UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM SAÚDE

RACHEL FRANKLIN DA COSTA

PROCESSO DE CUIDAR DO ADOLESCENTE EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

FORTALEZA-CEARÁ

2011

RACHEL FRANKLIN DA COSTA

PROCESSO DE CUIDAR DO ADOLESCENTE EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará – UECE como requisito parcial para obtenção de grau de mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa:

Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora:

Profa. Dra. Maria Veraci Oliveira Queiroz

FORTALEZA-CEARÁ

2011

C837p Costa, Rachel Franklin da
Processo de cuidar do adolescente em unidades básicas de saúde / Rachel Franklin da Costa. – Fortaleza, 2011.
92p.
Orientadora: Profª. Dr. Maria Veraci Oliveira Queiroz.
Dissertação (Mestrado acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.
1. Enfermagem. 2.Adolescente. 3.Atenção primária I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

CDD: 610.73

RACHEL FRANKLIN DA COSTA

PROCESSO DE CUIDAR DO ADOLESCENTE EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Dissertação apresentada como parte dos requisitos necessários a obtenção do título de mestre em enfermagem do curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

Dissertação apresentada em 18/01/2011

Profa. Dra. Maria Veraci Oliveira Queiroz (Orientadora)

Profa. Dra. Regina Célia Gollner Zeitoune (1ª Examinadora)

Profa. Dra.Maria Salete Bessa Jorge (2ª Examinadora)

Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro (Suplente)

A meus familiares e amigos

DEDICO

AGRADECIMENTOS

À Deus pela força, coragem e determinação durante o trabalho.

À equipe de profissionais das unidades básicas de saúde da Secretaria Executiva Regional IV em Fortaleza-CE pelo acolhimento, apoio e dedicação, possibilitando-me aproximar um pouco mais de suas vivências com os adolescentes.

À minha orientadora, Profª. Drª. Maria Veraci Oliveira Queiroz, pelo incentivo, sabedoria, acompanhamento e disponibilidade durante a realização deste estudo.

À tutora Profª. Drª. Regina Célia Gollner Zeitoune pelo acolhimento, dedicação, incentivo, apoio contínuo e as oportunidades de discussão do tema em estudo.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

Aos colegas e professores do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde (CMACCLIS) e Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública (CMASP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), pelas reflexões, convívio, amizade e aprendizado mútuo.

Às funcionárias Luciana e Selma (CMACCLIS) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), pelo suporte operacional e emocional desta jornada.

A acadêmica de Enfermagem Nájori Bárbara pelo auxílio durante as várias fases desta pesquisa.

A todos que, de alguma maneira, contribuíram para que esta dissertação se concretizasse.

A adolescência é a melhor fase onde descobrimos as coisas que existe de especiais nesse universo imenso e repleto de coisas interessantes e valorosas.

Pasion

RESUMO

O processo de cuidar do adolescente é visualizado pelas práticas cotidianas dos profissionais nos serviços de saúde e exigem conhecimentos e habilidades para uma perspectiva que promova acolhimento, vínculo e valorização do ser que é cuidado, o qual deve ser pautado no princípio da integralidade. Realizado levantamento nas principais bases de dados do campo da saúde, observou-se que são restritos os trabalhos sobre o processo de cuidar do enfermeiro aos adolescentes na atenção básica. Os objetivos foram: descrever a percepção do gestor e do enfermeiro sobre a construção da linha do cuidado ao adolescente na atenção básica; analisar as ações do enfermeiro na conformação da linha do cuidado ao adolescente; discutir o processo de cuidado aos adolescentes em unidades básicas de saúde com vistas às linhas do cuidado ao adolescente na perspectiva do enfermeiro e do gestor. Estudo de natureza qualitativa, baseado na análise categorial temática de Bardin, realizado em quatro Unidades Básicas de Saúde da Regional IV, conforme divisão da Secretaria de Saúde de Fortaleza-CE. Os participantes foram quatro gestores e catorze enfermeiros da rede básica de saúde por estarem envolvidos na organização dos serviços e no cuidado ao adolescente. Os dados foram obtidos por meio da entrevista semiestruturada. Da análise das entrevistas, emergiram as categorias: Organização da linha do cuidado ao adolescente pelo gestor e enfermeiro, na qual mostrou que ocorre o planejamento das ações em equipe de um modo geral, sem ênfase ao cuidado do adolescente, entretanto apesar das dificuldades, da ausência de planejamento e ações voltadas aos adolescentes, permitiram transparecer as tentativas de superar a deficiência de cuidados específicos voltados a esta faixa etária com o atendimento por meio de uma demanda livre; O processo de cuidar dos adolescentes na perspectiva gerencial e assistencial, em se percebeu que a estrutura física adequada é fator essencial para o atendimento ao adolescente, permitindo sigilo, privacidade e vínculo para um efetivo processo de cuidar a esta faixa etária; Ações no processo de cuidar aos adolescentes: aspectos facilitadores e impeditivos, os profissionais relataram a importância da equipe integrada como um facilitador do processo no direcionamento do cuidado ao adolescente e como aspecto impeditivo, a falta de recursos materiais específicos e essenciais à assistência; Processo de cuidar ao adolescente no cotidiano dos serviços de saúde – Os profissionais devem ser capacitados para atuarem diante das especificidades pertencentes aos adolescentes. Contudo, transpareceu a carência de cuidado direcionado a esta população; Integralidade do cuidado ao adolescente: entre o pensar e o fazer dos profissionais: houve preocupação da equipe com acolhimento, formação de vínculo e importância da orientação, para reflexão dos adolescentes sobre sua responsabilidade mediante as questões de saúde. Para que seja instituída a linha do cuidado ao adolescente em conformidade com o Sistema Único de Saúde, urge que enfermeiros e gestores atuem em equipe e de forma integrada na organização e no processo de cuidado deste grupo populacional. Isto fortalece a construção da linha do cuidado ao adolescente na atenção básica com a participação de cuidadores, de gestores e do próprio adolescente.

