorrem justamente do processo de crescimento e desenvolvimento que implica não só a necessidade de monitoramento e suporte aos aspectos morfofuncionais vivenciados, mas, principalmente, aos aspectos socioculturais relacionados a esse processo de desenvolvimento (AYRES et al., 2012).

Como instrumento para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do adolescente, o Ministério da Saúde lançou a caderneta de saúde do adolescente (BRASIL, 2009), específica ao sexo feminino e masculino. Entretanto, tal material de suporte e acompanhamento, apesar de disponibilizado, não era utilizado rotineiramente pelos profissionais como subsídio ao cuidado dos adolescentes na ABS, conforme sugerem as falas abaixo:

Quando o adolescente chega à unidade de saúde, a caderneta do adolescente é garantida a ele (Ent. G2 - Enfermeira).

Os profissionais não trabalham com a caderneta de saúde do adolescente, não é uma prática instituída dentro do município, como a da criança; sinto essa falta (Ent. G3 - Enfermeira).

Para proteger os adolescentes contra ameaças à saúde, como doenças, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez precoce e indesejada, transmissão de HIV e abuso de drogas e bebidas alcoólicas, os profissionais devem ser sensíveis às necessidades desse público, pois sem instrução e apoio adequados as decisões tomadas pelo adolescente em relação à sua saúde podem lhe trazer consequências para o resto da vida (UNICEF, 2011a).

No caso estudado, as ações prioritárias comumente atrativas aos adolescentes circunscreviam atividades fragmentadas, sobretudo, na perspectiva sexual-reprodutiva e, inconvenientemente, restritivas à saúde da mulher. Tal modelo organizativo acentuava a vulnerabilidade de meninos adolescentes e configurava uma ABS bastante seletiva.

No PSF, o cuidado do adolescente acaba sendo, não sei se é o termo mais adequado, mas acho que fica muito engessado com relação à sexualidade. Acho que poderia acontecer de uma forma mais abrangente, assim, com relação à questão da saúde mental do adolescente; a questão de como ele vê o mundo (Ent. P1 - Enfermeira).

Quando vêm alguns, que tem adolescente aqui que vem para o planejamento, porque já tem vida sexual ativa, outros vêm para a vacina e outros vêm para alguma consulta médica quando tem sintoma de alguma coisa, febre, gripe, alguma patologia, é o que faz procurar o médico, porque na realidade nem para o planejamento eles procuram médico; eles vêm na enfermeira (Ent. P17 - Enfermeira).

Nesse bairro, temos alta incidência de gestantes adolescentes, mas não tem nenhum programa para planejamento familiar, para que a pessoa tenha uma gestação planejada, um planejamento de família mesmo, aqui acaba que a adolescente engravida por falta de orientação, que acho que, aqui, não tá tendo. Poderia desenvolver alguma ação em relação a planejamento familiar, uso de contraceptivos, camisinha, para evitar gravidez na adolescência (Ent. P7 - Médico).

A abordagem à saúde sexual e reprodutiva do adolescente nos serviços de ABS é de suma importância, visto que estão em fase de descobertas e experimentações. Todavia, o cuidado à adolescência não pode ser reduzido a essa prática como recurso de cuidado, posto que, além de contrariar o princípio da integralidade, ao negar as demais dimensões que envolvem o cuidado, mostra-se, geralmente, de forma excludente aos adolescentes que não têm ou não pretendem uma vida sexual ativa, não considerando assim, outras demandas de cuidado.

Neste sentido, frequentemente o adolescente é esquecido na atenção e planejamento das práticas dos profissionais de saúde, sendo favorecidos apenas nas ações dos programas que privilegiam a mulher no seu ciclo reprodutivo (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012). Além disso, falta na cultura dos serviços de saúde um espaço para abordar a sexualidade desvinculada do foco medicalizante, ou seja, pautado na perspectiva da construção social (PINHEIRO; SILVA; TOURINHO, 2017). Outrossim, a abordagem à saúde sexual e reprodutiva do adolescente deve abranger não só os aspectos relacionados à prevenção de doenças e gravidez indesejada, mas precisa considerar os sentidos, valores e significados que elaboram acerca da sexualidade.

Em relação ao programa de planejamento familiar, por exemplo, é importante ressaltar que, apesar de institucionalizado, também, não ocorria de forma adequada nos serviços de ABS, muitas vezes, reduzido à dispensação do método contraceptivo.

O planejamento familiar, aqui, não funciona, pois eles não vêm, eles querem vir na semana. Falo a população em geral, não só os adolescentes, eles não aderem. Desde a enfermeira anterior, ela comentava comigo que não conseguia fazer planejamento familiar, porque marcava e no dia vinham uma, duas, aí, quando é na semana, vem não sei quantos atrás do método (Ent. P13 - Enfermeira).

Por sua vez, ao fazer a escolha do método, é importante que o usuário tenha conhecimento sobre cada contraceptivo disponível, suas vantagens, desvantagens, riscos, efeitos colaterais etc., para que possa exercer sua autonomia na hora de decidir qual usar. Entretanto, conforme os trabalhadores de saúde, como essa atividade educativa demandava um tempo considerável, geralmente era feita em momento coletivo, com posterior acompanhamento nas consultas individuais.

Não obstante, para o adolescente, muitas vezes, era constrangedor participar dessas atividades em grupo de forma integrada aos demais usuários, sobretudo, para os adolescentes da zona rural, por questões culturais, têm na sexualidade uma representação geralmente imbuída de pudor e vergonha. Os relatos abaixo revelam essa constatação:

Ele se sente acanhado em adentrar a unidade em busca do serviço de planejamento familiar, por conta da cultura, porque na unidade trabalha alguém que seja conhecido da mãe dele, entendeu? Então, isso acaba fazendo com que ele, até quando chega para me procurar, recebo em horário totalmente diferente ao programa (Ent. P1 – Enfermeira – Zona urbana).

A maioria dos adolescentes procura o serviço por questões clínicas mesmo, como a gente trabalha com a população da zona rural, a sexualidade ainda é um tabu (Ent. P16 – Médico).

Assim, aspectos culturais que consideram a sexualidade do adolescente como algo inapropriado e precoce, numa fase em que as descobertas e os desejos estão bem aflorados, compromete a busca deste público pelo programa de planejamento familiar. Desse modo, é necessário que os serviços organizem-se de forma a considerar as particularidades desta fase, ficando atento às demandas e flexibilidade organizacional na prestação do cuidado.

Todavia, foi possível identificar profissionais que, por desconhecerem os aspectos legais que os respaldam no atendimento, desrespeitam a autonomia e o direito do adolescente concernente à consulta individual, afastando ainda mais esse público de procurar pelo serviço.

Quando é menor de dezoito, faço as minhas orientações, mas, só faço a carteirinha de do planejamento familiar para o menor diante do pai, mãe ou de um responsável (Ent. P13 - Enfermeira).

Não faço nada se o pai ou responsável não estiver junto. Principalmente pré-natal. Hoje tem muito isso, qualquer coisa coloca na justiça. Então, a gente tem que ter cuidado com isso, e aí acabo pecando pelo excesso. Até hoje não tive essa situação, de atender o adolescente só. Até para vacina, nada é feito só o adolescente. Por regras do posto mesmo, de no atendimento do adolescente ter esse responsável para assinar (Ent. P15 - Enfermeira).

O fornecimento do cartão de planejamento familiar é um instrumento utilizado para a dispensação dos métodos. Assim, a privação do adolescente menor de 18 de adquiri-lo de forma autônoma compromete o seu acesso aos contraceptivos, deixando-os mais vulneráveis a uma gravidez indesejada e às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Nesse sentido, a Coordenação Geral da Saúde de Adolescentes e Jovens (CGSAJ) emitiu uma nota técnica, em março de 2017, para esclarecer as dúvidas sobre o acesso do adolescente aos serviços nas unidades de saúde, principalmente quando desacompanhados de pais ou responsáveis (BRASIL, 2017c). Esse documento destaca o direito à preservação da autonomia, do sigilo e da privacidade do adolescente de 10 a 19 anos e ao seu pleno acesso aos serviços, independente da anuência ou presença dos seus responsáveis, para o enfrentamento das suas questões, inclusive de saúde sexual e saúde reprodutiva. Assim, a garantia do exercício desse direito, revela-se como elemento indispensável à melhoria da qualidade da prevenção de doenças e agravos, assistência e promoção da saúde entre esse segmento populacional.

Ainda em relação ao atendimento do adolescente no programa de planejamento familiar, identificamos a partir das falas dos entrevistados, um maior direcionamento das ações ao profissional enfermeiro, sendo inclusive, o desconhecimento da implementação deste programa na UBS evidente na fala de um médico participante do estudo. Esse resultado corrobora outros estudos que evidenciam uma preponderância da atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes por meio da consulta de enfermagem, em detrimento das consultas médicas (FERRARI; THOMSON, 2008; LIMA, 2014), tanto pela procura feita pelos próprios adolescentes, quanto pelo encaminhamento dos ACS (LIMA, 2014).

Acreditamos que essa maior demanda pelas consultas de enfermagem esteja associada a uma maior facilidade no acesso da mesma, devido a maior flexibilidade deste profissional para atendimentos não agendados, bem como pelo maior tempo de permanência no serviço. Nesta perspectiva, a consulta clínica individual, historicamente de responsabilidade médica, ao ser compartilhada com as ações individuais dos enfermeiros, pode significar uma

ampliação das atribuições deste profissional, e valorização de seu núcleo de conhecimento, ampliando e potencializando o cuidado. Por outro lado, a atividade rotineira ligada à consulta individual pode representar um aprisionamento da enfermagem em atividades procedimento-centradas, reproduzindo-se o modelo que se busca superar (SANTOS, A. M. et al., 2012).

Ainda em relação ao programa de planejamento familiar, a procura pelo mesmo mostrou-se, nas falas dos profissionais, muito restrita ao público feminino, enquanto o adolescente do sexo masculino dificilmente procura pelos serviços de saúde. Isso ficou explícito nos trechos a seguir:

No planejamento familiar, aparece mais no posto adolescente do sexo feminino, masculino não aparece. O feminino nessa faixa etária já vai mais pede ajuda, orientação, não comigo como dentista, mas com a enfermeira, vai busca a camisinha, o anticoncepcional, elas procuram essa informação, já o masculino não (Ent. P2 – Cirurgiã-dentista).

No atendimento individual, você vê que o homem vem menos de forma geral e o adolescente principalmente [...] o menino não vem, já a menina vem me falar que tá com atraso menstrual, que tá com corrimento, que o peito dela estar maior, que esse peito tá doendo, e o menino não vêm nunca, pra nada (Ent. P10 - Enfermeira).

Percebo muita diferença no atendimento da adolescente menina para o adolescente menino. Se a menina já é difícil de conseguir acessar, o menino é como se fosse um ET, vêm de outro planeta, principalmente com nós mulheres, os adolescentes homens têm uma dificuldade de se abrir, de se expressar. O adolescente homem, pra poder se abrir, pra poder falar, até pra poder buscar os serviços, tem vergonha. Acho que é a questão de gênero mesmo, acho que se sentem intimidados, por aqui só ter enfermeira, não sei. Ou então, não seja o perfil deles mesmo, que a gente tem na nossa cultura que o homem não procura o serviço de saúde, a gente tem isso bem arraigado, então, talvez só seja a reprodução disso (Ent. P5 - Enfermeira).

Portanto, havia influência das questões de gênero no cuidado ao menino adolescente nos serviços da ABS. Um dos aspectos que merece atenção diz respeito às ações direcionadas à saúde sexual e reprodutiva, cuja operacionalização está centrada na figura feminina (LIMA, 2014). Porquanto, os programas de planejamento reprodutivo são organizados pelas coordenações e secretarias de saúde da mulher, o que de certa forma contribui para a reafirmação de que é o corpo da mulher o alvo das ações e cuidados quando se trata do planejamento, engravidamento, métodos contraceptivos etc. (RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2017). Esses autores afirmam ainda que, desde a adolescência, a preocupação sobre a saúde sexual e reprodutiva é mais característica do público feminino.

Outro motivo para o distanciamento do adolescente do sexo masculino das unidades de saúde é o fato destas serem caracterizadas como espaços feminilizados, pois além das mulheres serem maioria na recepção, sala de espera e demais espaços da unidade, os informes produzidos pelo Ministério da Saúde, também, não têm incorporado a imagem masculina nas

campanhas (SOUZA et al., 2016). Ademais, os serviços e estratégias de saúde direcionam suas ações prioritariamente às crianças, mulheres e idosos (BECHARA et al., 2013; LIMA, 2014). Tais aspectos não favorecem a presença e permanência do menino adolescente na unidade de saúde, pois comprometem o reconhecimento simbólico do espaço.

Existe também algumas construções sociais concernentes à masculinidade que repercutem na busca do homem aos serviços de saúde, a exemplo da necessidade de evidenciar sua força e virilidade, sendo a doença considerada um sinal de fragilidade que o homem não reconhece como inerente à sua condição masculina (SOUZA et al., 2016).

Outro elemento evidenciado diz respeito à diferença em atender um adolescente do sexo masculino e feminino, sendo a menina percebida pelos profissionais de saúde como mais aberta ao diálogo. Esse aspecto corrobora Horta, Madeira e Armond (2009) que apontam a questão de gênero como um desafio no cuidado ao público adolescente. Segundo estas autoras, falar sobre as questões referentes ao corpo e ao cuidado à saúde apresenta-se mais fácil para adolescente menina do que para o adolescente menino, que geralmente limita-se a relatar a queixa ao profissional de saúde. Além disso, existe uma dificuldade para o homem reconhecer suas necessidades de saúde (BECHARA et al., 2013).

Ainda nessa perspectiva da feminilização do cuidado nos serviços da ABS, outro programa mencionado pelos trabalhadores de saúde no qual a adolescente pode ser atendida no âmbito individual foi a prevenção do câncer de colo uterino e de mama:

No dia de preventivo, então, elas assimilam que, se tá ali no dia de preventivo, todo mundo sabe que ela vai tá fazendo o preventivo (Ent. G2 - Enfermeira).

Aconteceu isso até no mutirão que a gente teve uma enfermeira que foi auxiliar aqui comigo, ela me chamou só para saber o que ela faria com a mãe na consulta do preventivo, a mãe marcou pra filha de 17 anos, e na hora de fazer a consulta a enfermeira avisa, não pode ser virgem, né? E ficou aquele constrangimento, a enfermeira com a mãe e a filha. A mãe não sabia que a filha já tinha tido relação, [...] Igual vai fazer o preventivo tem que ter o responsável, tanto que fica dentro da sala. A mãe entrou, a gente ficou sem querer deixar ela fora. Desde que entrei sempre vai os adolescentes com os pais para ter esses atendimentos (Ent. P15 - Enfermeira).

Em relação ao exame preventivo do câncer de colo uterino, o Caderno de Atenção Básica nº 13 (BRASIL, 2013a), o Caderno de Rastreamento (BRASIL, 2013b) e o Protocolo de Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016) definem como população-alvo para o exame mulheres com idade entre 25 e 64 anos e que já tiveram atividade sexual. Esse intervalo etário preconizado para o rastreio é justificado por ser o de maior incidência das lesões pré-malignas

de alto grau, passíveis de serem tratadas efetivamente e não evoluírem para câncer (BRASIL, 2013b).

O rastreamento em mulheres com menos de 25 anos tem impacto limitado na redução de incidência e/ou mortalidade por câncer do colo do útero (BRASIL, 2013a). Pois, antes de 25 anos de idade, prevalecem às lesões de baixo grau, que na maioria dos casos regridem espontaneamente e a conduta consiste apenas na observação (BRASIL, 2013b).

Assim, o início precoce da realização do exame representaria um significativo acréscimo de diagnósticos de lesões consideradas não precursoras, representativas apenas da manifestação citológica da infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) e importante aumento de colposcopias e procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários (BRASIL, 2013a).

Pelo exposto, as adolescentes não configurariam um público prioritário para realização do exame citológico. Entretanto, uma publicação recente do Ministério (BRASIL, 2017b), que trata do cuidado ao adolescente na ABS, recomenda a realização anual desse exame pelas adolescentes que já iniciaram a vida sexual. Neste sentido, entendemos que essas contradições entre as publicações ministeriais, que orientam o trabalho nos serviços de saúde, podem causar no profissional uma confusão na escolha da conduta a ser adotada, prejudicando o cuidado prestado.

Ademais, as adolescentes sentiam-se inibidas em fazer o preventivo no mesmo dia que as demais usuárias do SUS. Isto porque, a presença da adolescente em dia específico para esse atendimento configuraria a declaração explícita de uma vida sexual ativa. Assim, caso o profissional optasse pela recomendação proposta no manual, seria necessário uma flexibilidade do serviço para favorecer a adesão das adolescentes ao programa bem como a garantia de sua privacidade.

Conforme discutido anteriormente, quando o adolescente tem capacidade cognitiva de responder por si, o exercício do direito ao pleno acesso dos serviços da ABS deve ser garantido mesmo sem a anuência ou presença de pais ou responsável legal. Apesar desse direito, enquanto alguns adolescentes participantes deste estudo preferem ser atendidos sozinhos outros valorizam a presença da genitora durante a consulta, conforme exemplificado nos fragmentos a seguir:

A2 – Agora pra marcar pra passar no médico é com mainha; A5 – Também. Não venho sozinha porque nossa mãe dá uma segurança pra gente, eu não sei o que falar; A2 – Eu venho no postinho vacinar, fazer exame, mas venho com minha mãe porque tenho medo; A2 – É que quando a gente chega na sala, a gente não sabe o que a

gente está sentindo; A6 – É o intuito protetor da mãe, ela sabe o que a gente sente, sei bem como que é isso (GF2 adolescentes – Zona urbana).