Palavras-chave: Enfermagem; Adolescente; Atenção primária.

ABSTRACT

The process of adolescent health care is viewed by the daily practices of professionals in health services and requires knowledge and skills for a look that promote acceptance, bond and appreciation of the cared one, which should be guided by the principle of comprehensiveness. A research in the major databases in the health field, indicate that the works are restricted on the process of nursing care for adolescents in primary care. The objectives were to describe the perception of the manager and the nurse on the construction of the line care to adolescents in primary care, examining the actions of the nurse in the conformation of the line care to adolescents, to discuss the process of caring for adolescents in primary aimed at health care lines from the perspective of the adolescent and the nurse manager. Qualitative study based on analysis of Bardin's thematic category, conducted in four Basic Health Units of the Regional Division IV as the Secretary of Health of Fortaleza (Ceará). The participants were four managers and fourteen nurses from primary health care net by being involved in the organization of services and care on adolescents. Data were collected through semi-structured interview. From the interviews, the categories emerged: Organization of the line on the adolescent care and the nurse manager - proved that, in general, the planning actions occurs as a team, without emphasis on the care of adolescents, however despite the difficulties, the lack of planning and actions aimed at teenagers, they let show the attempts to overcome the deficiency of specific care involving this age group with the service through a free demand; The process of adolescents health care at the management and assistance perspective - It can be seen that adequate physical structure is an essential factor for adolescent care, allowing confidentiality, privacy and bond for an effective process of care in this age group; Actions in the care for adolescents: the facilitating and impeding aspects – the professionals mentioned the importance of integrated team as a facilitator of the process in the direction of care to adolescents and as impending aspect, the lack of specific materials and resources essential to health; Care process in the daily lives of adolescent health services - Professionals should be trained to work on the specifics belonging to teenagers. However, it transpired the lack of care for this population; Completeness of care to the adolescent: between thinking and acting of the professionals - There was concern for the team about the hostage, bonding and the importance of orientation, for reflection of adolescents about their responsibility by health issues. To be established line of care to adolescents in accordance with the SUS, it is necessary that nurses and managers act as a team, in a integrated way of organization and in the process of care of this population group. This strengthens the construction of the line care to adolescents in primary care with the participation of helpers, managers and the adolescents themselves.

Descriptors: Nursing; Adolescent; Primary Health Care

SUMÁRIO

CAPÍTULOS

I-INTRODUÇÃO..... 10

1.1.Aproximação com o objeto de estudo..... 10

1.2. Construção do objeto de estudo..... 11

Objetivos..... 17

II-FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... 18

2.1. Políticas Públicas de Atenção à Saúde do Adolescente..... 18

2.2. Processo de cuidar ao adolescente – o prescrito em relação às ações do gestor e do enfermeiro..... 26

III-CAMINHO METODOLÓGICO..... 34

3.1. Natureza do estudo..... 34

3.2. Local da pesquisa..... 34

3.3. Participantes da pesquisa..... 36

3.4.Método, técnica de coleta, análise dos dados e discussão dos resultados..... 40

3.5. Aspectos éticos da pesquisa..... 43

IV ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... 44

4.1. Organização da linha do cuidado ao adolescente pelo gestor e enfermeiro..... 44

4.2 O processo de cuidar dos adolescentes na perspectiva gerencial e assistencial..... 50

4.3 Ações no processo de cuidar aos adolescentes: aspectos facilitadores e impeditivos 55

4.4 Processo de cuidar ao adolescente no cotidiano dos serviços de saúde..... 63

4.5 Integralidade do cuidado ao adolescente: entre o pensar e o fazer dos profissionais..... 72

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 83

REFERÊNCIAS..... 87

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 95

Apêndice B – Roteiro de Entrevista com Enfermeiros 96

Apêndice C – Roteiro de Entrevista com Gestores..... 97

ANEXO – Folha de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa..... 98

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação com o objeto de estudo

A opção de pesquisar sobre atenção à saúde do adolescente na atenção básica com uma perspectiva sobre o cuidado do enfermeiro e a organização dos serviços de saúde destinada ao adolescente pelos gestores foi influenciada por inquietações emergentes de experiências vivenciadas na formação acadêmica da autora.

O tema adolescência vem sendo pertinente para a autora desde a graduação em enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), em Fortaleza, no qual seu interesse motivou-lhe a ingressar no subgrupo de estudo vinculado ao Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem. Os assuntos discutidos no grupo e a aproximação com a pesquisa ampliaram seu interesse por esta temática.

Ainda no internato de enfermagem, experiência que integra a formação do enfermeiro na UECE, a autora a oportunidade de realizar estágios curriculares na atenção básica e nesta atividade percebeu a pouca demanda de adolescentes e ao mesmo tempo, ausência de oferta de serviços que contemplasse as necessidades dos adolescentes. Os cuidados a estes estão direcionados nas ações programáticas sem, contudo, estimulá-los a frequentar os serviços em circunstâncias diversas e, principalmente, em atividades que promovam a saúde.

Os enfermeiros da atenção básica desenvolvem ações com a comunidade adscrita, envolvendo diversos grupos populacionais, dentre estes o adolescente que tem características particulares e tem sido foco de atenção nas políticas públicas, essencialmente, na saúde e na educação. A Política Nacional de Atenção aos Adolescentes e Jovens, pois esta apresenta a necessidade de um cuidado focado na integralidade a esse grupo respaldando os anseios dos adolescentes. A referida política vem se definindo depois da Constituição de 1988 com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que segundo Oliveira e Milnitsky - Sapiro (2007) configura-se como uma Lei Federal (nº 8.069), a qual se caracterizou como desejo da sociedade brasileira de garantir direitos a crianças e adolescentes advindos de classes sociais menos favorecidas. Diante desta experiência inicial teórica e prática, foi se delineando a necessidade de estudar no

Mestrado o processo de cuidar dos adolescentes na atenção básica, discutindo a construção da linha do cuidado a partir deste nível de assistência.

1.2 Construção do Objeto de Estudo

A proteção integral da criança e do adolescente está postulado no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que os reconhece como sujeitos sociais, portadores de direitos e garantias próprias, independentes de seus pais e/ou familiares e do próprio Estado. Esta foi a grande mudança de paradigma que estabeleceu obrigações diferenciadas para o Estado, para as famílias e para a sociedade em geral, configurando a denominada Doutrina da Proteção Integral. O ECA foi resultante de uma luta ampla dos setores sociais organizados que buscaram criar um novo espaço político e jurídico para a criança e o adolescente brasileiros e constitui em uma legislação que visa ao desenvolvimento integral dos mesmos (BRASIL, 1990).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adolescência como um processo fundamentalmente biológico, no qual se acelera o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Abrange o adolescer em duas etapas: a pré-adolescência que constitui a faixa etária de 10 a 14 anos e a adolescência propriamente dita que vai dos 15 aos 19 anos (TAQUETTE; VILHENA; SILVA; VALE, 2005).

O presente documento que adota a convenção referida destaca os termos "população jovem" ou "pessoas jovens" para se referir ao conjunto de adolescentes e jovens, ou seja, abrangente a faixa compreendida entre 10 e 24 anos.

O estado de adolescência se prolonga de acordo com as projeções que os jovens recebem dos adultos e de acordo com a sociedade. Os adultos existem para ajudar um jovem a enfrentar as responsabilidades e não ser o que se denomina de "adolescente em atraso" (DOLTO, 2004).

Apesar da definição de que o adolescente é aquele que se encontra no período de transição entre infância e vida adulta, sabe-se que a adolescência não se define apenas cronologicamente, o Ministério da Saúde (2005a) considera que esta fase é marcada por um complexo processo de crescimento físico e desenvolvimento bio-psico-social, caracterizando-se por um período de grande crescimento e transformações, em que tudo é vivido intensamente. O crescimento físico traz consigo dúvidas, ansiedade e vontades, surgidas com as modificações do corpo, na qual desencadeia também a desestabilização da autoestima, que gera medo, angústia, conflito e vergonha. Nesta fase, há uma necessidade

de autoafirmação que gera comportamento impulsivo, rebeldia, crítica, arrogância e desafio à autoridade dos pais, tudo isto em consequência da incipiente informação sobre estas transformações.

Reafirmando este entendimento, buscou-se em Ferreira, Alvim, Teixeira e Veloso (2007) a compreensão de que a adolescência é uma categoria historicamente construída, que abrange a dimensão bio-psicológica, cronológica e social. Consideram que nesta fase múltiplas mudanças acontecem e, para exemplificar, citam o crescimento somático, o desenvolvimento das habilidades psicomotoras e as mudanças radicais na forma e expressão, decorrente da produção hormonal; as dúvidas e questões de várias ordens sobre como viver a vida, o modo de ser e estar com os outros, e a construção do futuro com a escolha profissional. Enfatiza, ainda, que estas transformações também resultam de processos inerentes aos contextos sociais (históricos, político e econômico), nos quais os sujeitos adolescentes estão imersos. No que tange ao aspecto psicológico, as autoras afirmam que são várias as transformações, principalmente, as relacionadas à labilidade do humor.

A despeito desta realidade, os adultos em geral, profissionais de saúde ou não, percebem estes adolescentes como sujeitos que não possuem autonomia frente aos seus direitos e desejos na esfera da saúde, embora sejam vistos como depositários das possibilidades de mudança de um melhor prognóstico para o mundo. A sociedade por conseguinte estabelece valores dicotômicos e ambíguos em relação a eles, esperando que sejam responsáveis por seus atos, entretanto parece não reconhecer a legitimidade dos seus direitos e as possibilidades decorrentes do exercício destes, principalmente quando se trata de assuntos que envolvem a sua saúde e o seu cuidado (OLIVEIRA; LYRA, 2008).

Esta carência de reconhecimento dos direitos à saúde dos adolescentes por parte dos serviços e profissionais pode ser um dos motivos que ocasiona a pouca demanda de adolescentes à procura de cuidados de saúde. Ferrari, Thomson e Melchior (2006) salientam que a ausência destes nos serviços de saúde está associada além da baixa procura a pouca oferta de ações voltadas para os adolescentes que buscam por estes serviços. Acredita-se que esta desarticulação entre as necessidades e a oferta dos serviços de saúde para o adolescente pode dificultar a equidade, a universalidade e a integralidade da atenção, preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

De um modo geral, existem lacunas nas práticas de cuidados destinadas aos adolescentes, de forma a não atenderem peculiaridades e complexidades de suas necessidades, havendo, pois, a urgência de espaços e suporte apropriados às suas

demandas, seja no campo da orientação, proteção ou recuperação da sua saúde. Para atender às demandas relacionadas às questões de saúde-doença, abarcando os distintos e integrados processos de desenvolvimento social, familiar, físico-pubertário, psico-emocional e intelectivo, há que se dimensionar adequadamente os contextos específicos traduzidos com a participação dos que a vivenciam (RAMOS et al., 2001).