A4 – Na hora de marcar, venho com minha mãe, mas na hora de passar na consulta, só eu e ele [o médico], por conta do desabafo, essas coisas, entendeu? Aí, prefiro sem a minha mãe (GF4 adolescentes - Zona urbana).

Geralmente, a mãe acompanha o adolescente e refere as queixas dele, porque eles são tímidos. Os adolescentes ficam mais calados durante as consultas e a mãe que fala as coisas, na maioria das vezes. Raramente eles vêm sozinhos, eles ficam receosos de virem sozinhos (Ent. P7 - Médico).

Assim, é possível perceber a dualidade que o intercâmbio da mãe durante a consulta representa para o adolescente: ora sua presença é valorizada pelo vínculo biológico mãe-filho, que possibilita ao adolescente uma sensação de segurança; ora é repudiado por comprometer a sua privacidade. Nas falas acima, ainda estão presentes elementos que configuram uma postura “retraída”, “passiva” e “desinformada” por parte dos adolescentes que podem dificultar a comunicação deste com o profissional de saúde durante a consulta. Assim, a participação do familiar pode também ser considerada estratégica durante esse processo, pelo menos nos contatos iniciais até que o vínculo profissional-adolescente seja estabelecido.

Apesar de valorizarem a presença dos pais no momento da consulta, adolescentes de um dos grupos focais divergiram e relataram a insatisfação que sentem quando o profissional dirigia-se especificamente aos genitores para conversar sobre o que dizia respeito à sua saúde:

A11- O atendimento deve ser do mesmo jeito que de um adulto. Quando estou com minha mãe, ele [profissional] pergunta só para minha mãe, não me pergunta nada, quando estou sozinha eles perguntam para mim. Acho que tem que perguntar para nós duas, mais para mim; A9- Mas se quem está sentindo alguma coisa é ela [a adolescente], é um direito de ele perguntar para ela (GF3 adolescentes – Zona rural).

Assim, quando o profissional de saúde estabelecia o diálogo unicamente com o responsável pelo adolescente, este sentia sua presença ignorada, pois estavam aptos a falarem sobre si mesmos e deveriam ser valorizados no processo comunicativo. Além disso, quando a interposição da mãe durante a consulta impedia o adolescente de se expressar, sua presença atrapalhava o andamento da consulta. Entretanto, existem informações referentes ao adolescente que são importantes ao cuidado prestado e que somente a mãe ou responsável saberá transmitir ao profissional, como dados referentes à história pregressa, pré-natal, parto e nascimento do adolescente, histórico familiar etc. (SAITO, 2014b).

Além dessas informações que auxiliam o profissional de saúde, a mãe também representa um importante ponto de apoio ao cuidado prescrito, uma vez que é ela quem estabelece uma relação “duradoura” com o adolescente, é ela quem educará o filho e

acompanhará seu crescimento; é ela quem administrará o receituário – compra de remédios, de alimentos adequados; quem preparará os alimentos e os oferecerá ao jovem (OLIVEIRA; SILVA, 2015). Assim, a mãe também passa a ser orientada pelo profissional de saúde, durante o atendimento ao adolescente.

Nesse sentido, em termos ideais, a dinâmica da consulta ao adolescente deve contemplar dois momentos: o adolescente sozinho e com o familiar/responsável (BRASIL, 2017b; TAQUETTE, 2010). A entrevista com o responsável é fundamental devido aos motivos já mencionados. E a entrevista com o adolescente sozinho oferece a oportunidade para expor sua percepção sobre diversos aspectos de sua vida, inclusive, os que consideram sigilosos e que não queira compartilhar com seus responsáveis (BRASIL, 2017b).

Ademais, a ida do adolescente aos serviços de saúde por uma imposição dos genitores também foi apontada pelos adolescentes dos diversos cenários deste estudo, conforme exemplifica o fragmento abaixo:

A6 – Meus pais me fazem vir no posto; A7 – É verdade; A6 – É sério, acho que se fosse da nossa vontade, nós não viríamos não, a não ser se estivéssemos doentes. A3 – É que nem eu também (GF2 adolescentes – Zona urbana).

Este discurso retrata que a ausência dos adolescentes nas unidades de saúde, também, decorria da não percepção deste espaço como algo de sua necessidade, talvez pela própria inexistência de um serviço específico direcionado a esse público.

Ainda em relação a esse tema, quando o adolescente é levado a contragosto aos serviços de saúde pelo genitor, podem não reconhecer o encontro com o profissional como legítimo e, portanto, não se submeterem ao conteúdo e sentido da ação, permanecendo pouco participativo durante a consulta e quase imerso em si mesmo (OLIVEIRA; SILVA, 2015). Então, é importante que o adolescente reconheça as queixas como suas para que haja sentido na busca pelos serviços de saúde. Isso, também, foi observado no presente estudo. O discurso abaixo reproduz essa situação:

Não é muito frequente a gente atender adolescentes, mas, às vezes, acho o atendimento individual do adolescente complicado, quando é uma demanda que não parte dele. Quando é uma demanda que parte dele, que ele procura a unidade, acho tranquilo, mas quando é uma demanda que, por exemplo, parte da mãe, que parte da avó, que traz ele à unidade, vamos dizer assim, forçado, obrigado, ele não colabora, e aí é difícil, é aquela coisa que você pergunta e aí não responde ou então dá respostas evasivas e secas. Quando é uma demanda dele [adolescente], acho tranquilo, porque na maioria das vezes o que o pai, a mãe enxerga como demanda para o adolescente, ele não enxerga como problema nenhum (Ent. P5 - Enfermeira).

Assim, quando o adolescente não reconhece as queixas de quem o leva aos serviços de saúde como suas, permanece pouco colaborativo, dificultando o atendimento. Então, não se percebe nessa situação como o sujeito de suas questões, e sim como objeto a ser examinado clinicamente e sobre o qual são depositadas expectativas que definem um “dever ser”. A saída desse “dever ser” é entendida por quem o conduziu até ali como um problema de ordem médica, portanto passível de orientação e/ou de intervenção do profissional de saúde (OLIVEIRA; SILVA, 2015).

Em relação às demandas, que emergem das falas dos adolescentes e os motivam a buscar pelos serviços ofertados na unidade de saúde, constatamos um padrão relativamente homogêneo entre os cinco grupos focais realizados, sendo estas relacionadas à: consulta odontológica; consulta de pré-natal em caso de gravidez; consulta clínica de rotina e diante de quadros patológicos; consumo de exames ou encaminhamentos para especialistas; imunização; procedimentos como curativos; atividades de educação em saúde; a busca pelo cuidado e bem estar; a necessidade de tirar dúvidas com o profissional referentes à sua saúde e à sexualidade; e conversar com os profissionais da unidade de saúde devido trabalhos escolares relacionados à saúde.

A1 – Problemas de saúde; A6 – Não precisa ter problemas, basta querer fazer alguma coisa no seu corpo e vir! A7 – Consultas de rotina; A7 – Passar pelo médico, sem estar doente ou sentido mal. Só por passar, mesmo; A11 – Pra se cuidar! A12 – Vacinação; A5 – Fazer curativo de cortes; A3 – O desejo de estar bem; A12 - Tomar vacina; A7 – Pesar; A12 – Vacinar os cachorros; A6 – Participar das palestras (GF1 adolescentes – Zona urbana).

A1 – Tomar vacina; A7 – Marcar exames; A4 – Eu não venho não; A3 – Quando está grávida, vem fazer pré-natal; A2- Curativos; A7 – Dores; A2 – Quando está muito mal mesmo (GF2 adolescentes - Zona urbana).

A3 - Vacinas atrasadas; A4 - Dentista; A9- Problemas de saúde; A6 - Pressão alta; A1- Fazer check-up; A2 - Curativo; A9 - Quando está grávida; A10 - Quando a menstruação não desce; A2 - Pra ver se o exame chegou; Marcar ultrassons quando as mulheres estão grávidas; A10 - Marcar pré-natal; A9 – O que faz o adolescente vir à unidade é a gravidez; A6 - As dúvidas (GF3 adolescentes – Zona rural).

A7 - A maioria dos que vem é porque foi convidado para alguma conversa; A4 – Dentista; A3 – Tomar uma vacina; A2 – Passar no médico; A4 - Fazer exame; A7 - Muitas vezes, por exemplo, pra conversar sobre sexo esses tipos de coisas; A4 – Como os meus pais tem meio que vergonha de conversar comigo sobre relação sexual essas coisas, então acho melhor procurar uma orientação aqui; A2 – Às vezes venho por causa do colégio, uma apresentação que eu tive que fazer lá sobre a prevenção da dengue, aí eu vim aqui peguei uns panfletos, a mulher me falou um pouco sobre o assunto, aí eu refleti, apresentei (GF4 adolescentes - Zona urbana).

A3 - Passar pela médica; A5 - Venho quando tenho algum problema de saúde; A6 – Dentista A2 - Pegar remédios; A2 – Como que é o nome daquele trem de mulher grávida? A1 - Pré-natal; (GF5 adolescentes - Zona urbana).

A partir dos fragmentos acima, é possível perceber que a busca da adolescente pelo serviço da ABS para acompanhamento de pré-natal mostrou-se recorrente entre as participantes, o que remete a associação do serviço a questões voltadas à esfera reprodutiva ou a uma percepção da gravidez na adolescência como algo frequente no contexto vivenciado. Essa representação do serviço a questões sexuais e reprodutivas, como já discutido, pode afastar os adolescentes da unidade de saúde pelo temor de julgamentos inapropriados.

Ademais, apesar de considerarmos a autonomia reprodutiva da adolescente que quer engravidar, principalmente das que vivenciam o final da adolescência, uma gestação não planejada por essa menina reflete a ineficiência e ineficácia do serviço em relação ao cuidado a esse público, que adentram as unidades de saúde com um problema que poderia ser evitado com ações promocionais e preventivas.

Estudo realizado em 27 unidade de saúde de Rio Grande-RS aponta que, dos atendimentos de adolescentes mulheres com idade entre 10 e 19 anos incompleto, 69,6% foram referentes à saúde sexual e reprodutiva, sendo 40,1% deste percentual destinados ao pré-natal, parto ou puerpério. Os demais 30,4% atendimentos referiam-se a outros tipos de assistência (GOMES et al. 2013). Nessa direção, estas autoras afirmam que, excetuando-se a condição específica de gravidez, as adolescentes pouco utilizam os serviços de saúde e, quando o fazem, buscam apenas serviços curativos e não de prevenção.

Outro estudo realizado em Pelotas-RS com 723 adolescentes de ambos os sexos e mesma faixa etária que o anterior assinala os problemas de saúde como principal motivo da busca pelos serviços de saúde, também sendo baixa a utilização dos serviços por questões preventivas (NUNES et al., 2012). Essa busca do adolescente pelo serviço de saúde movida pela doença e seus fatores associados evidencia que o modelo médico assistencialista, ainda encontra-se como obstáculo à consolidação da atenção integral (VIEIRA et al., 2011; ALVES et al., 2016).

Apesar dos problemas de saúde serem referidos pelos adolescentes de todos os cenários deste estudo como o motivo para buscarem pelos serviços de saúde, isso não foi consenso entre os adolescentes do GF1, que também pontuam a busca pelas ações de cuidado preventivas e promocionais. Ainda nesse sentido, um dos adolescentes desse grupo completou: “O hospital serve para que as nossas doenças sejam curadas, e o posto de saúde é feito para que não venhamos ficar doentes”. Ressaltamos que na unidade de saúde referente aos adolescentes do GF1 são realizadas regularmente atividades de educação em saúde voltadas a esse público, o que pode refletir de forma positiva nas representações construídas

pelo adolescente acerca deste espaço como um lugar propício para se promover a saúde e prevenir as doenças.

Diante do exposto, consideramos imprescindível uma ressignificação das ações dirigidas ao público adolescente no âmbito da ABS, de forma a ampliar a perspectiva de inclusão desses usuários nos serviços a partir de suas necessidades específicas, pois quando esta inclusão é restrita às demandas da unidade, que prioriza os outros segmentos populacionais, os adolescentes acabam ficando a margem do atendimento.

Nesse sentido, acreditamos que a inserção de um horário fixo na agenda para o atendimento ao adolescente é uma forma pertinente de considerar as necessidades desse grupo etário na organização do processo de trabalho na ABS, pois o adolescente se sentirá mais seguro e a vontade em relação ao profissional de saúde, sem interferência ou observação de outras pessoas quanto a sua procura por esses serviços na unidade de saúde. Ademais é preciso que esse atendimento considere o adolescente em sua totalidade, ou seja, não se restrinja aos aspectos biomédicos do cuidado, mas que valorize as dimensões relacionais desse processo, o que requer uma melhor qualificação do profissional de saúde.

4.3 DESENCONTROS ENTRE FORMAÇÃO PROFISSIONAL E NECESSIDADES DE CUIDADO AOS ADOLESCENTES NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Nesse capítulo, discutiremos aspectos relacionados ao processo formativo dos trabalhadores de saúde para produção do cuidado à saúde do adolescente, levando em consideração a experiência acadêmica e a formação em serviço para qualificação do processo de trabalho no âmbito da Atenção Básica à Saúde (ABS).

A adolescência é uma fase da vida de intensas transformações biopsicossociais e permeada por inseguranças, dúvidas e vulnerabilidades que, por conseguinte, requer atenção qualificada dos profissionais de saúde (HORTA; MADEIRA; ARMOND, 2009). Todavia, tanto no processo de formação durante a graduação, quanto nas ações de educação permanente em serviço, há insuficiência na abordagem de atributos inerentes à saúde do adolescente e, conseqüentemente, deparamo-nos com profissionais com inadequada competência para lidar com demandas específicas deste grupo social (LAGE; MOURA; HORTA, 2017). Tal questão compromete, inclusive, a qualidade da ABS como porta de entrada prioritária para o conjunto da população de um território adscrito.

Nesta mesma direção, os entrevistados (médico e enfermeiro) consideraram sua formação acadêmica em saúde do adolescente insipiente e superficial. Isto porque, na

experiência formativa, não houve um componente curricular específico e as abordagens, quando presentes na matriz curricular, estavam conjugadas à saúde da criança, havendo maior ênfase no tópico infantil, sem um enfoque acerca das singularidades do cuidado à adolescência. Ademais, os temas relacionados à saúde do adolescente, também, não transversalizavam os demais componentes curriculares, caracterizando como uma lacuna na graduação. Os fragmentos abaixo exemplificam esses achados:

É muito incipiente [conteúdo curricular] para trabalhar com adolescente, é muito complicado, é [componente curricular] 'saúde da criança e do adolescente', mas a saúde da criança é muito extensa [...]. Você acaba conseguindo vê outras coisas em outras disciplinas sobre saúde da criança, mas saúde do adolescente não, saúde do adolescente é muito peculiar. Acho que vai ficando de ladinho, aí a gente acaba não abordando e não tendo essa preparação mesmo pra lidar com o público, por isso que quando chega o adolescente dá choque inicial: - meu Deus, um adolescente! Porque você é preparada para fazer uma consulta de pré-natal, puericultura, planejamento familiar, mas não é preparado para atender a demanda do adolescente (Ent. P5 - Enfermeira).

Tive na minha graduação de forma incorporada, era 'saúde da criança e do adolescente', era uma coisa só, não eram duas coisas separadas. Acabava que o foco era muito maior em criança. Especificamente sobre adolescente, era deixado de lado, não dava tanta atenção, o foco do conhecimento era mais direcionado, o professor lecionava mais acerca de criança. (Ent. P7 - Médico).

A gente fala muito pouco de adolescente na graduação. Não estou nem lembrada de ter. Acho que um pouco dentro da matéria com 'saúde da criança' e, aí, pega demais criança e, adolescente, fica exprimido. (Ent. P10 - Enfermeira).

A partir dos discursos acima, é possível perceber que, ao concluir a graduação, o profissional sente-se inseguro para atender um adolescente, a menos que este se encaixe em alguma das ações programáticas ofertadas na ABS. Diante disto, tal problemática precisa ser (re)pensada nos processos formativos, pois há comprometimento ao acesso do adolescente à ABS por meio de uma barreira técnica, contrariando o princípio da universalidade da atenção que, por sua vez, torna a ABS seletiva.

Entretanto, as limitações educacionais dos cursos superiores da área de saúde frente ao processo de formação sobre o cuidado ao adolescente são históricas, mesmo para médicos pediatras, sendo, nos últimos anos, observada a inserção de perspectivas mais ampliadas na matriz curricular em relação a essa temática, porém, ainda, de maneira insuficiente para uma atuação profissional condizente à atenção integral (VITALLE; ALMEIDA; SILVA, 2010).

Por sua vez, as práticas assistenciais nos serviços da ABS são organizadas, muitas vezes, com base nas ações programáticas, ou seja, o conjunto das ações dos profissionais concentram-se em certos grupos populacionais e/ou agravos específicos (SILVA; ASSIS; SANTOS, 2017), na contramão de uma ABS abrangente. Nessa direção, um estudo

multicêntrico realizado em quatro capitais brasileiras (Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória) aponta que, entre as prioridades estabelecidas na ESF, estão as ações programáticas por ciclo de vida (atenção à criança, ao adolescente, ao idoso), saúde da mulher (planejamento familiar, pré-natal, puerpério, controle de câncer do colo uterino), agravos crônico-degenerativos (diabetes, hipertensão) e os agravos infecciosos (dengue, hanseníase, tuberculose, DST/AIDS), destas ações prioritárias, as ações dirigidas ao grupo de adolescentes mostraram-se como uma lacuna nas práticas e incipiente nos quatro casos investigados (SANTOS, A. M. et al., 2012).

Além disso, enquanto programas voltados aos grupos materno-infantil e aos idosos encontram-se fortemente implementados, ações dirigidas aos adolescentes permanecem marginais nas políticas governamentais e nas práticas profissionais (COSTA et al., 2015). Outrossim, as ações de atenção à saúde destinadas ao adolescente são praticamente inexistentes nos serviços da ABS, em consequência, os estágios em serviços de saúde não oportunizam, ao graduando, a vivência significativa para sua formação acadêmica e compromete a competência clínica e relacional necessária para um cuidado qualificado. Não obstante, muitas vezes, a experiência do estudante limita-se a realização de atividades educativas na escola, contrariando a perspectiva do cuidado integral (técnico e relacional), conforme aponta o trecho abaixo:

Na minha graduação, quando a gente faz a disciplina ‘saúde da criança’, é tocado no adolescente. Tive um curto contato na perspectiva teórica e, na prática, o serviço já funcionava como funciona hoje. Então, quando a gente ia trabalhar com adolescente, acabava que a gente utilizava a criatividade para desenvolver alguma coisa para adolescente, geralmente era na escola, porque a unidade, também, não recebia esse público para a gente atender. Então, a gente ia à escola abordando algo. Teve uma vez que a gente fez até um ciclo de palestra na escola do bairro quando estávamos em estágio, mas era bem parecido como é hoje. E depois disso, nunca mais vi falar do adolescente [na graduação] (Ent. P1 - Enfermeira).

A vivência do graduando em outros espaços que transcendem a unidade de saúde nas práticas relacionadas à ABS, é de suma importância no percurso formativo, pois “o processo de formação não acontece somente na escola. Acontece em múltiplos espaços, assim como são múltiplas as aprendizagens que ocorrem em cada um desses espaços” (FAGUNDES; BURNHAM, 2005, p.106). Nesta perspectiva, os cenários de ensino-aprendizagem não devem se restringir aos locais formais de práticas profissionais, mas abarcar “espaços multirreferenciais”, por meio da pluralidade de olhares dirigidos a uma realidade e de linguagens para traduzi-la (FAGUNDES; BURNHAM; 2001). Todavia, tais espaços de

aprendizagem não podem ser um adereço ao conjunto de ações necessárias ao processo de ensino que mire a produção do cuidado integral.

Por esse prisma, a diversidade de cenários de ensino-aprendizagem que compõe o itinerário de inserção do graduando potencializa a formação para integralidade do cuidado, pois é no agir cotidiano das instituições e da comunidade que se expressam as formas de criação e de apropriação da produção, reprodução e reinvenção do fazer saúde e os modos de andar a vida (PARO; PINHEIRO, 2017). Além disso, a interação dos estudantes em cenários diversificados ajuda a romper com a dicotomia entre a teoria e prática, possibilitando compreender, desde a graduação, a realidade do mundo do trabalho (OLIVEIRA; KOIFMAN; NEVES, 2017).

Deste modo, é necessário propiciar aos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde, a partir de uma perspectiva crítica e problematizadora, momentos de articulação de conceitos, percepções e sensações para produzir saberes a partir de práticas de ensino orientadas pela integralidade (PINHEIRO; CECCIM, 2005). Não obstante, acreditamos que a reflexão sobre os aspectos vivenciados na teoria e no campo de práticas (intersubjetividade e procedimentos) podem fortalecer a formação de futuros profissionais implicados com modos de organização dos serviços para que sejam acolhedores aos adolescentes e fomentar processos de trabalho atentos e resolutivos às demandas deste grupo social. Assim, experiências de um cuidado fragmentado e descomprometido, vivenciados na graduação, não serão reproduzidos no cotidiano do trabalho dos serviços da ABS, como evidenciado na fala abaixo:

Desde a minha graduação que a gente quase não fez coisas voltadas ao adolescente. Era mais criança, idoso, pré-natal, preventivo, quase não tinha, sinceramente, acho que foram pouca vezes que a gente deu alguma palestra, desde a graduação. Acho que não é um problema de agora, assim, que os adolescentes ficam mais fora do programa, acho que isso é desde o passado. Na época mesmo da graduação, o que a gente falava com o adolescente era isso; era drogas, sexualidade, abuso. No âmbito individual, muito faltoso mesmo, não existiu, desde a graduação (Ent. P13 - Enfermeira).

Deste modo, uma formação inadequada dos profissionais de saúde em relação à atenção à saúde do adolescente tem se reproduzido no cotidiano nos serviços de ABS. Porquanto, ao utilizarem a unidade de saúde como campo de prática e não vivenciarem ações abrangentes e diversificadas (clínicas e educativas) ao adolescente, os graduandos espelham nas suas práticas futuras, essencialmente por ausência de estímulo e/ou não saberem fazer.

Ademais, situações subjetivas vivenciadas na adolescência como separação progressiva dos pais, vinculação ao grupo de iguais, busca de si mesmo e da identidade, constantes flutuações de humor, a atitude social reivindicatória, além das questões ligadas à iniciação sexual e outros aspectos da sexualidade, por exemplo, demandam um maior preparo do profissional (LEAL; SAITO, 2014).

No entanto, muitas vezes, os cursos superiores em saúde preocupam em oferecer um “pacote” de conteúdos técnico-científicos, em detrimento da produção subjetiva do cuidado (HORTA; MADEIRA; ARMOND, 2009; FRANCO; ANDRADE; FERREIRA, 2009). Além disso, os estudantes tornam-se interlocutores passivos durante a formação e, posteriormente, ao se inserir nos serviços acabam capturados pelo eixo recortado-reduzido-corporativo-centrado (HORTA; MADEIRA; ARMOND, 2009). A fala abaixo exemplifica essa abordagem de ensino limitada às questões biomédicas e que ignora a complexidade de dimensões ético-políticas que envolvem o cuidado em saúde na adolescência:

Acho que foi boa [a formação], porque as matérias básicas que a gente trabalha é independente da faixa etária – fisiologia, anatomia, o funcionamento do corpo humano – tem algumas particularidades com a idade, mas, por exemplo, medicamentos, ele vai responder de uma mesma forma, idoso tem uma pequena alteração, tem que fazer uma correção, criança tem que ter cuidado na dose, mas com relação ao tratamento e a conduta, não tem nada de mais não. Acho que atendeu bem [a formação], não teria o porque, hoje tem uma especialidade – hebiatria, que é voltada para esse público, mas com relação à graduação, acho que não deixou a desejar quanto a isso não (Ent. P16 - Médico).

Na contramão, diversas apostas vêm sendo feitas em direção às mudanças na formação e às formas de conceber a produção do conhecimento interdisciplinar, a fim de superar o hiato entre a concepção biomédica, centrada na medicalização social, que orienta a prática médica hegemônica, e as práticas de saúde norteadas por uma concepção dialética na produção do cuidado em saúde (SANTOS; PINTO, 2017; CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013; PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2005).

Nesse sentido, alguns cursos de saúde têm apresentado “inovações” no currículo e no projeto político-pedagógico com a inserção “precoce” dos estudantes no cenário do SUS (RODRIGUES, 2015; LIMA; BISPO JÚNIOR, 2017) na perspectiva de novas marcas ao ensinar a integralidade por meio do ensino-trabalho-cidadania (KOIFMAN; SAIPPA-OLIVEIRA, 2005). O projeto político pedagógico em saúde ao articular ensino-serviço-comunidade precocemente modela uma estratégia educativa que permite, já no início do curso, o contato dos estudantes com o sistema de saúde do país, com a população usuária, com o território e com equipes multiprofissionais, favorecendo a construção de novos

currículos e sujeitos, possibilitando a inserção num processo pedagógico reflexivo e dinâmico (VASCONCELOS; RUIZ, 2015; PARO et al., 2017).

Nesta direção, os gestores de saúde pontuaram que a formação acadêmica pautada na concepção biomédica não preparava adequadamente o futuro profissional para trabalhar na ABS e restringia a capacidade para articulação intersetorial e trabalho multiprofissional, aspectos considerados primordiais para produção do cuidado ao adolescente. Os fragmentos adiante exemplificam esses achados:

É uma falha do nosso sistema de ensino. Na nossa formação como profissional, a odontologia foi e é muito 'resolutivista'. É como a medicina que também é muito prática, o cara quer sentar-se à mesa, quer operar, quer resolver e tal, mas de repente, o olhar tem que ser mais amplo. Então, acho que tem que mudar o perfil da formação, que tem que mudar a grade, considerar esta questão intersetorial de trabalhar mais com todos profissionais ao mesmo tempo. Na época que formei não era assim. Hoje mudou? Claro, evoluiu, mas será que tá o ideal? Não sei, me parece que ainda não (Ent. G4 – Cirurgião-dentista).

Deveria ter nas formações dos profissionais uma preparação maior pra lidar com o paciente no serviço público [...]. Eu sinto que os profissionais são muito mal formados, não têm compromisso social, nem visão do que é um trabalho no PSF; forma e só pensa no salário no final do mês, não tem o perfil para trabalhar ali, e aí, às vezes, não conseguimos colocar o programa em prática porque não temos profissionais comprometidos. Se a escola forma o enfermeiro, o dentista, o médico com essa visão de trabalho coletivo, preventivo, de comunidade, quando chegar numa unidade já vai ter ideias de como trabalhar com idoso, com adolescente, porque já traz isso na formação. Caso contrário, não quer fazer palestra, quer entrar no consultório, atender os pacientes e ir embora (Ent. G7 – Cirurgião-dentista).

Nessa direção, os modelos de educação superior em saúde vigentes, infelizmente, reproduzem um modelo de prática hospitalocêntrica e especializada, de viés privatizante e incapaz de atender às necessidades sociais por saúde (ALMEIDA-FILHO, 2013). Para esse autor, o egresso dos atuais cursos de saúde apresenta, predominantemente, um perfil que revela um parco comprometimento com o SUS e com os aspectos da gestão da saúde, insuficiente entendimento da necessidade do trabalho em equipe multiprofissional (com integração de conhecimentos interdisciplinares), e precária formação humanística, culminando, muitas vezes, em profissionais despreparados e imaturos para atuar nos serviços de ABS.

Posto deste modo, apesar dos avanços obtidos, a formação em saúde para ABS ainda é carente da prática integral no exercício das habilidades comuns e específicas dos profissionais de saúde, pois as universidades e seus docentes ainda padecem de práticas de ensino-aprendizagem pautadas no modelo flexneriano clássico, ou seja, fragmentadas, especializadas e biologizantes (CARNUT, 2017; SANTOS et al., 2006).

Considerando esse aspecto, os profissionais entrevistados apontaram que, no processo de formação acadêmica, não houve experiências com metodologias ativas e que a condução do componente relacionado à saúde do adolescente baseou-se na transmissão de conteúdo e ausência de problematização. Tais questões, por sua vez, sinalizam um empobrecimento na produção do conhecimento em saúde, especialmente quando a temática está voltada para populações vulneráveis e/ou de difícil adesão aos serviços de saúde. Neste sentido, quando a abordagem educativa é vertical e centrada no acúmulo de conteúdo, em detrimento da visão holística e dialética do processo saúde-doença dos adolescentes, há ampla possibilidade de formar profissionais centrados no núcleo biológico e com limitações para proporem intervenções criativas e dialógicas, essencialmente, por não terem referências prévias. Os recortes adiante sintetizam tal perspectiva:

Na época da faculdade, a metodologia empregada pela professora na ministração das aulas da disciplina de ‘saúde da criança e do adolescente’ era a tradicional, não teve nenhuma novidade não (Ent. P1 - Enfermeira).

Nas aulas teóricas, utilizava uma metodologia tradicional, com *slides* e exposição do conteúdo pelo professor (Ent. P7 - Médico).

Ademais, é importante ressaltar que as proposições debatidas para transformação dos cursos da área de saúde envolvem o caráter metodológico do ensino ou técnicas de abordagens didático-pedagógicas, porém, carregam conteúdos “culturalizados”, ou seja, permanecem os traços de produção e reprodução social, independentemente do modelo didático (KOIFMAN; SAIPPA-OLIVEIRA, 2005).

Nesse sentido, sendo o trabalho em saúde um cenário concreto das relações sociais, a importância da contínua formação dos profissionais é sustentada tanto pela sua valorização no mercado de trabalho, quanto pela necessidade de assegurar um cuidado qualificado e humanizado aos usuários dos serviços de saúde. Assim, o processo ensino-aprendizagem não se encerra com a graduação e ao realizarem as especializações em Saúde Coletiva, em busca de aperfeiçoarem seu trabalho, os profissionais referem que a abordagem do cuidado ao adolescente, também, é negligenciada ficando, predominantemente, restrita aos conteúdos de saúde da criança.

Na especialização em Saúde Coletiva, abordam muito saúde da mulher, abordam muito a questão do idoso, a questão da criança e, quando falam criança, querem jogar adolescente aqui dentro, mas a gente sabe que são públicos diferentes. Eles esquecem do adolescente, não tem jeito [...] tudo bem que a criança tem muita particularidade, mas acaba reduzindo o adolescente, então assim, eu critico, pois a graduação foi pouca, mas a especialização, nada (Ent. P10 - Enfermeira).

Com tal constatação, urge uma reformulação da matriz curricular dos cursos de graduação e pós-graduação, de forma que contemplem componentes didáticos que abordem a diversidade do desenvolvimento humano e, nesta perspectiva, considere a fase adolescência com suas peculiaridades e complexidade. Por sua vez, entendemos que tal sugestão corre o risco de comprometer a integralidade da atenção, pois, até mesmo a definição de criança ou adolescente não é unânime e apresenta interseções ao considerar aspectos antropológicos, sociológicos, culturais, cronológicos e biológicos. Assim sendo, pode incorrer a abordagem duplicada de conteúdos comuns a ambas as fases e consequente supressão inadequada de conteúdos importantes, visto que, infelizmente, nem sempre as ementas são bem delimitadas e nem o diálogo bem efetivado entre as disciplinas.

Nesse sentido, o modelo compartimentalizado que decompõe o conhecimento em disciplinas é frequente nos currículos dos cursos da área da saúde e podem trazer como consequências as práticas profissionais fragmentadas, numa ótica especializada que estabelece poucos canais de comunicação com outros saberes interdisciplinares, bem como, dificuldades e resistências ao trabalho em equipe (BAGNATO; MONTEIRO, 2006). De tal modo, a elaboração de currículos integrados é essencial para gerar egressos com um perfil mais condizente com o que se preconiza para o trabalho em saúde, na perspectiva da integralidade na atenção básica (CARNUT, 2017).

Além da invisibilidade do adolescente durante a graduação e pós-graduação, os profissionais e gestores, também, ressaltaram a carência de produções didáticas provida pelo ministério e/ou secretaria estadual de saúde que orientem a organização dos serviços no município/região e, também, abordem aspectos da conduta clínica e relacional nos serviços de saúde. Os excertos abaixo ilustram tais questões:

Até o próprio manual do Ministério da Saúde, não tem um manual específico de saúde do adolescente. Tem criança, mas especificamente do adolescente, a gente não observa. Tem de pré-natal, do adulto, do idoso, mas especificamente de adolescente não tem. Pode até já ter saído, mas não visualizei ainda (Ent. G6 - Enfermeira).

Acho que falta atualização do profissional quanto ao manejo com o adolescente. Há pouco tempo, o ministério criou o caderno do companheiro da gestante, e isso aí influencia muito; hoje a minha visão com o parceiro é diferente do que eu tinha antes. Então, quando surgem materiais, acaba instigando os profissionais, encorajando, norteadando a gente. Eu não vejo isso com a saúde do adolescente! Acho que está bem escanteado. Mesmo que seja uma coisa simples, mas quando você vai vendo o material, vai abrindo... o profissional está sempre em busca de conhecimento, sempre querendo melhorar a assistência dele. (Ent. P1 – Enfermeira).

Você não tem um direcionamento pra adolescentes, ao passo que os outros programas você tem uma direção, se vai atender uma puericultura, você tem um foco, o que fazer com eles e você vai incrementar alguma coisa, mas você tem uma linha. E do adolescente, não! No Ministério da Saúde, você tem um livro, um protocolo de como fazer aquilo, já para adolescente você não tem isso (Ent. P17 - Enfermeira).

Contraopondo-se aos entrevistados, Baduy (2010) afirma que esse modo de fazer, previamente estruturado em protocolos e manuais de normas e rotinas de um serviço de saúde pode capturar o trabalho vivo em ato, a ponto do profissional de saúde não exercer suas ações de maneira autônoma e criativa, ficando preso na dimensão instrumental e prescritiva. Entretanto, consideramos a importância das produções didáticas e protocolos para fomentar o conhecimento do profissional quanto ao cuidado do adolescente, pois as tecnologias leves-duras, ou seja, os saberes estruturados são imprescindíveis a uma boa assistência, ainda mais, considerando as peculiaridades desse segmento populacional. Neste sentido, tais recursos orientadores deverão estar articulados com debates entre os profissionais, gestores e usuários para que o caráter coletivo produza saberes articulados com a realidade.

Todavia, apesar dos entrevistados (profissionais e gestores) desconhecerem as publicações ministeriais referentes ao público adolescente, destacamos a existência de algumas: Marco teórico e referencial: Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens (BRASIL, 2007b); Marco legal – Saúde um direito de adolescentes (BRASIL, 2007c); Saúde integral de adolescentes e jovens – Orientações para a organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2007d); A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia para autoaprendizagem para equipes de atenção básica à saúde (BRASIL, 2007f); Saúde do adolescente: competências e habilidades (BRASIL, 2008); Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2010).