Mediante a multiplicidade de aspectos que envolvem o cuidado ao adolescente, faz-se necessária análise e discussões sobre a prática no contexto da atenção básica, por ser este um campo que lida diretamente com a população, favorecendo ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde.

O cuidado direcionado aos adolescentes deve envolver aspectos emocionais, econômicos e culturais, cujo diálogo entre paciente e enfermeiros é primordial. Esta assistência proporciona bem-estar físico, mental e ambiental, permitindo também a prevenção de doenças. Desta forma, é possível perceber a importância do conhecimento da integralidade, por parte dos profissionais de saúde (PINHO; SIQUEIRA; PINHO, 2006).

A integralidade, segundo Silva e Sena (2008), confirma-se como princípio do SUS, que orienta políticas e ações programáticas que respondam às demandas e necessidades da população no acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens no processo saúde-doença e nas distintas dimensões, biológica, cultural e social do ser cuidado.

As ações embasadas pelas noções da integralidade da atenção propiciam a reorientação do planejamento de saúde para uma base populacional específica, como o adolescente, que poderá gerar a promoção da saúde com medidas gerais e a proteção com medidas específicas para a prevenção de agravos e para a realização do cuidado clínico (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2008).

O processo de cuidar é visualizado por meio das práticas cotidianas dos profissionais em um serviço de saúde. Este processo é considerado como ações e atividades que exigem conhecimentos estruturados, subjetividade e técnicas permeadas por um processo de comunicação efetiva, acolhimento, vínculo e pela valorização do outro ser que é cuidado.

O processo de cuidar na enfermagem é a principal característica da profissão. Waldow (2004) afirma que a enfermagem é cuidadora em sua essência e foi a primeira a profissionalizar o cuidado. Corroborando esta ideia Silva et al. (2005) afirmam que o principal foco da Enfermagem é o cuidado. E, nesta concepção, a compreensão do cuidado de si motivam as pessoas transcenderem dentro de um conhecimento holístico de “ser-no-

mundo-com-o-mundo", cuidando e se cuidando. Diante do cuidado de si, a Enfermagem atua incetivando as pessoas a prolongarem ou renovarem as formas de ser e sentir-se saudável (SILVA et al., 2005).

Ampliando essas concepções, Pinho, Siqueira e Pinho (2006) consideram que o cuidado da enfermagem deve ser ético, pressupondo habilidades técnicas, conhecimento, sensibilidade e experiências. Este cuidado deve ser guiado por ações que assiste, oferece suporte e facilita ou melhora a vida de quem é atendido em suas necessidades. Engloba a saúde em sua integralidade, nos seus aspectos psicobiológicos, espiritual, social e político.

Ações e intervenções no campo da vigilância à saúde e a produção de cuidados devem ser iniciadas na atenção básica, facilitando o acesso às demais instâncias da rede assistencial. A partir da criação do SUS, alguns programas e serviços destinados a populações específicas surgiram com o intuito de minimizar os problemas de saúde existentes. Neste sentido, foi desenvolvido o Programa de Saúde da Família (PSF), atual Estratégia de Saúde da Família (ESF), que através da atenção básica se configura como um meio estratégico para que a população, incluindo os adolescentes, tenha acesso aos serviços de saúde atendendo ao princípio da integralidade.

O PSF, criado em 1994, tem como prioridade a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde dos sujeitos de forma integral e contínua. A assistência ocorre na Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) ou no domicilio, buscando criar vínculos entre profissionais e comunidade. (OTSUKA et al., 2005).

A partir de uma maior resolutividade das Unidades Básicas de Saúde haverá redução considerável da demanda por consultas especializadas e exames, especialmente, os de maior complexidade, reservando os recursos públicos para garantir os procedimentos realmente necessários (FRANCO; MAGALHAES JÚNIOR, 2007). Os autores salientam ainda que não se devem realizar encaminhamentos sem que se esgotem as possibilidades diagnósticas na rede básica, sem a exploração cuidadosa do estado mórbido. Isto implica em um trabalho solidário com o serviço e na responsabilização pelo cuidado ao usuário. A resolutividade envolve recursos instrumentais e conhecimento técnico dos profissionais, relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos, gerando vínculo e acolhimento.

Neste contexto, a atenção básica à saúde pode se constituir como um meio privilegiado para a efetivação de práticas cuidadoras da saúde do adolescente. As possibilidades de se ter um território adscrito com uma população definida, conhecer o contexto em que vive, adoece e morre tal população, são estratégias fundamentais para a

efetivação de práticas de promoção da saúde que considerem a determinação social do processo saúde-doença (HORTA; MADEIRA; ARMOND, 2009).

Observa-se que embora com limitações, o propósito de maior resolutividade na atenção básica decorreu após a criação e implantação do SUS que proporcionou mudanças no modelo antigo de saúde cuja atenção estava voltada para a doença e não para o usuário. Diante das mudanças decorrentes da construção do Sistema Único de Saúde, segundo Franco e Magalhães Júnior (2007, p. 11) "... muito conhecimento novo e instrumental de gestão de sistemas e serviços de saúde foram formulados, e passaram a incorporar uma certa "caixa de ferramentas" para a gerência, planejamento e a assistência em saúde". Os autores salientam que as linhas do cuidado são uma espécie de organização de serviço que orienta fluxos assistenciais seguros. E a importância da sua construção é que o seu eixo estruturante é o projeto terapêutico centrado nos usuários.

Observa-se que a organização dos serviços, conformada nas linhas de cuidado, poderá favorecer uma assistência voltada para as necessidades de saúde dos usuários em todos os serviços de saúde que estejam integrados em rede. Ao tratar de adolescentes, por possuírem condições diferenciadas, podem ser traçados projetos terapêuticos que atendam às necessidades e haja a resolubilidade dos problemas demandados.