Além dessas, recentemente foi lançado pelo Ministério da Saúde o manual “Proteger e Cuidar da Saúde de Adolescentes na Atenção Básica” (BRASIL, 2017b), com o intuito de auxiliar as equipes da ABS no trabalho com esse segmento populacional. Esta publicação ministerial, por exemplo, tem potencialidade de sensibilização dos profissionais quanto o cuidado ao adolescente no âmbito da ABS, pois se trata de um documento com uma linguagem de fácil compreensão que aborda de forma objetiva diversos aspectos concernentes a essa fase da vida, tendo como grandes eixos: cuidado da saúde, hábitos saudáveis e a atenção aos principais aspectos clínicos.

Entretanto, para que as publicações ministeriais possam sensibilizar os gestores e profissionais de saúde no cuidado ao adolescente, é necessário que sejam melhor divulgadas e discutidas entre estes trabalhadores, pois a mera existência destes documentos não garantem o acesso às informações, nem tampouco mudança nas práticas. Por esse prisma, a educação em serviço constitui-se num dispositivo imprescindível para suprir a carência da formação dos profissionais em saúde do adolescente, possibilitando que os conhecimentos construídos a partir dessas atividades venham não só contornar tais lacunas do processo formativo, mas, também, a partir das reflexões críticas dos envolvidos, favorecer a transformação das práticas em serviço.

Nesta direção, visando à formação de trabalhadores implicados com o SUS, o Ministério da Saúde implantou em 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (LEMOS, 2016). Tal política compreende um conjunto articulado de alternativas educacionais no desenvolvimento de ações voltadas à aprendizagem significativa e para o processo de trabalho (GUIMARÃES et al., 2015).

Todavia, os entrevistados (gestores e trabalhadores da saúde) consideraram as atividades de educação em serviço insuficientes, pois nem sempre são implementadas e quando acontecem, comumente, não abarcam o cuidado com adolescentes, conforme ilustram os trechos abaixo:

Precisamos ter mais capacitação para poder ajudar esses adolescentes. Em tempos atrás, tínhamos mais reciclagem dos conhecimentos, não só o adolescente, mas em outras áreas e ultimamente não está tendo. A enfermeira faz o que pode fazer aqui; ela fala de vacina, hanseníase, tuberculose, pré-natal, aleitamento materno, agora para adolescente, do período que estou aqui não teve não, aliás, já teve muito tempo atrás. E sempre está mudando alguma coisa, tem que estar sempre renovando, até a forma de abordagem do adolescente (Ent. P3 - ACS).

Depois que me formei, lembro-me de ter ido para DIRES para tratar de programa de pré-natal e outros públicos, mas adolescente, não! Interessante que vivenciei o PROSAD enquanto adolescente e hoje como profissional, não vejo mais isso e acabo não executando a responsabilidade. Me sinto órfã de não ter esse aparato de coisas, de não ter esse apoio para poder estar fazendo. Em relação à educação permanente, o município não desenvolve ações voltadas para essa temática. E com as outras temáticas até que desenvolvem, mesmo que não seja 100% (Ent. P1 - Enfermeira).

PN3 (Farmacêutico) - Você faz faculdade, forma, não para trabalhar diretamente com esse público, tivemos um treinamento, só que direcionado ao adolescente não tem. Estive numa situação de ter que falar sobre doenças sexualmente transmissíveis para pré-adolescentes de onze/doze anos, só que eu não sabia como abordar. PN5 (Psicóloga) - É preciso que o Ministério da Saúde volte mais a atenção em planejamentos, cursos para nós do NASF, pois exigem muito de nós como profissional, mas não nos oferecem esse suporte; “ah, mas você vai trabalhar com adolescentes, com a questão do suicídio”. É muito difícil trabalhar com suicídio, às vezes, não tenho formação para isso, se viesse uma capacitação do Ministério da

Saúde seria ótimo, ia fazer muita diferença. PN6 (Nutricionista) - E assim, quando a gente procura um curso na nossa área específico para o adolescente, não tem. Acho que é o público mais difícil que tem pra lidar e é o que menos oferece a qualificação. PN2 (Educadora física) – Até pesquisas acadêmicas você vai procurar, não tem (GF NASF).

A própria gestão não recebe nenhum curso, capacitação ou treinamento voltado pra saúde do adolescente. Tudo que a gente faz é por iniciativa nossa, do município, da atenção básica, da Secretaria de Saúde, não é nada que o estado passou, por exemplo: triagem neonatal é algo institucionalizado, que o estado manda e tal, tem as capacitações. Saúde do adolescente, não existe isso, então a gestão tem essa dificuldade (Ent. G3 - Enfermeira).

Os relatos reforçam a constatação de desencontro coletivo na produção da saúde do adolescente. De forma preocupante, os gestores, na função de apoiador institucional e organizador dos serviços, e os profissionais do NASF, na função de apoio matricial, não se sentem preparados para dar suporte pedagógico aos profissionais da ABS no que tange à saúde do adolescente. Por sua vez, as ações realizadas aparentam um caráter de motivação individual de alguns profissionais, sem suporte institucional e sem uma rede de apoio.

Nessa perspectiva, outros estudos, também, apontam que os ACS sentem-se despreparados para desenvolvimento de ações junto ao adolescente por carência na formação em serviço (BRASIL; AMORIM; QUEIROZ, 2013). Essas autoras afirmam ainda que, apesar do ACS desenvolver um trabalho complexo, sobretudo, pela dimensão educativa e a vigilância no território, a sua formação profissional, geralmente, tem-se caracterizado pela superficialidade e descontinuidade.

Como motivo para não abordagem do cuidado ao adolescente nas ações de educação permanente, os gestores pontuaram a deficiência formativa dos profissionais, que os fazem priorizar os temas relacionados aos programas já institucionalizados, ficando o adolescente despercebido nessas atividades educativas. Ademais, relatam também a rotatividade dos profissionais como um desafio para implementação das ações de educação permanente em saúde que impede a continuidade e o avanço das temáticas, pois a modificação do quadro de funcionários impõe a repetição de temas tratados em momentos anteriores. As narrativas abaixo corroboram essa constatação:

A educação permanente decaiu muito. Hoje em dia, a gente faz através de parcerias, busca profissionais adequados para abordar determinado tema e vamos variando os temas, mas nenhum tema voltado para saúde do adolescente, infelizmente. [...] há sempre uma alta rotatividade, aí quando você pensa “agora falei de todos os temas básicos”, aí tem muitas mudanças e a gente volta de novo para aqueles temas corriqueiros. [...] A não abordagem do adolescente na educação permanente é pelo fato de passar despercebido pela gestão (Ent. G1 - Enfermeira).

Acolhimento pedagógico era fantástico. Começava a equipe formando ela, para um atendimento integral, hoje não tem mais isso, esse treinamento. E todo ano, toda mudança de gestão, mudam as peças, então você perde esse vínculo, esse conhecimento, o quadro de funcionários é muito rotativo, mudam as peças e as peças novas que entram (Ent. G4 – Cirurgião-dentista).

A dificuldade no desenvolvimento e consolidação da educação permanente em saúde em decorrência da não fixação de profissionais, também, foi apontada em estudo realizado em São Carlos – SP (PERES; SILVA; BARBA, 2016). Ademais, apesar da descontinuidade das ações de educação permanente devido à precarização dos vínculos empregatícios e consequente rotatividade dos profissionais, entendemos que, ao qualificar o profissional para o trabalho em saúde, a educação permanente contribui para a valorização do trabalhador de forma a favorecer sua permanência no serviço.

Por sua vez, conforme gestores e profissionais de saúde, está sendo feito um levantamento de temas junto às equipes de saúde para que as atividades de educação em serviço sejam congruentes às demandas dos trabalhadores de saúde:

Agora mesmo, estamos fazendo uma pesquisa, porque existe diversas capacitações, uma das capacitações que vejo que ainda está carente é o conhecimento de rede, os profissionais da área da assistência não conhecem a gestão e a gestão, por sua vez, às vezes, não conhece o dia a dia de um PSF ou de um atendimento. Então, estamos fazendo o momento dessa troca de experiência e vendo qual é a necessidade, reunimos com eles “ah, tá precisando de capacitação,” mas capacitação em qual área? Pra quem? Qual público? (Ent. G5 - Administrador).

Eles estão começando. Inclusive, pediram pra cada profissional entregar até semana que vem uma sugestão de treinamento que gostaria de ter, até pedi sobre abordagem sindrômica, por conta das queixas de saúde sexual, que são muitas aqui, o que não deixa o adolescente de fora, mas assim, sobre adolescentes mesmo, não me lembro (Ent. P10 - Enfermeira).

Os fragmentos de discursos acima denotam que apesar do cuidado ao adolescente não está elencado entre as temáticas para as ações educativas, o método utilizado para definir tais temas aproxima-se dos preceitos que regem a Educação Permanente em Saúde (EPS), uma vez que tenta articular a construção das propostas com as necessidades dos sujeitos. Nesse contexto, para que as ações educacionais tomem como objeto a necessidade dos serviços, é preciso que os profissionais e gestores, mergulhados no cotidiano e complexidade de seus problemas, façam a leitura da realidade utilizando-se de aportes teóricos ou lentes que ampliem o olhar crítico, para que, assim, as ações educativas sejam profícuas e possam efetivamente impactar na ressignificação e reestruturação do processo de trabalho (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

Para que as atividades de educação permanente em saúde tenham esse impacto positivo no processo de trabalho, é necessário que todos os profissionais da equipe estejam engajados não só na discussão dos contextos para a definição das demandas educacionais relacionadas aos problemas reais do cotidiano dos serviços de saúde, mas também participem dessas atividades.

Nesse sentido, foi relatada a dificuldade em relação à resistência de alguns profissionais e de algumas categorias, como a dos médicos, de participarem das atividades de educação em serviço promovidas pela gestão:

No departamento de atenção básica, sempre fazemos treinamentos com os profissionais, diversos temas, em todas as áreas. Chegamos numa reunião, os profissionais pedem capacitação, que querem melhorar, aprender mais. Às vezes, faz uma capacitação e sempre aquelas mesmas pessoas faltam, você ver são pessoas que não querem interagir, não querem crescer junto com a equipe, temos essa dificuldade principalmente na área médica, que é uma peça importantíssima dentro da equipe de saúde, mas o médico ainda tem muita resistência (Ent. G7 – Cirurgião-dentista).

Essa resistência da categoria médica em participar de propostas pedagógicas multidisciplinares também é apontada em outros estudos (CARDOSO et al.; 2017; CRUZ et al., 2012). A participação pouco expressiva dos médicos em relação aos demais profissionais está, provavelmente, relacionada à alta rotatividade desse profissional, ao fato de muitos possuírem dois ou mais vínculos empregatícios, o que diminui seu tempo de permanência na unidade de saúde (CRUZ et al., 2012) e pela natureza dos processos de capacitação/educação permanente ofertados, pois, geralmente, não envolvem às habilidades clínicas (SANTOS, 2013). Outro motivo para não participação dos médicos, diz respeito às relações de poder, sendo necessária uma valorização de forma mais igualitária de todos os trabalhadores e de suas percepções de saúde, cuidado e gestão (CARDOSO et al.; 2017). Por sua vez, a adesão dos profissionais implica em reordenação da prática, até mesmo potencializando a aderência dos adolescentes ao serviço (SANTOS et al., 2012).

Diante da carência das atividades presenciais de educação em serviço, as ferramentas tecnológicas, a exemplo do Telessaúde, foram citadas pelos entrevistados (profissionais e gestores) como importantes facilitadores do acesso a esse tipo de formação:

Hoje temos muita EAD, como o portal do Telessaúde que vem trazendo vários temas, com palestras. O governo tem investido muito nisso. Acredito que nós como trabalhadores deveríamos programar uma forma de assistir esses cursos, dentro do nosso espaço de trabalho, separar na nossa agenda um momento, pra isso também. Mas isso é mais uma deficiência da organização do processo de trabalho, do que de uma política pública. Porque, aqueles cursos estão ali, temos oito computadores

dentro da unidade, com acesso à internet. Não temos um *datashow*, multimídia, que facilitaria passar para todos os profissionais (Ent. P2 – Cirurgiã-dentista).

Curso, capacitação, assim essas coisas mais sistemáticas acho que não tem; tem a questão do Telessaúde, os cursos da UNASUS, mas aí é uma coisa que você tem que buscar, tem que ir atrás (Ent. P5 - Enfermeira).

Infelizmente, o treinamento que temos recebido é pouco. Hoje, temos mais oportunidade porque tem aquele que é *on-line*, se for o caso a gente pode acessar o que é de interesse, pra podermos fazer, mas da atenção básica mesmo, pra estar promovendo, são poucos os que desenvolveu (Ent. P14 - ACS).

Em relação à educação permanente, a gente faz o que der para a gente fazer, estava até um pouquinho parada [as atividades de educação em serviço], mas voltamos agora. E na verdade também, os profissionais têm o Telessaúde nas unidades (Ent. G2 - Enfermeira).

A partir das falas, percebemos que as tecnologias de informação configuram-se em instrumentos valiosos no aprimoramento e atualização dos trabalhadores de saúde. Nesse sentido, o Programa Nacional Telessaúde Brasil (PNT) tem sido utilizado na ABS como meio para educação permanente na ABS (GUIMARÃES et al., 2015). Além das capacitações, o profissional que participa das atividades do Telessaúde tem a possibilidade de construir o seu próprio conhecimento, por meio da troca de experiências com profissionais de outras regiões, que vivenciam uma realidade diferenciada na execução de uma mesma atividade (CRUZ et al., 2012; ALMINO et al., 2014). Esse contato com outras realidades favorece a ampliação dos olhares na qualificação da assistência e concretização de mudanças no processo de trabalho. Ademais, temas referentes à saúde do adolescente têm sido abordados nas videoconferências (GUIMARÃES et al., 2015; CRUZ et al., 2012; ALMINO et al., 2014) favorecendo assim a formação dos profissionais da ABS no que tange o cuidado a esse público.

Nada obstante, conforme pontuado pelos interlocutores deste estudo, a utilização deste recurso de educação à distância pelo profissional de saúde depende de sua iniciativa pessoal, de recursos como computador e internet, bem como de uma melhor organização do processo de trabalho que viabilize um espaço na agenda para participação nesses cursos. Tais aspectos são obstáculos que precisam ser vencidos para que se alcance o objetivo desejado nas atividades de educação à distância (GODOY; GUIMARÃES; ASSIS, 2014). As autoras, ainda, acrescentam como problemas enfrentados nesse processo: a dificuldade no manuseio do equipamento tecnológico pelo profissional; a ameaça sentida pelo profissional ao expor sua dúvida; e a baixa qualidade de conectividade dos serviços de internet disponibilizados nos municípios.

Independente da utilização ou não dos aparatos informacionais, a educação permanente em saúde tem como elemento central a transformação das práticas profissionais e a própria organização do trabalho, a partir da introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, implicação, autogestão, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com fórmulas ou modelos instituídos) e experimentação (CECCIM, 2005). Do mesmo modo, ao colocar o trabalho em saúde em pauta de análise, permeabilizando-se nas relações concretas que operam realidades a educação permanente em saúde possibilita a construção de espaços coletivos férteis para a reflexão e avaliação de sentidos dos atos produzidos cotidianamente (SANTOS; PINTO, 2017; PARO; PINHEIRO, 2017).

Nesse sentido, muitas vezes, os profissionais capturados pelo modo como se produz e reproduz o agir em saúde não param para refletir sobre o cuidado prestado ao adolescente em sua prática cotidiana, perpetuando inadequações mecanicamente, como pode ser observado na fala abaixo:

Acho que a gente também acomoda um pouco. Eu peguei uma caminhada no PSF, não quis mudar o ritmo do PSF, então assim... Desde antes, não vi programa voltado para o adolescente (Ent. P13 - Enfermeira).

Por conseguinte, a educação permanente em saúde torna-se um terreno fértil para ruptura dessa alienação de um cuidado negligenciado ao adolescente, a partir de uma aprendizagem significativa e produtora de sentidos, que faz o sujeito interrogar o que está posto, criando assim a possibilidade de transformação do cuidado produzido em seu processo de trabalho.

Por essa ótica, os saberes formais devem viabilizar a autoanálise e autogestão dos coletivos, pois são os atores do cotidiano, agenciados e agenciadores, que devem protagonizar a mudança de realidade almejada pelas práticas educativas (CECCIM; 2005). Para isso, ainda segundo esse autor, é necessário sermos produção de subjetividade, abrindo fronteiras todo o tempo, desterritorializando grades de comportamento ou de gestão do processo de trabalho. Ou seja, abandonarmos os sujeitos que vimos sendo, confortáveis nas cenas clássicas e duras da clínica mecanicista, para sermos atores ativos das cenas de formação e trabalho.

Em síntese, reafirmamos assim, o entendimento de que a formação em saúde intervém no mundo, no imaginário coletivo e na forma de existir nesse mundo, imprimindo toda a responsabilidade que professores e profissionais da saúde devem ter diante dos graduandos em formação (PARO et al., 2017). Deste modo, o diálogo entre instituições de ensino, serviços de saúde e comunidade devem ser estabelecidos continuamente pelos atores que

interagem nesse meandro para que as fragilidades no processo de formação e no cuidado prestado possam ser identificadas e superadas a partir de uma reflexão conjunta dos sujeitos que os protagonizam.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu analisar o cuidado ao adolescente no âmbito da ABS, sob os múltiplos olhares dos atores que o protagonizam na perspectiva da organização e da micropolítica do trabalho, ou seja, os adolescentes, os gestores e os profissionais de saúde.

A partir dos resultados evidenciados, concluímos que o acesso dos adolescentes aos serviços da ABS ocorre majoritariamente de maneira indiferenciada em meio a demanda da unidade de saúde. Esse acesso é permeado por barreiras (geográficas, organizacionais, técnica, simbólicas, de gênero) que acabam por afastar o adolescente deste espaço.