Neste contexto, a linha do cuidado integral que é uma imagem pensada do percurso que o usuário realiza por dentro de uma rede de saúde, no sentido de atender as suas necessidades de saúde e para que esta funcione, é necessário um pacto entre os gestores das Unidades Básicas de Saúde e os gestores municipais para pensarem e operacionalizarem seus fluxos, garantindo, assim, acesso dos usuários aos serviços e reorganização dos processos de trabalho para uma assistência integral (FRANCO; FRANCO, NOTAS DE AULA).

Os profissionais inseridos neste contexto devem buscar conhecimentos e construir uma prática pautada na política de saúde vigente, ou seja, colaborando com a implantação dos dispositivos legais da atenção integral. A partir da atenção básica, inicia-se o processo de cuidado ao adolescente o qual pode caminhar nos diversos níveis de atenção da rede assistencial.

Em face do exposto, esta investigação tem como objeto de estudo a análise do processo de cuidar do enfermeiro e a linha do cuidado ao adolescente a partir da Unidade Básica de Saúde. Deste modo, foram apreendidas informações com enfermeiros e gestores da atenção básica no intuito de conhecer as ações e atividades destes sujeitos no processo de cuidado ao adolescente.

Ao iniciar a construção do objeto, foi realizado levantamento nos bancos de dados na área de enfermagem e nas principais bases de dados do campo da saúde e, após consulta às terminologias em saúde na base de descritores da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da BIREME (DECs), observou-se que são restritos os trabalhos voltados para o processo de cuidar do enfermeiro direcionado aos adolescentes na atenção básica. Dentre os trabalhos encontrados, destacam-se os estudos de Silva et al. (2005); Backes (2006); Carvalho (2006); Ceccim e Ferla, (2006); Ferreira, Alvim, Teixeira e Veloso (2007); Deslandes (2007); Lopes, Saupe e Massaroli (2008); Amarante e Soares (2009).

Na literatura brasileira, os trabalhos encontrados não abordam as dimensões do cuidar ao adolescente na atenção básica, enfocando a visão dos profissionais de saúde, dos enfermeiros ou dos gestores. Portanto, verifica-se a necessidade de delinear um estudo voltado para esta temática, visto que subsidiará na construção da linha do cuidado ao adolescente.

Além disto, há a necessidade de os professores de Graduação em Enfermagem enfatizarem para os alunos os aspectos desta fase da vida, pois ao se depararem na assistência com este público terão como favorecer um atendimento voltado para a melhoria da saúde destes.

A enfermagem, enquanto profissão de saúde, possui papel fundamental na assistência integral ao adolescente e deve buscar estratégias na organização e nos cuidados aos adolescentes. Neste sentido, o cuidado deve ultrapassar os limites técnicos, favorecendo ao profissional atuar em uma visão integral mais humanista, voltada para a valorização da vida e da construção da cidadania. Entende-se que para desenvolver ações e intervenções com essa população de forma eficiente é imprescindível incluí-los no processo, seguindo as diretrizes da política nacional que se organiza para atender ao princípio da integralidade. Para tanto, é preciso conhecer o processo de cuidar do enfermeiro e como se insere na gestão do cuidado para que as intervenções com esta população tenham aproximação de suas necessidades.

No âmbito da atenção à saúde do adolescente, percebe-se a ausência de instrumentalização técnica dos profissionais de modo a lidar com as necessidades e as demandas de saúde dessa população. A indisponibilidade de recursos humanos habilitados na área com visão sobre as necessidades dos usuários; a necessidade de um trabalho em equipe com adoção de diretrizes do SUS, tais como a perspectiva da atenção integral; a ausência de planejamento para suprir tais necessidades apontam para causas básicas que

dificultam o acesso dos adolescentes aos serviços e a resolutividade dos problemas na rede assistencial.

Diante da problemática apresentada, elaboraram-se questões relacionadas ao objeto de estudo:

- Como ocorre o processo de cuidar do enfermeiro na conformação da linha do cuidado ao adolescente na atenção básica?
- Qual a percepção do gestor sobre a construção da linha do cuidado ao adolescente na atenção básica?
- Como os profissionais (enfermeiro e gestor) se articulam com os serviços nas diferentes dimensões do cuidado para atender às necessidades de saúde do adolescente?

Acredita-se que esta pesquisa fornecerá informações que poderão subsidiar o planejamento e a organização de um serviço centrado nas questões pesquisadas, uma vez que provocou reflexão destes profissionais acerca do seu comportamento perante os adolescentes. Desta maneira, o processo de cuidar poderá sofrer melhoria no modo de conduzir e implementar ações que atendam às necessidades dos usuários adolescentes de acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde deste grupo populacional.

Partindo do exposto, a pesquisa teve como objetivos:

- Descrever a percepção do gestor e enfermeiro sobre a construção da linha do cuidado ao adolescente na atenção básica;
- Analisar as ações do enfermeiro e do gestor na conformação da linha do cuidado ao adolescente;
- Discutir o processo de cuidar dos adolescentes em Unidades Básicas de Saúde com vistas às linhas do cuidado ao adolescente na perspectiva do enfermeiro e do gestor.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica está baseada nos referenciais que discutem as políticas de saúde ao adolescente inscrita no Sistema Único de Saúde e no Estatuto da Criança e do Adolescente, bem como na interlocução com os diversos autores que abordam o processo de cuidar do adolescente com foco na atenção básica.