No que se refere às barreiras simbólicas destacam-se as representações construídas pelo adolescente em relação à UBS, pois como esta prioriza ações destinadas a outros grupos populacionais (mulher no ciclo reprodutivo, criança e idoso) e/ou agravos específicos, parece que ao procurarem a assistência à saúde, estão buscando algo que, a priori, não lhes é destinados. Desse modo, é preciso repensar a organização do processo de trabalho das equipes de forma a ampliar a perspectiva de inclusão dos adolescentes a partir das necessidades evidenciadas por esses sujeitos, uma vez que, quando esta é restrita às demandas da unidade os adolescentes acabam ficando à margem do atendimento, implicando em desprestígio dos serviços de saúde e, conseqüente, desestímulo à busca programada e regular.

Para compreender as necessidades de saúde desses sujeitos, a dimensão relacional é imprescindível. Neste sentido, o acolhimento e o vínculo se mostraram comprometidos pelo despreparo do profissional em lidar com esse público, sendo a forma como são tratados no serviço da ABS utilizada pelo adolescente como critério para avaliação da qualidade do atendimento. Contudo, apesar do vínculo se caracterizar como uma tecnologia leve, as tecnologias leve-duras, ou seja, os saberes estruturados, também são levados em consideração pelos adolescentes no vínculo que estabelecem com o profissional de saúde e, conseqüente, na adesão aos serviços da ABS.

Em relação ao despreparo do profissional no cuidado a esse público, os gestores e profissionais consideram incipiente a formação acadêmica em saúde do adolescente, sendo abordada em disciplinas pontuais conjugadas à saúde da criança, com maior ênfase no tópico infantil e sem ampliação acerca das singularidades do cuidado na adolescência.

Por conseguinte, ao utilizarem a UBS como campo de estágio, como as ações de atenção à saúde ao adolescente são praticamente inexistentes nos serviços da ABS, o graduando não tem a oportunidade de uma vivência significativa na formação acadêmica, comprometendo a competência clínica e relacional necessária para um cuidado qualificado a

esse público. Assim, uma formação inadequada dos profissionais de saúde em relação à atenção à saúde do adolescente tem se reproduzido no cotidiano nos serviços de ABS, essencialmente por ausência de estímulo e/ou não saberem fazer.

Para suprir a carência da formação dos profissionais em saúde do adolescente, a educação em serviço constitui-se num dispositivo imprescindível para que os conhecimentos construídos a partir dessas atividades venham não só contornar tais lacunas do processo formativo, mas, também, a partir das reflexões críticas dos envolvidos, favorecer a transformação das práticas em serviço. Contudo, os resultados evidenciam que essas atividades de educação permanente em serviço apresentaram-se insuficientes, pois nem sempre são implementadas e quando acontecem, comumente, não abarcam o cuidado com os adolescentes.

Urge assim, um maior investimento na formação/capacitação dos profissionais de saúde no que tange o cuidado ao adolescente como caminho para (re)inventar, criticar e aperfeiçoar a prática nos serviços da ABS, favorecendo a adesão dos adolescentes às ações propostas. Ademais, ressaltamos, também, a importância de melhorar as condições de trabalho do profissional de saúde favorecendo a sua motivação em empregar esforços para um bom desempenho no serviço, inclusive nas ações de cuidado ao público adolescente, já que estas envolvem muitos desafios.

Além dos desafios já mencionados, outros entraves imputados ao cuidado com o adolescente nos serviços da ABS evidenciados neste estudo foram: a não sistematização das ações; a pouca adesão dos adolescentes aos serviços; as representações construídas pelos profissionais de saúde que circunscrevem a adolescência a aspectos de risco e problema, subjugando as potencialidades dessa fase da vida; o cuidado centrado no modelo biomédico, que não prioriza públicos “saudáveis” como os adolescentes; a concentração de esforços dos profissionais no que é dito produtivo; e o não conhecimento dos profissionais de saúde acerca dos aspectos legais que os respaldam no atendimento do adolescente, prejudicando a autonomia e o direito concernente à consulta individual desses usuários.

Assim, as práticas de cuidado ao adolescente nos serviços de saúde apresentam lacunas que precisam ser vencidas, pois comprometem a garantia do direito de uma atenção integral às pessoas nessa fase do ciclo vital. Esse cuidado integral ao adolescente parece até uma utopia diante de tantos desafios, contudo, ressaltamos que a utopia não se resume em um sonho inalcançável, podendo ser considerada uma condição para se aproximar do que é tido como ideal.

Em meio a tantos desafios, o ACS surge como uma potencialidade no cuidado a esse público, facilitando o acesso e o vínculo do adolescente aos serviços de saúde, pois a participação no dia-a-dia da comunidade, oportunizada pelas visitas domiciliares, possibilita ao ACS uma compreensão do contexto no qual o adolescente se insere e o conhecimento de suas reais necessidades. Contudo, a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017a) publicada em setembro de 2017 compromete tal potencialidade, pois como não determina a quantidade de ACS por EqSF, deixando essa definição a critério local, a tendência é optar pelo mínimo de ACS possível.

Assim, os resultados apresentados nesta pesquisa não esgotam as discursões referentes à temática, mas possibilitam uma ampliação do debate para que se suscitem novas reflexões acerca das práticas de cuidado ao adolescente na ABS.

Nesse sentido, durante a produção dos dados, regozijamos com os discursos de alguns profissionais de saúde, como os apresentados a seguir:

Esta entrevista me deu um estalo, me fez atentar para alguns pontos que passam despercebidos no cuidado ao adolescente e que merecem maior atenção (Ent P2 – Cirurgiã dentista).

Fui muito bacana [o grupo focal], porque chamou atenção até pra gente olhar melhor para o adolescente, até para levarmos estas questões para os PSF's com relação aos adolescentes. Eu gostei demais mesmo, que a gente nem pensa, trabalhamos com tantas demandas que preenchem o tempo da gente e a gente não volta o olhar específico para o adolescente (PN1 GFNASF - Nutricionista).

Por esse prisma, antes mesmo de sua publicação, a pesquisa já começou a dar frutos, pois estimulou alguns trabalhadores participantes do estudo a (re)pensarem sobre o cuidado ao adolescente, público tão invisibilizado dentro dos serviços da ABS.

Ademais, percorrer o caminho em busca de compreender o objeto desse estudo possibilitou um crescimento pessoal e profissional, pois levou a uma autorreflexão sobre nosso papel enquanto docente e da responsabilidade que é participar da formação de futuros profissionais de saúde que cuidarão não só do adolescente, mas de tantos outros usuários dos serviços de saúde que podem ser negligenciados quando há falhas nesse processo formativo.

Ainda considerando o percurso desta pesquisa, acreditamos inicialmente que o desafio de trazer os adolescentes aos serviços de saúde seria um entrave a ser enfrentado na realização dos grupos focais com os adolescentes, contudo, nos surpreendemos com a boa adesão dos adolescentes, bem como com a avaliação positiva deles sobre o momento como exemplificam o fragmento de fala abaixo:

A12- Acho que não precisa melhorar nada não [no grupo focal] foi bom, eu gostei.
A6- Como fazer uma crítica para ajudar [nos outros grupos focais] sendo que não tem, se já está bom! Só se for pra ter mais momentos como esse, para o adolescente poder se abrir e falar o que pensa (GF1 adolescentes – Zona urbana).

No que tange às limitações deste estudo, ressaltamos que a quantidade expressiva de dados produzidos configurou-se numa restrição para o aprofundamento em sua totalidade. Assim, nem todos os núcleos de sentidos dispostos nos quadros de análises puderam ser corteados, pois necessitaríamos de mais tempo para sua apreensão. Por sua vez, tal limite não comprometeu as análises realizadas, restando material para novas produções.

Apesar de termos tentado abarcar os diversos contextos ao selecionarmos os cenários desta pesquisa, outra limitação deste estudo que devemos ressaltar é a locorregionalização dos dados produzidos. Ainda assim, tais dados, de um modo geral, são convergentes com pesquisas realizadas em diferentes localidades do país, mostrando uma certa reprodutividade do cuidado à saúde ao adolescente em relação à conjuntura nacional.

Contudo, sabemos que as relações que permeiam o trabalho em saúde são dinâmicas e estão em constante movimento de construção a depender dos atores escalados para contracenar nesse palco, dos interesses envolvidos, das especificidades do objeto, do contexto social e histórico no qual os trabalhadores se encontram, etc. Diante de tais aspectos, ressaltamos a necessidade de outras pesquisas com outros olhares a respeito da temática abordada que possam corroborar ou refutar nossos resultados. Almejamos que essas pesquisas, junto a nossa, possam estimular a formulação de novas políticas públicas direcionadas aos adolescentes ou fortalecimento das já existentes, numa perspectiva de atenção integral, intersetorial e equânime.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Grayce Alencar et al. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 516-524, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun. 2018.
- ALMEIDA FILHO, Naomar Monteiro de. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1677-1682, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 mar. 2018.
- ALMINO, Maria Auxiliadora Ferreira Brito et al. Telemedicina: um instrumento de educação e promoção da saúde pediátrica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 397-402, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2018.
- ALVES, Maria Juscinaide Henrique et al. Fatores envolvidos na adesão de estudantes adolescentes à estratégia saúde da família. **Sanare**, Sobral, v. 15, n. 02, p.37-46, jun./dez. 2016. <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1036/582>>. Acesso em: 25 jun. 2018.
- AMARANTE, Andreia Gasparoto de Medeiros; SOARES, Cassia Baldini. Políticas públicas de saúde voltadas à adolescência e à juventude no Brasil. In: BORGES, Ana Luiza Vilela; FUGIMORI, Elizabeth (Orgs.). **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. Barueri, São Paulo: Manole, 2009. p. 4-60.
- AMSTALDEN, Ana Ferraz; QUAGLIA, Giovanna; HOFFMANN, Maria Cristina. Contribuições da Saúde Mental para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens Privados de Liberdade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a Lei: normas e reflexões**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 51-52.
- ANHAS, Danilo de Miranda; SILVA, Carlos Roberto de Castro. Sentidos atribuídos por adolescentes e jovens à saúde: desafios da Saúde da Família em uma comunidade vulnerável de Cubatão, São Paulo, Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 484-495, jun. 2017. Acesso em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000200484&lng=en&nrm=iso>. Disponível em: 21 mai. 2018.
- ARAÚJO, Rosália Teixeira de. **Demandas de saúde de adolescentes: construindo bases para o cuidado**. 2016. 179 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Salvador, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/18919/1/Tese_Enf_Ros%C3%A1lia%20Teixeira%20de%20Ara%C3%BAjo.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2018.

ARRAES, Camila de Oliveira et al. Masculinity, vulnerability and prevention of STD/HIV/AIDS among male adolescents: social representations in a land reform settlement. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1266-1273, dec. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000601266&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 fev. 2017.

ARRUDA, Carlos André Moura; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 321-332, jun. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200321&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2018.

ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 2, p. 333-338, abr. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200333&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2018.

ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. Desafios metodológicos da abordagem qualitativa: diversidade de cenários, participantes, estratégias e técnicas. In: SILVA, Raimunda Magalhães da et al. (Orgs.). **Estudos qualitativos: Enfoques Teóricos e Técnicas de Coleta de Informações**. Sobral: Edições UVA, 2018. 305 p.

ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. (Orgs.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010. 182 p.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 ago. 2018.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Coleção clássicos para integralidade em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS-Uerj/Abrasco, 2009.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 67-82, mar. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mai. 2018.

AZEVEDO, Maria Regina Domingues. Educação sexual: uma questão em aberto. In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo Vargas; LEAL, Marta Miranda. **Adolescência: prevenção e risco**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2014. p.111-125.

BACKES, Dirce Stein et al. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. spe, p. 71-78, 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 abr. 2017.

BADUY, Rossana Staevie. **Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento**. 2010. 191 f. Tese (Doutorado) - UFRJ, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Clínica Médica. Rio de Janeiro, 2010.

Disponível em: <http://site.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/wp-content/uploads/2012/07/Rossana_Tese.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2018.

BAGNATO, Maria Helena Salgado; MONTEIRO, Maria Inês. Perspectivas interdisciplinar e rizomática na formação dos profissionais da saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 247-258, set. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462006000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2018.

BAHIA. Resolução CIB Nº 275/2012. Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais. **Secretaria Estadual de Saúde**. Salvador, 15 de agosto de 2012. Disponível em:

<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/06/resolucao-ba.pdf>> Acesso em: 26 jun. 2017.

BAHIA - Portal do Departamento de Atenção Básica, 2018. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 02 fev. 2018.

BARATIERI, Tatiane; MANDU, Edir Nei Teixeira; MARCON, Sonia Silva. Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na estratégia saúde da família. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 18, n. 2, p. 11-22, ago. 2012. Disponível em:

<https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 04 mar. 2018.

BECHARA, Aline Maria Dantas et al. “Na brincadeira a gente foi aprendendo”: promoção de saúde sexual e reprodutiva com homens adolescentes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 25-33, mar. 2013. Disponível em:

<<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/19046>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-586, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 jan. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente**. Bases Programáticas. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Pro-Jovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis ns. 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário oficial da união**, Brasília, DF, 30 jun. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens** (proposta preliminar). Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007d.

BRASIL. Decreto-lei nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE) e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, 05 dez. 2007e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde - módulo básico**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde do adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Conselho Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 05 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 13. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a Lei: normas e reflexões**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Nota técnica Nº 04**, de 03 de abril de 2017. Dispõe sobre o direito de adolescentes serem atendidos nas UBS desacompanhados dos pais ou responsáveis e as ocasiões em que é necessária a presença de pais ou responsável. 2017c.

BRASIL, Eysler Gonçalves Maia; AMORIM, Delane Uchoa; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira. Atuação do agente comunitário de saúde no cuidado ao adolescente: propostas educativas. **Adolesc. Saúde**. Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p.28-35 2013. Disponível em: <<http://www.adolescenciaesaude.com/conteudo.asp?pag=1>> Acesso em: 30 mar. 2018.

BRÊTAS, José Roberto da Silva et al. Os rituais de passagem segundo adolescentes. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 404-411, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2017.

BRÊTAS, José Roberto da Silva; MUROYA, Renata de Lima; GOLLNER, Maila Beatriz. Mudanças corporais na adolescência. In: BORGES, Ana Luiza Vilela; FUGIMORI, Elizabeth

(Org.). **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. Barueri, SP: Manole, 2009. p. 82-115.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; CUNHA, Gustavo Tenório; FIGUEREDO, Mariana Dorsa. **Práxis e Formação Paidéia: Apoio e co-gestão em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, Kátia Ferreira Costa; SENA, Roseni Rosângela de; SILVA, Kênia Lara. Educação permanente nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 21, n.4, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0317.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2018.

CARDOSO, Maria Lúcia de Macedo et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, mai. 2017. Acesso em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501489&lng=en&nrm=iso>. Disponível em: 25 mai. 2018.

CARNUT, Leonardo. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401177&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2018.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 abr. 2018.

CERQUEIRA, Santos Elder; MELO, Othon Cardoso; KOLLER, Sílvia Helena. Adolescentes e Adolescências. In: HABIGZANG, Luíza Fernanda; SCHIRO, Eva Diniz B.; KOLLER, Sílvia Helena (Orgs.). **Trabalhando com Adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 17-29.

CHIMELI, Isabela Vilela et al. A abstração do risco e a concretude dos sujeitos: uma reflexão sobre os comportamentos de risco no contexto da adolescência. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 399-415, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000200399&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev. 2017.

COSTA, Milena Silva et al. Saberes e práticas sobre sexualidade de adolescentes em um município do Ceará. In: SILVA, Raimunda Magalhaes; CATRIB, Ana Maria Fontenelle. **Promoção de Saúde na Adolescência e concessões de cuidados**. Fortaleza: EdUECE, 2014. p. 188-207.

COSTA, Rachel Franklin da et al. Redes de apoio ao adolescente no contexto do cuidado à saúde: interface entre saúde, família e educação. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 741-747, out. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000500741&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2016.

COSTA, Rachel Franklin da; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; ZEITOUNE, Regina Célia Gollner. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 466-472, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 nov. 2016.

CRUZ, Elisabeth Lima Dias da et al. Caracterização dos seminários por webconferência sobre saúde do adolescente e jovem da rede de núcleos de telessaúde de Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 12, n. 1, p. 83-90, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2018.

CUNHA, Janice Machado da. Integrando a saúde na ação socioeducativa: um novo olhar para a saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a Lei: normas e reflexões**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 47-50.

DATASUS. **Portal da saúde**. Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabba.def>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa et al. Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 131-140, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.uacm.kirj.redalyc.redalyc.org/articulo.oa?id=324027966015>>. Acesso em: 18 mar. 2017

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Orgs). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Tradução: NETZ, Sandra Regina. 2ª ed. Porto Alegre, RS: Editora Artmed. 2010. 432 p.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza (organizadora). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 33. ed. Petrópolis - RJ: Vozes, 2013.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique et al. O programa saúde do adolescente na opinião de técnicos em enfermagem da estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, [S.l.], v. 18, n. 4, p. 709-714, dez. 2013. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/34926>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

FAGUNDES, Norma Carapiá; BURNHAM, Teresinha Fróes. Transdisciplinaridade, Multirreferencialidade e Currículo. **Revista da FAGED**, n. 05, p.39-55, 2001. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/1386/1/2013.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2018.

FAGUNDES, Norma Carapiá; BURNHAM, Teresinha Fróes. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. **Interface**

(**Botucatu**), Botucatu, v. 9, n. 16, p. 105-114, fev. 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2018.

FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta; THOMSON, Zuleika; MELCHIOR, Regina. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 387-400, jun. 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2018.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p.