2.1 Políticas Públicas de Atenção a Saúde do Adolescente

A saúde do adolescente muitas vezes não está ligada diretamente a problemas na esfera orgânica, podendo ser influenciada pelas más condições de vida, pelas situações de abandono e envolvimento com prostituição ou até uso de drogas, como também com situações em que o adolescente sofre algum tipo de violência. Assim, os serviços de saúde devem estar preparados para oferecer cuidados a esses jovens, baseando-se na integralidade, princípio universal do SUS. Trata-se, então, do reconhecimento das diferentes necessidades, de sujeitos também diferentes, para atingir direitos iguais (TAQUETTE; VILHENA; SILVA; VALE, 2005).

Tais condições impõem a necessidade de uma assistência integral. O acesso que o adolescente dispõe nos serviços de atenção à saúde, os aspectos de natureza técnica e ética pertencentes à equipe de saúde devem ser providos da indispensável qualidade e comprometimento profissional para a prevenção de problemas que geram as necessidades de saúde nesta fase.

Sposito e Carrano (2003) colocam que mesmo com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente não foi possível afirmar que o Estado brasileiro estivesse interessado nos direitos da adolescência e da juventude até meados da década de 1990, pois não vigorou a universalização das políticas públicas que passaram a seguir o critério etário (apenas e legalmente aqueles entre 12 e 18 anos incompletos) e o critério socioeconômico; adolescentes em processo de exclusão ou risco, o que deixou sem apoio um enorme contingente que não está marginalizado, apesar de enfrentarem grandes dificuldades para acessar bens e conquistar direitos de cidadania.

Para compensar a ausência de atenção aos adolescentes e jovens, o Estado brasileiro passou a introduzir políticas que atendessem a esta faixa etária. E, em 2003, o

governo federal sob a posse do presidente Luiz Inácio Lula Silva, se empenhou em promover políticas sociais compensatórias para adolescentes como o Programa Primeiro Emprego e o Programa ProJovem, como também foram criadas duas instâncias governamentais, a Secretaria Nacional da Juventude e o Conselho Nacional de Juventude, para tratar do tema (SPOSITO; CORROCHANO, 2005).

Os adolescentes necessitavam de reconhecimento dos seus direitos à saúde por parte das autoridades e dos profissionais de saúde, bem como sua presença efetiva para formulação de políticas públicas que suprissem suas necessidades de saúde.

Apesar de o direito dos adolescentes à saúde ter sido confirmado como um dos direitos humanos básicos no âmbito da Legislação Brasileira (Constituição de 1988 e Estatuto da Criança e do Adolescente), foram implantados programas e políticas públicas para efetivação destes direitos.

Historicamente, no âmbito da saúde, o primeiro programa de medicina do adolescente surgiu em Boston, em 1951. Os primeiros serviços de atenção à saúde integral do adolescente no Brasil surgiram na década de 1950 com esforços isolados e em 1974 e 1975 foram fundados oficialmente em São Paulo e no Rio de Janeiro, respectivamente. Estes surgiram com o intuito de respeitar características e peculiaridades desta fase da vida, tendo por finalidade promoção, proteção e recuperação da saúde do adolescente de forma global. Foram formadas equipes multiprofissionais, favorecendo, assim, o trabalho interdisciplinar e como eram ligados a instituições de ensino superior, universidades ou faculdades de medicina, ofereciam consequentemente atendimento primário, secundário e terciário, com ênfase na promoção de saúde e prevenção de agravos (COATES, 1999).

Em 1986, por meio da Divisão Materno Infantil, o Ministério da Saúde resolveu englobar entre suas funções a assistência primária à saúde dos adolescentes. Então, foram reunidos profissionais de saúde de vários estados que tinham experiência com adolescentes e estes iniciaram a elaboração e distribuição para todo o país de Normas Técnicas para o melhor atendimento a faixa etária (COATES, 1999).

Em 1989, foi criado o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), fundamentado em uma política de promoção de saúde, de identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação. Em 1993, o PROSAD passou a denominar-se Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente (SASAD). Desde sua criação, a nível de Ministério Federal, foram efetuados treinamentos de sensibilização e de capacitação de equipes multiprofissionais e formação de adolescentes como agentes multiplicadores de saúde. Em 1996, o SASAD definiu critérios para oficializar centros de

referência já existentes, além de criar novos centros, denominados de Centros Docente Assistenciais (CDA'S) em Saúde do Adolescente. Estes foram elaborados para agilizar o desenvolvimento das ações do Ministério. Assim, entre suas funções, constam participar com o SASAD no desenvolvimento e divulgação de normas técnicas, material educativo, informativo e instrucional, além de desencadear outras ações nas áreas prioritárias (COATES, 1999).

O PROSAD surgiu para normatizar as ações de saúde voltadas para a faixa etária de 10 a 19 anos de idade. Somente em 1999 foi criada a Área de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ), que passou a incluir pessoas entre 10 e 24 anos de idade. Com isto, esta nova área passou a ser responsável pela articulação de diversos projetos e programas do Ministério que estivessem voltados à adolescência e à juventude. Passou, também, a responder, em alguma medida, às demandas sociais para a implementação de uma política nacional integrada de atenção à saúde que incluísse os jovens de 15 a 24 anos e que reconhecesse que as práticas voltadas para a melhoria da saúde do adolescente não foram eficazes em virtude do foco estreito e da desarticulação das iniciativas governamentais (SPOSITO; CARRANO, 2003).

Em 1990, o ECA surgiu, através do SUS, para assegurar o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente.

Diversas intervenções voltadas para a melhoria da saúde do adolescente não foram concretizadas devido ao foco estreito e à desarticulação das iniciativas governamentais. Também, pela pouca participação dos jovens no planejamento, na implementação e na avaliação das atividades oriundas de políticas públicas (SPOSITO; CARRANO, 2003).