FRANCO, Túlio Batista; ANDRADE, Cristina Setenta; FERREIRA, Vitória Solange Coelho. **A Produção Subjetiva do Cuidado: cartografias da estratégia saúde da família – São Paulo: HUCITEC**, 2009.

FRANCO, Túlio Batista. Produção do cuidado e produção pedagógica: Integração de cenários do SUS. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 183-198.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013b. p. 151-171.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013c. p. 138-148.

FONSECA, Franciele Fagundes et al. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 258-264, jun. 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822013000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 fev. 2017.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2016.

GATTI, Bernardete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro editora, 2005. 77p.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Elena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia; SCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Cebes/Fiocruz, 2012. p. 493-545.

GODOY, Solange Cervinho Bicalho; GUIMARAES, Eliane Marina Palhares; ASSIS, Driely Suzy Soares. Avaliação da capacitação dos enfermeiros em unidades básicas de saúde por meio da telenfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 148-155, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100148&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2018.

GOMES, Vera Lúcia de Oliveira et al. Atendimento na rede básica de saúde: estudo com mulheres adolescentes do município de Rio Grande/RS. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 434-8, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21n4/v21n4a03.pdf>> Acesso em: 12 jun. 2018.

GONÇALVES, Randys Caldeira; FALEIRO, José Henrique; MALAFAIA, Guilherme. Educação sexual no contexto familiar e escolar: impasses e desafios. **HOLOS**, [S.l.], v. 5, ano 29, p. 251-263, out. 2013. Disponível em: <<http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/784>>. Acesso em: 24 jun. 2017.

GUANAMBI. **Portal da Prefeitura Municipal de Guanambi**. Secretarias. Saúde. Disponível em: <http://guanambi.ba.gov.br/arquivos/Unidades_de_Saude_PSFs.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2017.

GUANAMBI. **Portal da Prefeitura Municipal de Guanambi**. Notícias. Disponível em: <http://www.guanambi.ba.gov.br/noticias/policlinica_regional_de_saude_e_inaugurada_em_guanambi-1239>. Acesso em: 12 jan. 2018.

GUIMARÃES, Eliane Maria Palhares et al. Teleconsultoria e videoconferência como estratégia de educação permanente para as equipes de saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, [S.l.], v. 20, n. 2, jun. 2015. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/39120>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: **Censo demográfico de 2010**. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12>>. Acesso em: 10 de mar. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: **Território e ambiente**. 2015. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/ba/guanambi/panorama>>. Acesso em: 10 de jul. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: **Cidades**. 2017. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=291170&search=%7Cguanambi>>. Acesso em: 30 de jul. 2017.

HIGARASHI, Ieda Harumi et al. Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 375-380, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a06.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2016.

HORTA, Natália de Cassia; MADEIRA, Anézia Moreira Faria; ARMOND, Lindalva Carvalho. Desafios na atenção à saúde do adolescente. In: BORGES, Ana Luiza Vilela;

FUGIMORI, Elizabeth (Org.). **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. Barueri, SP: Manole, 2009.

HORTA, Natália de Cássia; SENA, Roseni Rosângela de. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 475-495, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jan. 2017.

JAGER, Márcia Elisa et al. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 211-221, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2017.

KANNO, Natália de Paula; BELLODI, Patrícia Lacerda; TESS, Beatriz Helena. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 884-894, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2018.

KOIFMAN, Lilian; SAIPPA-OLIVEIRA, Gilson. Produção de conhecimento e saúde. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg, MATTOS, Ruben Araújo de. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005. p.111-150.

KOLLAR; Linda M. Promoção da saúde do adolescente e sua família. In: HOCKENBERRY, Malrlyn J.; WILSON, David; WINKELSTEIN, Marilyn L. **Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 1320 p.

LAGE, Angela Maria Drumond; MOURA, Luciana Ramos; HORTA, Natália de Cassia. Abordagem ao adolescente e ao jovem na atenção primária. In: SOUZA, Mariana Celly Martins Ribeiro de; HORTA, Natália de Cassia. **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 241- 258.

LEAL, Marta Miranda; SAITO, Maria Ignez. Síndrome da adolescência normal. In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo Vargas; LEAL, Marta Miranda. **Adolescência: prevenção e risco**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2014a. p.75-82.

LEAL, Marta Miranda; SILVA, Luiz Eduardo Vargas. Crescimento e desenvolvimento puberal. In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo Vargas; LEAL, Marta Miranda. **Adolescência: prevenção e risco**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2014. p.47-62.

LEMOS, Cristiane Lopes Simão. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300913&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2018.

LIMA, Elvira Caires de Lima; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Pró-saúde e PET-Saúde em Vitória da Conquista: avanços e desafios do modelo de formação. In: PRADO, Níli Maria de

Brito; MANFROI, Edi Cristina; LIMA, Elvira Caires. **O PET-Saúde no semiárido baiano: uma experiência transformadora no ensinar “fazendo saúde”**. Salvador: EDUFBA, 2017, p. 21-33.

LIMA, Livia Julienne da Silva. **A estratégia saúde da família e a educação sexual: um estudo em unidade de saúde da família**. 2014. 90f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) Universidade Federal de Rondônia, Núcleo de Saúde, Departamento de Medicina, Porto Velho, 2014. Disponível em: <http://www.ri.unir.br/jspui/bitstream/123456789/1346/1/L%C3%ADvia%20J.S.%20Lima_A%20equipe%20de%20sa%C3%BAde%20da%20fam%C3%ADlia.pdf>. Acesso em 02 ago. 2018.

LIMA, Sayonara Arruda Vieira et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 635-656, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200635&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 abr. 2018.

LÍRIO, Luciano de Carvalho. A construção histórica da adolescência. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA FACULDADE EST, 1., 2012, São Leopoldo. **Anais eletrônicos...** São Leopoldo, 2012, p.1675-1688. Disponível em: <http://anais.est.edu.br/index.php/congresso/article/view/14_2012> . Acesso em: 17 mar. 2017

LOPES, Adriana Santos et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100114&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2018.

LOPEZ, Silvia Brãna; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Quando uma proposição não se converte em política?: O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens - PNAISAJ. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1179-1186, abr. 2013a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2017.

LOPEZ, Silvia Brãna; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 743-752, mar. 2013b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 mai. 2017.

LOURENÇO, Benito. Vulner(h)abilidade: desafio do atendimento sob um olhar de resiliência. In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo Vargas; LEAL, Marta Miranda. **Adolescência: prevenção e risco**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2014 p.621-624.

MACEDO, Etiene Oliveira Silva de; CONCEIÇÃO, Maria Inês Gandolfo. Group actions to promote the adolescents health. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 222-230, 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

12822013000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 fev. 2017.

MARQUES, Juliana Freitas et al. Saúde e cuidado na percepção de estudantes adolescentes: contribuições para a prática de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 37-43, jan./mar. 2012. Disponível em:

<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648962005>>. Acesso em 01 mai. 2017.

MARQUES, Juliana Freitas. **Produção do cuidado ao adolescente na atenção básica:** subsídios para a prática clínica. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/juliana_marques.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2018.

MARQUES, Juliana Freitas; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 65-72, set. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 fev. 2017.

MASSON, Nadia et al. Acolhimento e vínculo: tecnologias relacionais na produção da saúde. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**. Vitória, v. 17, n. 2, p. 103-110, abr./jun. 2015. Disponível em:

<<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/13194>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discursão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 68-94.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para compreensão do processo de “financeirização do mercado na saúde”. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013a. p. 109-137.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NUNES, Bruno Pereira et al. Utilização dos serviços de saúde por adolescentes: estudo transversal de base populacional, Pelotas-RS, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 3, p. 411-420, set. 2015. Disponível em:

<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2016.

OLIVEIRA Gilson Saippa; KOIFMAN Lilian; NEVES; Vivian de Carvalho Reis. Cenários de aprendizagem, estratégias e motivações para formação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; ENGEL, Tatiana; ASENSI, Felipe Dutra (Orgs). **Vulnerabilidades e resistências na integralidade do cuidado:** pluralidades multicêntricas de ações, pensamentos e a (re)forma do conhecimento. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, ABRASCO, 2017. p. 327- 340.

OLIVEIRA, Régia Cristina; SILVA, Cristiane Aparecida Fernandes da. O adolescente em consulta: percepções biomédicas. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 964-976, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000300964&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 mai. 2018.

PARO, César Augusto et al. O pensar e o agir na formação em saúde: reflexões interdisciplinares sobre as contribuições de Paulo Freire e Hannah Arendt. In: PINHEIRO, Roseni; ENGEL, Tatiana; ASENSI, Felipe Dutra (Orgs). **Vulnerabilidades e resistências na integralidade do cuidado: pluralidades multicêntricas de ações, pensamentos e a (re)forma do conhecimento**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, ABRASCO, 2017. p. 297- 326.

PARO, César Augusto; PINHEIRO, Roseni. Cenários diversificados de aprendizagem na formação em Saúde Coletiva: reflexões a partir dos saberes e práticas da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; ENGEL, Tatiana; ASENSI, Felipe Dutra (Orgs). **Vulnerabilidades e resistências na integralidade do cuidado: pluralidades multicêntricas de ações, pensamentos e a (re)forma do conhecimento**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, ABRASCO, 2017. p. 278- 296.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. O cuidado com a qualidade de vida dos adolescentes: um movimento ético e estético de “koans e tricksters”. In: RAMOS, Flavia Regina Souza; MONTICELLI, Marisa; NITSCHKE, Rosane Gonçalves (Orgs.). **Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000. p.121-143.

PENSO, Maria Aparecida et al. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 542-553, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2016.

PEREIRA, Edson Oliveira et al. Unidades Básicas de Saúde em Teresina-PI e o acesso da população LGBT: o que pensam os médicos? **Tempus, Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 11, n. 1, p. 51-67, mar. 2017. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1812/1772>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

PEREIRA JÚNIOR, Nilton; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 895-908, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500895&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2018.

PEREIRA, Sofia Rebouças Neta; SILVA, Sylvio Bandeira de Mello e. Educação como expressão da centralidade em Guanambi-Bahia: o papel das instituições de ensino superior. **GeoTextos**, vol. 10, n. 2, p.31-57, dez. 2014. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/geotextos/article/view/10404>>. Acesso em 13 mai. 2017.

PERES, Cristiane; SILVA, Roseli Ferreira da; BARBA, Patrícia Carla de Souza Della. Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-801, dez. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000300783&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2018.

PESSALACIA, Juliana Dias Reis; MENEZES, Elen Soraia de; MASSUIA, Dinéia. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. **Revista Bioethikos**. v. 4, n. 4, p. 423-430, out./dez. 2010. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/80/Bioethikos_423-430_.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2017.

PINHEIRO, Aldrin de Sousa; SILVA, Lucia Rejane Gomes da; TOURINHO, Maria Berenice Alho da Costa. A estratégia saúde da família e a escola na educação sexual: uma perspectiva de intersectorialidade. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 803-822, dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000300803&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 mai. 2018.

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para enfeitar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg, MATTOS, Ruben Araújo de. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005. p.13-35.

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg, MATTOS, Ruben Araújo de. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p.110-114.

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira et al. Cuidado ao adolescente na atenção primária: discurso dos profissionais sobre o enfoque da integralidade. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. esp., p. 1036-44, dez. 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/es/lil-682480>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

RAPOSO, Clarissa. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? **Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 23, p.117-138, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/450/548>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

REATO, Lígia de Fátima Nóbrega. Meios de comunicação e saúde do adolescente. In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo Vargas; LEAL, Marta Miranda. **Adolescência: prevenção e risco**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2014. p. 309-316.

RIBEIRO, Cláudia Regina; GOMES, Romeu; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 41-60, jan. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000100041&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jun. 2018.

RIBEIRO, Cristina; ROSENDO, Inês. Saúde do adolescente em Medicina Geral e Familiar. **Ver. Port. Clin. Geral**, Lisboa, v. 27, n. 2, p. 184-186, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-71032011000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 abr. 2018.

ROCHA, Francisca Alanny Araújo et al. Programa de Saúde da Família: percepção de adolescentes de um município do Estado do Ceará. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 7-13, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=310>. Acesso em: 16 nov. 2016.

RODRIGUES, Ana Áurea Alécio de Oliveira. **Modelo para análise do fluxo de informação e da difusão do conhecimento na interação ensino-serviço: uma experiência a partir do PET-Saúde**. 2015. 261 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Educação, Salvador, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/19035/1/TESEANA%C3%81UREA18122015.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

SAITO, Maria Ignez. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e riscos. In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo Vargas; LEAL, Marta Miranda. **Adolescência: prevenção e risco**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2014a p. 39-44.

SAITO, Maria Ignez. Atenção integral à saúde do adolescente. In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo Vargas; LEAL, Marta Miranda. **Adolescência: prevenção e risco**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2014b. p. 223-228.

SAITO, Maria Ignez; QUEIROZ, Lígia Bruni. Medicina de adolescentes: visão histórica e perspectiva atual. In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo Vargas; LEAL, Marta Miranda. **Adolescência: prevenção e risco**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2014. p. 03-11.

SANTOS, Adriano Maia dos et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, jan. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jul. 2018.

SANTOS, Adriano Maia dos. et al. Linhas do cuidado e responsabilização no PSF de um município da região sudoeste da Bahia: um olhar analisador. In: ASSIS, Marluce Maria Araújo. et al. (Orgs.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010. p 59-82.

SANTOS, Adriano Maia dos et al. Mercado de trabalho e a formação dos estudantes de odontologia: o paradigma da mudança. **Rev. Saúde. Com.** v. 2, n. 2, p. 169-182, 2006. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/106/99>>. Acesso em: 17 jul. 2018. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13798/1/642.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

SANTOS, Adriano Maia dos et al. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2687-2702, out. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2018.

SANTOS, Adriano Maia dos et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 464-470, jun. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jul. 2018.

SANTOS, Adriano Maia dos. **Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia):** desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde. 2013. 332 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, Antonía Alizandra Gomes dos et al. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, mai. 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n5/a21v17n5.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

SANTOS, Carolina Carbonell dos; RESSEL, Lúcia Beatriz. O adolescente no serviço de saúde. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 53-55, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=355>. Acesso em: 17 nov. 2016.

SANTOS, Liliana; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Práticas de saúde e formação de profissionais: os desafios contemporâneos e as contribuições da obra de Ricardo Bruno. In: MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno (1946-1996). Organizadores: AYRES, José Ricardo de C. M.; SANTOS, Liliana. **Saúde, sociedade e história**. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 427-441.

SANTOS, Priscila Henrique Bueno. A invisibilidade da saúde do homem na atenção primária à saúde. In: I CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS, 2015. Londrina. **Anais eletrônicos...** Londrina, jun. 2015. p.1-12. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso/anais/Trabalhos/eixo5/oral/8_a_invisibilidade_da_saude....pdf>. Acesso em: 25 jun. 2017.

SCIVOLETTO, Sandra; CHAIM, Tiffany. Drogas e adolescência: aspectos epidemiológicos, usos e consequências. In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo Vargas; LEAL, Marta Miranda. **Adolescência: prevenção e risco**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2014. p. 547-565.

SCHAEFER, Rafaela et al. Políticas de Saúde de adolescentes e jovens no contexto luso-brasileiro: especificidades e aproximações. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2849-2858, set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000902849&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2018.

SCHOEN-FERREIRA, Teresa Helena; AZNAR-FARIAS, Maria; SILVARES, Edwiges Ferreira de Mattos. Adolescência através dos séculos. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 227-234, jun. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2017.

SENNA, Sylvia Regina Carmo Magalhães; DESSEN, Maria Auxiliadora. Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Brasília, Distrito Federal, vol. 16, n. 2, p. 217-229, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36242128008>>. Acesso em: 23 fev. 2017.

SILVA, João Luiz Pinto; SURITA, Fernanda Garanhane de Castro. Gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo Vargas; LEAL, Marta Miranda. **Adolescência: prevenção e risco**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2014. p. 477-486.

SILVA, Rubênia Paulo da. **Evidência e avaliação das estratégias de educação em saúde com adolescentes: uma revisão integrativa**. 2016. 24 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, 2016.

SILVA, Simone Santana da; ASSIS, Marluce Maria Araújo; SANTOS, Adriano Maia dos. Enfermeira como protagonista do gerenciamento do cuidado na Estratégia Saúde da Família: diferentes olhares analisadores. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n.3, e1090016, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300307&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2018.

SOUSA, Anderson Reis de et al. Homens nos serviços de Atenção Básica à Saúde: Repercussões da construção social das masculinidades. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 3, p. 1-10, jul./set. 2016. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16054/pdf_76> Acesso em: 28 mai. 2018.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

TAQUETTE, Stella R. Conduta ética no atendimento à saúde de adolescentes. **Adolescência & Saúde**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 6-11, jan. 2010. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=174>. Acesso em: 10 jul. 2017.

TEIXEIRA, Elizabeth et al. Representações sociais de adolescentes sobre saúde-doença e interesses de participação em grupos educativos. **Revista de Enfermagem da UFSM**, vol. 4, n. 1, p. 197-205, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/9166>>. Acesso em: 01 jan. 2016.

TELES, Nair; FREITAS, Rafael. Políticas públicas e juventude no Brasil. In BRASIL. Ministério da Saúde/ Fundação Oswaldo Cruz. **Um olhar sobre o jovem no Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. p. 189-209.

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul. 2018.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1. ed. 19 reimp. São Paulo: Atlas, 2010.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Adolescência: Uma fase de oportunidades**. ISBN: 978-92-806-4555-2. New York, USA: UNICEF, 2011a, 148 p.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. **O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades**. Brasília, DF: UNICEF, 2011b, 182 p.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. **ECA. Estatuto da criança e do adolescente: Avanços e desafios para a infância e adolescência no Brasil**. Brasília: UNICEF do Brasil, 2015.