Em 2005, o Ministério da Saúde lançou o Marco Legal da Saúde de Adolescentes, documento que favorece a proteção dos direitos destes. Objetiva também fornecer elementos essenciais para o processo de tomada de decisões, para elaboração de políticas públicas, para o atendimento nos serviços de saúde, com o intuito de que os direitos dos adolescentes sejam amplamente divulgados e discutidos pela sociedade. Com uma linguagem abrangente no que se refere ao conceito de adolescência, considera as condições sociais do indivíduo, colocando a adolescência em evidência. Esse documento se reporta à saúde de trabalhadores jovens e à violência, como também, à saúde sexual e reprodutiva, à gravidez, ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) (AMARANTE; SOARES, 2009).

Em 2007, por ocasião das disputas em torno da atenção à adolescência e à juventude, foi gerado documento que delineia diretrizes para uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens. Dessa forma, o Ministério da Saúde preconiza a inserção dos adolescentes e jovens nas ações e rotinas dos serviços de saúde, em vez de se constituir um programa específico para a atenção à saúde desse grupo populacional, pois este documento visa incorporar a atenção à saúde destes à estrutura e aos mecanismos de gestão, à rede de atenção do SUS e às ações e rotinas do SUS em todos os seus níveis. O documento estabelece, também, que as ações de saúde destinadas à adolescência e à juventude estão inseridas nos blocos do Ministério da Saúde n. 2.084/GM, de 26 de outubro de 2005, além de outros blocos e componentes referidos nos eixos de atenção à saúde (AMARANTE; SOARES, 2009).

O número de políticas públicas voltadas para os adolescentes e jovens crescem ao longo dos anos no Brasil. Contudo, a quantidade de programas não é significativa quando comparada ao número de jovens contemplados por estes (CARVALHO, 2006). O autor ainda ressalta que estas políticas públicas voltadas para a juventude devem ser efetivas e não apenas serem postas em pauta nas agendas governamentais ou serem fornecidos maiores gastos públicos sem a efetiva participação destes jovens e adolescentes.

Neste sentido, é necessária prática profissional voltada diretamente para as necessidades específicas destes, visando, assim, a reduzir riscos e promover a saúde e a qualidade de vida. Desse modo, as mudanças substantivas no modelo de operacionalização deste sistema orientam para novas práticas e um modo de agir que contemplem a participação dos profissionais, a partir de uma comunicação adequada, fundamentada em um atendimento ético e humanizado.

É fundamental que os profissionais de saúde sejam capacitados e atentem para as necessidades e demandas que os adolescentes apresentam. No contexto da assistência ao adolescente, percebe-se o quanto eles apresentam expectativas em relação ao atendimento do profissional de saúde e o quanto se sentem à vontade para expor suas angústias e vivências quando lhes são possibilitadas privacidade, liberdade e confiança (HORTA, 2006).

Sendo assim, é importante ampliar o estudo dessa fase da vida, na graduação dos profissionais de saúde, uma vez que a atenção ao adolescente ainda acontece de forma tímida nos currículos das áreas da saúde, especialmente de enfermagem e medicina, sendo o estudo da adolescência citado como uma fase do processo de crescimento e desenvolvimento e como uma passagem para estudar o adulto (PATRÍCIO, 2000).

A formação acadêmica reflete diretamente na prática de atenção à saúde, transformando o cotidiano dos profissionais de acordo com os ensinamentos apreendidos e facilitando as interações e a percepção das necessidades dos usuários.

Portanto, a formação do enfermeiro deve ser modificada sob o eixo da integralidade para a compreensão da dimensão ampliada da saúde, além de promover a articulação de saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares para a inovação das práticas em todos os cenários de atenção à saúde (SILVA; SENA, 2006).

Corroborando este pensamento, Ferrari, Thomson e Melchior (2006) afirmam que a formação acadêmica enfoca apenas o biológico da adolescência no ensino e, a partir disto, torna-se imprescindível maiores investimentos na educação permanente dos profissionais nos serviços de saúde, viabilizando a assistência integral à saúde do adolescente.

A busca pela construção de um cuidado integral deve estar inserida no cotidiano dos enfermeiros, visando a uma assistência qualificada que atenda ao indivíduo como um todo, respeitando seus direitos e valores, tornando-se, assim, capaz de construir uma realidade mais humana (FONTOURA; MAYER, 2006; PINHO; SIQUEIRA; PINHO, 2006).

Quando os serviços de saúde estão organizados pelo princípio da integralidade, é visível a percepção ampliada das necessidades dos grupos específicos como o dos adolescentes, e os profissionais que passam a interrogar-se sobre as melhores formas de oferecer respostas a tais necessidades. A assistência de uma população não se reduz ao atendimento de seus sofrimentos. Com isto, o princípio da integralidade implica superar reducionismos (MATTOS, 2001).

O Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens fornece orientações básicas para nortear a implantação e/ou a implementação de ações e serviços que atendam a essa população de forma integral, resolutiva e participativa. O manual técnico do referido órgão descreve as diretrizes para a organização de serviços de atenção à saúde integral de jovens e adolescentes: adequação dos serviços de saúde às necessidades específicas de adolescentes e jovens, respeitando as características da atenção local vigente e os recursos humanos e materiais disponíveis; respeito às características socioeconômicas e culturais da comunidade, além do perfil epidemiológico da população local; participação ativa dos adolescentes e jovens no planejamento, no desenvolvimento, na divulgação e na avaliação das ações (BRASIL, 2005b).

Geralmente, nos serviços de saúde, os adolescentes são atendidos por profissionais que realizam consultas direcionadas aos problemas que geraram a procura do referido, os quais estão diretamente relacionados à gravidez, às DST, dentre outros problemas clínicos.