VASCONCELOS, Rafaela Noronha de Carvalho; RUIZ, Erasmo Miessa. Formação de Médicos para o SUS: a Integração Ensino e Saúde da Família – Revisão Integrativa. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 630-638, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000400630&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2018.

VICENTIN, Maria Cristina G; ASSIS, Daniel Adolpho Daltin. O direito de crianças e adolescentes ao cuidado em saúde mental: tensões entre proteção e tutela no caso do uso de drogas. **Diké Revista do Mestrado em Direito da UFS**, Aracajú, v. 4, n. 1, p. 21-50, jun. 2015. Disponível em: <<https://seer.ufs.br/index.php/dike/article/view/3749>>. Acesso em: 22 out. 2018.

VICENTIN, Maria Cristina G. Promoção da Saúde Mental no contexto de privação da liberdade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a Lei: normas e reflexões**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 53-56.

VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; GUBERT, Fabiane do Amaral. Promoção de saúde do adolescente e concepções do cuidado. In: SILVA, Raimunda Magalhaes; CATRIB, Ana Maria Fontenelle. **Promoção de Saúde na Adolescência e concessões de cuidados**. Fortaleza: EdUECE, 2014. p. 18-34.

VIEIRA NETTO, Moysés Francisco; DESLANDES, Suely Ferreira. As Estratégias da Saúde da Família no enfrentamento das violências envolvendo adolescentes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1583-1596, mai. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501583&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2018.

VIEIRA, Roberta Peixoto et al. Assistência à saúde e demanda dos serviços na estratégia saúde da família: a visão dos adolescentes. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 16, n. 4, p. 714 – 720, dez. 2011. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/25443>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

VIEIRA, Roberta Peixoto et al. Participação de adolescentes na Estratégia Saúde da Família a partir da Estrutura Teórico-Metodológica de uma Participação Habilitadora. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 309-316, abr. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000200309&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2017.

VITALLE, Maria Sylvia de Souza; ALMEIDA, Regina Guise de; SILVA, Flávia Calanca da. Capacitação na atenção à saúde do adolescente: experiência de ensino. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 459-468, set. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jan. 2017.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Violência Letal Contra as Crianças e Adolescentes do Brasil**. Relatório de pesquisa – Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO), Brasil, 2015. 148 f.

WHO - World Health Organization. **Health for the World's Adolescents: a second chance in the second decade**. Switzerland: World Health Organization, 2014.

WHO - World Health Organization. **Adolescent health**. Disponível em: http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/. Acesso em: 30 Jan. 2017.

ZEFERINOI, Maria Terezinha et al. Concepções de cuidado na visão de doutorandas de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 345-350, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a08.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2017.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA



APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Gestores e profissionais de saúde - enfermeiro, médico, cirurgião dentista, ACS)

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “Saúde do adolescente na Atenção Básica à Saúde”, que tem como objetivo analisar a produção do cuidado ao adolescente no âmbito da Atenção Básica à Saúde em Guanambi-BA. A presente pesquisa está sendo desenvolvida por mim, Emanuella Soares Fraga Fernandes, sob a orientação do professor Dr. Adriano Maia dos Santos.

Concordando em participar, sua colaboração nesta pesquisa trará benefícios para a saúde coletiva e para a atenção à saúde do adolescente, pois possibilitará uma compreensão acerca de aspectos importantes a serem melhorados no planejamento e nas ações de cuidado junto a este público, no âmbito da Atenção Básica à Saúde.

Sua participação consistirá em fornecer uma entrevista individual, que será gravada e posteriormente transcrita, podendo ter acesso, retirar ou acrescentar quaisquer informações que serão transcritas. A entrevista será feita em seu ambiente de trabalho, em sala reservada, e mediante agendamento prévio. Garantimos que sua identidade não será revelada em nenhum momento deste estudo, sendo os registros da sua participação mantidos no mais absoluto sigilo, e somente os pesquisadores responsáveis terão acesso a essas informações. Além disso, os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente, para fins científicos. Ressaltamos que sua participação é voluntária e livre de qualquer forma de pagamento.

Será respeitado durante todo o processo de realização e divulgação da pesquisa a sua integridade física, psíquica, intelectual, social, moral, cultural e espiritual, sendo você assistido (a), adequadamente, em caso de dano imediato ou tardio decorrente desta pesquisa. Sendo assim, caso alguma pergunta da entrevista lhe causar constrangimento ou incômodo, poderá ficar à vontade para não responder, podendo desistir do estudo quando quiser, sem qualquer prejuízo e/ou penalidades. Caso isso aconteça, a entrevista será interrompida e a pesquisadora enfermeira oferecerá todo o apoio, fazendo todos os encaminhamentos necessários.

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo de consentimento onde consta o telefone e o endereço do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, telefonando para os telefones abaixo.

Adriano Maia dos Santos
Pesquisador (orientador)

Emanuella Soares Fraga Fernandes
Pesquisadora

Adriano Maia dos Santos:

(77) 98872-0067

E-mail: maiaufba@ufba.br

Emanuella Soares Fraga Fernandes

(77)991059430

E-mail: manusff@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa - IMS - UFBA

Universidade Federal da Bahia

Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira

Rua Rio de Contas, 58. Quadra 17. Lote 58. Bairro - Candeias

Vitória da Conquista - BA. CEP - 45.055-090

Contato: (77) 3429-2709 (Tele-fax)

Entendi os propósitos deste estudo, os benefícios, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos e concordo em participar desta pesquisa de livre e espontânea vontade. Minhas falas poderão ser gravadas.

Sujeito da pesquisa

Nome:

Cargo: Data:



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA



APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF)

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “Saúde do adolescente na Atenção Básica à Saúde”, que tem como objetivo analisar a produção do cuidado ao adolescente no âmbito da Atenção Básica à Saúde em Guanambi-BA. A presente pesquisa está sendo desenvolvida por mim, Emanuella Soares Fraga Fernandes, sob a orientação do professor Dr. Adriano Maia dos Santos.

Concordando em participar, sua colaboração nesta pesquisa trará benefícios para a saúde coletiva e para a atenção à saúde do adolescente, pois possibilitará uma compreensão acerca de aspectos importantes a serem melhorados no planejamento e nas ações de cuidado junto a este público, no âmbito da Atenção Básica à Saúde.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de um grupo focal, uma reunião em grupo com os profissionais de sua equipe do NASF, para conversamos sobre o tema desse estudo. A seção de grupo focal será gravada, ocorrerá em seu ambiente de trabalho, em sala reservada, mediante agendamento prévio. Garantimos que sua identidade não será revelada em nenhum momento deste estudo, sendo os registros da sua participação mantidos no mais absoluto sigilo, e somente os pesquisadores responsáveis terão acesso a essas informações. Além disso, os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente, para fins científicos. Ressaltamos que sua participação é voluntária e livre de qualquer forma de pagamento.

Será respeitado durante todo o processo de realização e divulgação da pesquisa a sua integridade física, psíquica, intelectual, social, moral, cultural e espiritual, sendo você assistido (a), adequadamente, em caso de dano imediato ou tardio decorrente desta pesquisa. Sendo assim, caso alguma pergunta do grupo focal lhe causar constrangimento ou incômodo, poderá ficar à vontade para não responder, podendo desistir do estudo quando quiser, sem qualquer prejuízo e/ou penalidades. Caso isso aconteça, a seção de grupo focal será interrompida e a pesquisadora enfermeira oferecerá todo o apoio, fazendo todos os encaminhamentos necessários.

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo de consentimento onde consta o telefone e o endereço do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, telefonando para os telefones abaixo.

Adriano Maia dos Santos
Pesquisador (orientador)

Emanuella Soares Fraga Fernandes
Pesquisadora

Adriano Maia dos Santos:

(77) 98872-0067

E-mail: maiaufba@ufba.br

Emanuella Soares Fraga Fernandes

(77)991059430

E-mail: manusff@yahoo.com.br

**Comitê de Ética em Pesquisa - IMS - UFBA
Universidade Federal da Bahia**

Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira
Rua Rio de Contas, 58. Quadra 17. Lote 58. Bairro - Candeias
Vitória da Conquista - BA. CEP - 45.055-090
Contato: (77) 3429-2709 (Tele-fax)

Entendi os propósitos deste estudo, os benefícios, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos e concordo em participar desta pesquisa de livre e espontânea vontade. Minhas falas poderão ser gravadas.

Sujeito da pesquisa

Nome:

Cargo: Data:



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA



APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Pais ou responsáveis pelo adolescente menor de 18 anos)

Meu nome é Emanuella Soares Fraga Fernandes, estou desenvolvendo uma pesquisa que tem como título “Saúde do adolescente na Atenção Básica à Saúde”, sendo orientada pelo professor Dr. Adriano Maia dos Santos. Viemos, por meio deste termo, solicitar o seu consentimento para que seu/sua filho(a) participe desta pesquisa, que tem como objetivo analisar a produção do cuidado ao adolescente no âmbito da Atenção Básica à Saúde em Guanambi-BA.

A participação do(a) seu/sua filho(a) na pesquisa é muito importante, porém você tem o direito de decidir se deseja ou não que ele(a) participe. A colaboração dele(a) nesta pesquisa contribuirá para a compreensão sobre o que pode ser melhorado nos serviços da Atenção Básica à Saúde junto aos adolescentes, podendo inspirar novas práticas de cuidado mais adequadas.

Caso aceite, seu/sua filho(a) irá participar de um grupo focal, uma reunião com de 6 a 12 adolescentes, onde conversaremos sobre o cuidado que os adolescentes recebem na Unidade de Saúde da Família (posto). Essa conversa será gravada e ocorrerá em um lugar reservado, sem interrupções de pessoas estranhas.

As informações que seu/sua filho(a) der serão usadas apenas para pesquisa, e os resultados serão divulgados através de artigos publicados em revistas e eventos científicos. O nome e os dados pessoais do(a) seu/sua filho(a) não serão revelados em nenhum momento da realização e divulgação do estudo.

A participação do(a) seu/sua filho(a) na pesquisa não lhe trará riscos físicos, mas algum desconforto poderá ser gerado, e, caso isso aconteça, as perguntas/conversa serão interrompidas, e a pesquisadora/enfermeira oferecerá a ele(a) todo o apoio, fazendo todos os encaminhamentos necessários. Ressaltamos que seu/sua filho(a) receberá o cuidado adequado em caso de qualquer dano imediato ou tardio decorrente desta pesquisa. Caso ele(a) se sinta ofendido ou incomodado por causa desta pesquisa, poderá ficar à vontade para não responder todas ou algumas das perguntas, podendo desistir em qualquer momento do estudo ou anular esta autorização, sem qualquer prejuízo.

O(a) senhor(a) e seu/sua filho(a) não irão receber ou gastar nenhum dinheiro com a pesquisa. No momento em que houver necessidade de esclarecimento de dúvidas ou não quiser mais que seu/sua filho(a) participe da pesquisa, entre em contato com os pesquisadores por, telefone, e-mail ou endereço descritos abaixo. Caso aceite que seu/sua filho (a) participe do estudo, será necessário que escreva seu nome, ou que marque seu dedo polegar, em dois documentos iguais a esse. Um documento ficará com o(a) Sr./Sr.^a e o outro com os pesquisadores.

Adriano Maia dos Santos
Pesquisador (orientador)

Emanuella Soares Fraga Fernandes
Pesquisadora

Adriano Maia dos Santos:

(77) 98872-0067

E-mail: maiaufba@ufba.br

Emanuella Soares Fraga Fernandes

(77)991059430

E-mail: manusff@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa - IMS - UFBA

Universidade Federal da Bahia

Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira

Rua Rio de Contas, 58. Quadra 17. Lote 58. Bairro - Candeias

Vitória da Conquista - BA. CEP - 45.055-090

Contato: (77) 3429-2709 (Tele-fax)

Eu, _____, responsável pelo (a) adolescente _____, entendi o propósito, riscos e benefícios da pesquisa que tem como título “Saúde do adolescente na Atenção Básica à Saúde”, e concordo de livre e espontânea vontade, que meu/minha filho(a) participe deste estudo, podendo suas falas serem gravadas.

Assinatura do(a) responsável pelo(a) adolescente



Data: ___/___/___

Polegar direito



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA



APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Adolescentes com idade igual ou maior que 18 anos)

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “Saúde do adolescente na Atenção Básica à Saúde”, que tem como objetivo analisar a produção do cuidado ao adolescente no âmbito da Atenção Básica à Saúde em Guanambi-BA. Esta pesquisa está sendo feita por mim, Emanuella Soares Fraga Fernandes, sob a orientação do professor Dr. Adriano Maia dos Santos.

A sua participação na pesquisa é muito importante, porém tem o direito de decidir se deseja ou não participar. Sua colaboração nesta pesquisa contribuirá para a compreensão sobre o que pode ser melhorado nos serviços da Atenção Básica à Saúde junto aos adolescentes, podendo inspirar novas práticas de cuidado mais adequadas.

Caso aceite, você irá participar de um grupo focal, uma reunião com 6 a 12 adolescentes, onde conversaremos sobre o cuidado que vocês (adolescentes) recebem na Unidade de Saúde da Família (posto). Essa conversa será gravada e ocorrerá em um lugar reservado, sem interrupções de pessoas estranhas.

As informações que você der serão usadas apenas para pesquisa, e os resultados serão divulgados através de artigos publicados em revistas e eventos científicos. O seu nome e seus dados pessoais não serão revelados em nenhum momento da realização e divulgação do estudo. Saiba que respeitaremos como você é, o que você pensa, o que você diz, o que você acredita e o que você sabe.

Sua participação na pesquisa não lhe trará riscos físicos, mas algum desconforto poderá ser gerado, e, caso isso aconteça, as perguntas/conversas serão interrompidas, e a pesquisadora/enfermeira oferecerá a você todo o apoio, fazendo todos os encaminhamentos necessários. Ressaltamos que você receberá o cuidado adequado em caso de qualquer dano imediato ou tardio decorrente desta pesquisa. Caso você se sentir ofendido ou incomodado por causa desta pesquisa, você poderá ficar à vontade para não responder todas ou algumas das perguntas, podendo desistir em qualquer momento do estudo ou anular esta autorização, sem qualquer prejuízo.

Você não irá receber ou gastar nenhum dinheiro com a pesquisa. No momento em que houver necessidade de esclarecimento de dúvidas ou não quiser participar da pesquisa, entre em contato com os pesquisadores por, telefone, e-mail ou endereço descritos abaixo. Caso possa participar do estudo, será necessário que escreva seu nome, ou que marque seu dedo polegar, em dois documentos iguais a esse. Um documento ficará com você e o outro com os pesquisadores.

Adriano Maia dos Santos
Pesquisador (orientador)

Emanuella Soares Fraga Fernandes
Pesquisadora

Adriano Maia dos Santos:

(77) 98872-0067

E-mail: maiaufba@ufba.br

Emanuella Soares Fraga Fernandes

(77)991059430

E-mail: manusff@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa - IMS - UFBA
Universidade Federal da Bahia

Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira

Rua Rio de Contas, 58. Quadra 17. Lote 58. Bairro - Candeias

Vitória da Conquista - BA. CEP - 45.055-090

Contato: (77) 3429-2709 (Tele-fax)

Eu, _____, entendi o propósito, riscos e benefícios da pesquisa que tem como título “Saúde do adolescente na Atenção Básica à Saúde”, e concordo de livre e espontânea vontade, em participar deste estudo. Minhas falas poderão, com minha autorização, ser gravadas.

Assinatura do Adolescente participante da pesquisa

Data: ___/___/____



Polegar direito



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA



APÊNDICE E - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Adolescentes com menos de 18 anos)

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “Saúde do adolescente na Atenção Básica à Saúde”, que tem como objetivo analisar a produção do cuidado ao adolescente no âmbito da Atenção Básica à Saúde em Guanambi-BA. Esta pesquisa está sendo feita por mim, Emanuella Soares Fraga Fernandes, sob a orientação do professor Dr. Adriano Maia dos Santos.

Sua colaboração nesta pesquisa contribuirá para a compreensão sobre o que pode ser melhorado nos serviços da Atenção Básica à Saúde junto aos adolescentes, podendo inspirar novas práticas de cuidado mais adequadas.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. A sua participação na pesquisa é muito importante, porém, você não precisa participar se não quiser, é um direito seu e você não terá nenhum problema se não aceitar ou desistir.

Caso aceite, você irá participar de um grupo focal, uma reunião com 6 a 12 adolescentes, onde conversaremos sobre o cuidado que vocês (adolescentes) recebem na Unidade de Saúde da Família (posto). Essa conversa será gravada e ocorrerá em um lugar reservado, sem interrupções de pessoas estranhas.

As informações que você der serão usadas para escrever um trabalho para universidade e os resultados desta pesquisa vão ser mostrados para pessoas que trabalham ou se interessam pela saúde das comunidades em reuniões, palestras, revistas, livros e outros meios seguros e sérios. O seu nome e seus dados pessoais não serão revelados em nenhum momento do estudo. Saiba que respeitaremos como você é, o que você pensa, o que você diz, o que você acredita e o que você sabe.

Sua participação na pesquisa não lhe trará riscos físicos, mas algum desconforto poderá ser gerado, e, caso isso aconteça, as perguntas/conversas serão interrompidas, e a pesquisadora/enfermeira oferecerá a você todo o apoio, fazendo todos os encaminhamentos necessários. Ressaltamos que você receberá o cuidado adequado em caso de qualquer dano imediato ou tardio decorrente desta pesquisa. Caso você se sentir ofendido ou incomodado por causa desta pesquisa, você poderá ficar à vontade para não responder todas ou algumas das perguntas, podendo desistir em qualquer momento do estudo ou anular esta autorização, sem qualquer prejuízo. O responsável por você também poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

Você e o seu responsável não irão receber ou gastar nenhum dinheiro com a pesquisa. Quando houver necessidade de esclarecimento de dúvidas ou não quiser participar da pesquisa, entre em contato com os pesquisadores por, telefone, e-mail ou endereço descritos abaixo. Caso possa participar do estudo, será necessário que escreva seu nome, ou que marque seu dedo polegar, em dois documentos iguais a esse. Um documento ficará com você e o outro com os pesquisadores.

Adriano Maia dos Santos
Pesquisador (orientador)

Emanuella Soares Fraga Fernandes
Pesquisadora

Adriano Maia dos Santos:

(77) 98872-0067

E-mail: maiaufba@ufba.br

Emanuella Soares Fraga Fernandes

(77) 991059430

E-mail: manusff@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa - IMS - UFBA

Universidade Federal da Bahia

Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira

Rua Rio de Contas, 58. Quadra 17. Lote 58. Bairro - Candeias

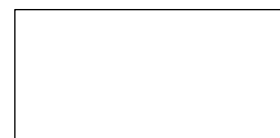
Vitória da Conquista - BA. CEP - 45.055-090

Contato: (77) 3429-2709 (Tele-fax)

Eu, _____, entendi o propósito, riscos e benefícios da pesquisa que tem como título “Saúde do adolescente na Atenção Básica à Saúde”, e concordo de livre e espontânea vontade, em participar deste estudo. Minhas falas poderão, com minha autorização, ser gravadas.

Assinatura do Adolescente participante da pesquisa

Data: ___/___/____



Polegar direito

APÊNDICE F - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Grupo I (gestores)

SAÚDE DO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Data da entrevista: ___/___/_____

Duração da entrevista: _____

Dados de Identificação

- Código do entrevistado:
- Idade:
- Sexo:
- Formação profissional:
- Tempo de formação:
- Qualificação profissional:
- Nome do cargo:
- Tempo no cargo:

Roteiro temático

- 1- Fale sobre a atenção à saúde do adolescente no âmbito da atenção básica. Como ela se organiza? Como acredita que deveria acontecer?
- 2- Fale o acesso, o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e a resolutividade no cuidado ao adolescente produzido no âmbito da Atenção Básica à Saúde ABS.
- 3- Quais as ações direcionadas aos adolescentes são realizadas nas unidades básicas de saúde?
- 4- Fale sobre os desafios e potencialidades que você identifica na atenção à saúde do adolescente no âmbito da atenção básica.
- 5- Fale das estratégias que poderiam ser utilizadas para superação de tais desafios?
- 6- Fale sobre sua percepção acerca das políticas e os programas de saúde direcionados aos adolescentes.
- 7- Como essas políticas e programas são propostos, operacionalizados e avaliados no município?
- 8- Gostaria de fazer algum outro comentário referente a atenção à saúde do adolescente?

APÊNDICE G - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA
Grupo II (profissionais de saúde) - enfermeiro, médico, cirurgião dentista

SAÚDE DO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Data da entrevista: ___/___/_____

Duração da entrevista: _____

Dados de Identificação

- Código do entrevistado:
- Idade:
- Sexo:
- Unidade de Saúde:
- Formação profissional:
- Tempo de formação:
- Qualificação profissional:
- Tempo de trabalho em PSF:
- Tempo em que atua nesta equipe:

Roteiro temático

- 1- Fale sobre o cuidado ao adolescente no âmbito da Atenção Básica à Saúde (ABS).
Como ele acontece? Como você acredita que deveria acontecer?
- 2- Fale sobre os desafios e potencialidades que você identifica na realização destes cuidados.
- 3- Fale das estratégias poderiam ser utilizadas dentro da sua governabilidade para superação de tais desafios?
- 4- Quais as ações de cuidado ao adolescente que identifica e/ou realiza na unidade básica de saúde que você trabalha?
- 5- Fale o acesso, o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e a resolutividade no cuidado ao adolescente produzido no âmbito da ABS.
- 6- Fale sobre sua percepção acerca das políticas e os programas de saúde direcionados aos adolescentes.
- 7- Quais as dificuldades percebidas por você na implementação de tais políticas?
- 8- Como você descreve sua formação (graduação, educação permanente/ continuada) para atuar junto ao público adolescente?
- 9- Gostaria de fazer algum outro comentário referente a atenção à saúde do adolescente?

APÊNDICE H - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – GRUPO II

Grupo II (profissionais de saúde) - Agente Comunitário de Saúde (ACS)

SAÚDE DO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Data da entrevista: ___/___/_____

Duração da entrevista: _____

Dados de Identificação

- Código do entrevistado:
- Idade:
- Sexo:
- Unidade de Saúde:
- Tempo de trabalho em PSF:
- Tempo em que atua nesta equipe:
- Escolaridade:
- Se possuir nível superior, especificar formação e qualificação:

Roteiro temático

- 1- Fale sobre o cuidado ao adolescente no âmbito da Atenção Básica à Saúde (ABS). Como ele acontece? Como você acredita que deveria acontecer?
- 2- Quais as ações de cuidado ao adolescente que identifica e/ou realiza na Unidade Básica de Saúde (UBS) que você trabalha?
- 3- Quais os temas/assuntos que são abordados com os adolescentes nas visitas domiciliares e nas atividades coletivas de educação em saúde com esse grupo?
- 4- Fale sobre as dificuldades e facilidades que você identifica no cuidado a saúde do adolescente.
- 5- Fale das estratégias poderiam ser utilizadas para superação de tais dificuldades?
- 6- Fale sobre o acesso do adolescente ao serviço de saúde.
- 7- Como o adolescente é acolhido ao procurar o serviço de saúde?
- 8- Como se dá o vínculo entre o adolescente e os profissionais da UBS que você trabalha?
- 9- Como são atendidas as necessidades de saúde dos adolescentes (tanto as individuais, quanto coletivas) nos serviços da ABS e demais pontos da rede?
- 10- Você conhece alguma política ou programa de saúde direcionado aos adolescentes? Fale sobre como os percebe.
- 11- Como você descreve sua formação (cursos, treinamentos, capacitações) para atuar junto ao público adolescente?
- 12- Gostaria de fazer algum outro comentário referente a atenção à saúde do adolescente?

APÊNDICE I - INSTRUMENTO PARA GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS DO
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

SAÚDE DO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Data do grupo focal: ___/___/_____

Início do grupo focal: _____

Término do grupo focal: _____

Quadro para caracterização dos participantes

Código do entrevistado	Idade	Formação	Tempo no NASF

Eixos temáticos disparadores para discussão do grupo focal:

- 1- Ações de cuidado direcionadas aos adolescentes que são desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica à Saúde.
- 2- Acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolutividade no cuidado ao adolescente produzido no âmbito da ABS.
- 3- Desafios e potencialidades na atenção a saúde do adolescente no âmbito da ABS.
- 4- Políticas e os programas de saúde direcionados aos adolescentes.
- 5- Formação profissional (graduação, educação permanente/ continuada) para atuar junto ao público adolescente.
- 6- Sugestões para melhoria no atendimento ao adolescente pela Estratégia de Saúde da família (equipe de saúde da família e do NASF).
- 7- Considerações adicionais sobre o cuidado ao adolescente no âmbito da Atenção Básica.

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Eu, André Luís Moitinho Fagundes, ocupante do cargo de Secretário Municipal de Saúde de Guanambi-BA, AUTORIZO a coleta de dados do projeto "SAÚDE DO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE" dos pesquisadores Adriano Maia dos Santos e Emanuella Soares Fraga Fernandes após a aprovação do referido projeto pelo CEP-SERES HUMANOS - IMS/CAT - UFBA.

Estou ciente de que haverá parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente. Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa (conforme CARTA Nº 0212 CONEP/CNS), e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

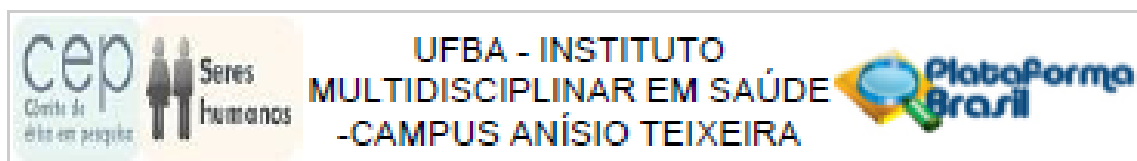
Vitória da Conquista, 17 de agosto de 2017.

ASSINATURA:

CARIMBO:

André Luis Moitinho Fagundes
Secretário Municipal de Saúde
Decreto nº. 02 de 02/01/2017

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE DO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Pesquisador: Adriano Mala dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 74037317.5.0000.5556

Instituição Proponente: Instituto Multidisciplinar em Saúde-Campus Anísio Teixeira

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.250.531

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, a qual visa analisar a produção do cuidado ao adolescente no âmbito da Atenção Básica à Saúde em Guanambi-BA. O estudo será realizado em uma parte da rede de serviços da Atenção Básica à Saúde (ABS) de Guanambi-BA, incluindo a Diretoria da Atenção Básica e Unidades de Saúde da Família (USF), podendo também, se necessário, envolver locais que agregam adolescentes dentro de suas áreas de abrangências. A pesquisa envolverá três grupos de participantes: os gestores, os profissionais de saúde da ABS e os adolescentes. A coleta de dados será feita através de entrevista individual semiestruturada e sessões de grupo focal. Na análise e interpretação dos dados será empregado a análise de conteúdo temática de Minayo. Defendem os pesquisadores que serão respeitados, na íntegra, os aspectos éticos dispostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que normatiza pesquisas que envolvem seres humanos no Brasil. Almeja-se que esse estudo possa colaborar com o fortalecimento das ações para o cuidado integral à saúde do adolescente, refletindo assim na melhoria de vida e saúde desse seguimento populacional. Espera-se ainda que os saberes construídos a partir deste estudo possam subsidiar atividades de ensino, pesquisa e extensão, beneficiando o processo formativo de alunos dos cursos de saúde.

Endereço: RIO DE CONTAS, 58 Qd. 17, Lote 58

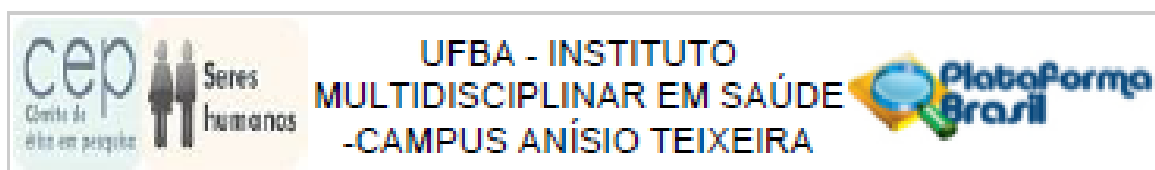
Bairro: CANDEIAS

CEP: 45.029-004

UF: BA Município: VITÓRIA DA CONQUISTA

Telefone: (77)3429-2720

E-mail: cepims@ufba.br



Continuação do Parecer: 2.250.531

Objetivo da Pesquisa:

Geral: analisar a produção do cuidado ao adolescente no âmbito da Atenção Básica à Saúde em Guanambi-BA.

Específicos: (1) discutir as práticas dos profissionais da ABS de Guanambi - BA sobre atenção à saúde do adolescente; (2) compreender os significados da atenção à saúde do adolescente atribuído pelos gestores, profissionais da Atenção Básica à Saúde e pelos adolescentes usuários do serviço; (3) Identificar a formação em saúde do adolescente (graduação, educação permanente/ continuada) dos profissionais da Atenção Básica à Saúde participantes deste estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não prevê riscos físicos, mas os participantes poderão sentir algum desconforto ao relatar as informações durante os encontros de grupo focal/ou entrevista. Nestes casos, a participação será interrompida e a pesquisadora/enfermeira oferecerá todo o apoio, fazendo todos os encaminhamentos necessários. Será ofertado o cuidado adequado em caso de qualquer dano imediato ou tardio decorrente desta pesquisa.

Se esperam benefícios para a saúde coletiva e para a atenção à saúde do adolescente, pois possibilitará uma compreensão acerca de aspectos importantes a serem melhorados no planejamento e nas ações de cuidado junto a este público, no âmbito da Atenção Básica à Saúde, podendo inspirar novas práticas de cuidado mais adequadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta de pesquisa se encontra bem redigida e embasada na literatura pertinente. Os objetivos são claros e a metodologia proposta é adequada para o alcance dos mesmos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os termos obrigatórios em conformidade com a resolução 466/2012. Como a pesquisa trabalha com adolescentes, os participantes menores de 18 anos assinarão um termo de assentimento e seus responsáveis, um TCLE.

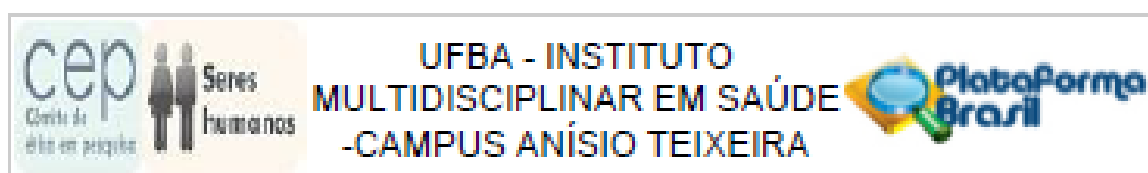
Recomendações:

Na metodologia, sugere-se a troca do termo seção por sessão, o qual traduz melhor o intervalo de tempo do grupo focal.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se a aprovação do presente projeto de pesquisa.

Endereço: RIO DE CONTAS, 58 Qtd. 17, Lote 58
 Bairro: CANDEIAS CEP: 45.029-004
 UF: BA Município: VITÓRIA DA CONQUISTA
 Telefone: (77)3429-2720 E-mail: cepims@ufba.br



Continuação do Parecer 2.250.531

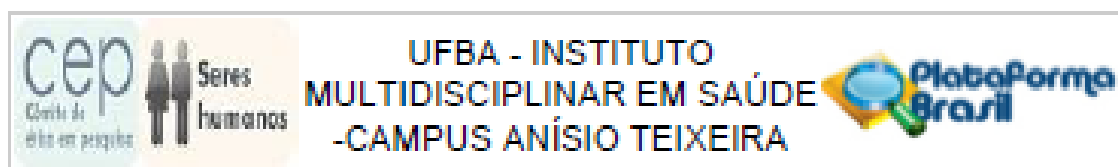
Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer do relator foi apreciado na 59ª reunião ordinária do dia 31 de agosto de 2017 sendo aprovado por unanimidade de votos. Conforme a Resolução nº 466/12 (Item X, Tópico X.1, Ponto 3b), é necessário submeter, na Plataforma Brasil, relatórios semestrais referentes à execução deste projeto. Para este fim verifique o endereço eletrônico: <http://www.lms.ufba.br/cep/sereshumanos/?pagina=relatorios>. Caso haja relatórios pendentes, este Comitê se reserva a não apreciar novas submissões do pesquisador responsável até que estes sejam submetidos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_978534.pdf	21/08/2017 14:10:57		Aceito
Outros	curriculo_lattes_adriano_mala.pdf	21/08/2017 13:09:25	Emanuella Soares Fraga Fernandes	Aceito
Outros	curriculo_lattes_emanuella.pdf	21/08/2017 13:06:47	Emanuella Soares Fraga Fernandes	Aceito
Outros	APENDICE_I.pdf	21/08/2017 11:58:52	Emanuella Soares Fraga Fernandes	Aceito
Outros	APENDICE_H.pdf	21/08/2017 11:57:47	Emanuella Soares Fraga Fernandes	Aceito
Outros	APENDICE_G.pdf	21/08/2017 11:56:18	Emanuella Soares Fraga Fernandes	Aceito
Outros	APENDICE_F.pdf	21/08/2017 11:54:47	Emanuella Soares Fraga Fernandes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	21/08/2017 11:52:01	Emanuella Soares Fraga Fernandes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_E.pdf	21/08/2017 11:40:09	Emanuella Soares Fraga Fernandes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_D.pdf	21/08/2017 11:38:58	Emanuella Soares Fraga Fernandes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_C.pdf	21/08/2017 11:28:51	Emanuella Soares Fraga Fernandes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	APENDICE_B.pdf	21/08/2017 11:28:22	Emanuella Soares Fraga Fernandes	Aceito

Endereço: RIO DE CONTAS, 58 Qd. 17, Lote 58
 Bairro: CANDEIAS CEP: 45.020-004
 UF: BA Município: VITÓRIA DA CONQUISTA
 Telefone: (77)3429-2720 E-mail: cepims@ufba.br



Continuação do Parecer: 2.250.531

Justificativa de Ausência	APENDICE_B.pdf	21/08/2017 11:28:22	Emanuella Soares Fraga Fernandes	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_A.pdf	21/08/2017 11:27:57	Emanuella Soares Fraga Fernandes	Aceito
Outros	folha_local.pdf	18/08/2017 20:53:14	Emanuella Soares Fraga Fernandes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	dec_pesquisadores.pdf	18/08/2017 20:50:11	Emanuella Soares Fraga Fernandes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	18/08/2017 20:46:34	Emanuella Soares Fraga Fernandes	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	18/08/2017 20:30:19	Emanuella Soares Fraga Fernandes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA DA CONQUISTA, 31 de Agosto de 2017

Assinado por:
Luciano Pereira Rosa
(Coordenador)

Endereço: RIO DE CONTAS, 58 Qd. 17, Lote 58
 Bairro: CANDEIAS CEP: 45.020-004
 UF: BA Município: VITÓRIA DA CONQUISTA
 Telefone: (77)3429-2720 E-mail: cepims@ufba.br