A assistência tem uma dimensão exclusivamente biológica sem a devida integração com outros profissionais e/ou com outros serviços que permitam o caminhar dos usuários na rede SUS. Nas ideias de Franco e Magalhães Júnior (2007), este modelo contribui para baixa resolutividade na rede básica, o exercício de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, ao contrário da clínica ampliada com ação de múltiplos profissionais e uma relação de vínculo entre usuários e profissionais.

A fragmentação do trabalho clínico vem crescendo em decorrência da multiplicação de especialidades e de profissões de saúde que cada vez mais aumenta o número de trabalhadores intervindo em um mesmo caso. A integração do trabalho clínico deve ocorrer mediante a constituição de documentos que descrevam o devido percurso a cada doença ou problema de saúde. Seria necessário que um profissional fosse responsável por cada etapa do processo. A transição de uma etapa a outra deveria ocorrer mediante sistemas de regulação ou de referência e contrarreferência definidos em protocolos, cabendo ao paciente ou aos seus familiares providenciar o deslocamento e os procedimentos administrativos necessários para alcançar a etapa ou estação de cuidado seguinte (CAMPOS; AMARAL, 2007).

A implementação da clínica ampliada viabilizaria transformações nas condutas profissionais e dos serviços de saúde, pois segundo o Ministério da Saúde (2004), esta é definida como um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular, assumindo a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde, buscando ajudar em outros setores, ao que se denomina de intersetorialidade; reconhecendo os limites do conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas o que concerne em uma tarefa muito difícil para esses profissionais, buscando outros conhecimentos em diferentes setores.

A clínica ampliada poderá também contribuir para intensificar o grau de autonomia dos usuários. Autonomia que é entendida como a ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências, aumentando sua capacidade de compreender e atuar sobre si mesmo. Esta somente será alcançada caso se pratique uma clínica compartilhada, alterando-se a postura que tende a transformar o

paciente em um objeto sem direitos de decisão sobre sua própria saúde (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Ao falar-se de clínica, é necessário ir além dos diagnósticos e das prescrições médicas. O diagnóstico pressupõe certa regularidade, uma repetição. Porém, é preciso saber que além das características sintomáticas de uma doença que o sujeito apresenta semelhante a de outra pessoa que tenha a mesma doença, ele apresenta de diferente, de singular é um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. Com isso, abrem-se inúmeras possibilidades de intervenção, sendo possível propor tratamentos muito melhores com a participação das pessoas envolvidas (BRASIL, 2004).

Neste contexto, é necessário que os profissionais de saúde atuem de modo a cuidar não como dominantes por ter conhecimentos técnicos e científicos, mas, proporcionando uma atenção integrada aos usuários, considerando as experiências que eles estão vivenciando e tornando-os autônomos e menos vulneráveis ao processo saúde-doença.

É importante repensar o modelo biomédico e tecnicista de assistência ainda oferecido aos adolescentes, através da avaliação das relações estabelecidas, observando aspectos físicos, sociais e emocionais. E, é através da compreensão dessas dimensões que se contribui para um direcionamento dos recursos disponíveis na realização de melhoria do serviço para que sejam efetivas e incorporadas as solicitações e participações destes nos serviços de saúde.

Segundo Campos e Amaral (2007), a terapêutica não se baseará apenas a fármacos e à cirurgia, mas também na valorização do poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial.

O trabalho em saúde advém do encontro entre profissional de saúde e usuário, do qual ocorre uma relação na qual o usuário possui necessidades de saúde e os profissionais com seus saberes e experiências de vida procuram resolvê-los através da produção do cuidado em rede.

Neste sentido, ressalta-se a importância de discutir acerca das tecnologias de trabalho que possuem relevância na configuração do modelo de assistência, porque perfilam o modo pelo qual se produz serviços de saúde, definindo, por consequência, a capacidade de absorção da demanda, a capacidade de efetivamente resolver problemas de saúde, os custos de serviços, e, o que é fundamental, a própria relação entre sujeitos do processo (FRANCO; MERHY, 2006).

Este processo relacional como citado, é o que Merhy (2002) denomina de tecnologias leves e que são fundamentais para a produção do cuidado e permite que o profissional atue de forma subjetiva, transparecendo a produção de vínculo, autonomização e acolhimento. No entanto, não se deve descartar ou minimizar a importância das tecnologias duras que advém das máquinas, normas e estruturas organizacionais e das tecnologias leve-duras que se referem ao conhecimento técnico, junção entre as duas outras tecnologias e que tem uma parte dura que é o procedimento técnico e outra parte que se refere ao modo próprio como o profissional cuida do usuário.

Os profissionais de saúde que estão inseridos diretamente na assistência e na produção dos serviços de saúde devem reaprender o trabalho a partir de dinâmicas relacionais, somando entre si os diversos conhecimentos. Esta interação de saberes e práticas poderá se tornar um eixo fundamental na constituição de modelos assistenciais centrados no usuário (MERHY; JÚNIOR; RIMOLI; FRANCO; BUENO, 2006).

Sabe-se que qualquer serviço de saúde necessita de dispositivos que movimentem a micropolítica do processo de trabalho e motivem o uso das tecnologias leves para que sejam determinantes do processo de produção de saúde, a fim modificar o perfil assistencial (FRANCO; MERHY, 2006).

Consta no Artigo 198 da Constituição Federal: as ações e serviços de saúde integram uma rede, que constitui um sistema único, organizado pelas lógicas da descentralização da gestão, integralidade da atenção e dependência da participação (CECCIM; FERLA, 2006).

A descentralização envolve mudanças. Na Norma Operacional Básica nº 01/1993, é conceituada como um "processo de transformação que envolve esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas, estabelecimento de novas relações entre os níveis de governo e controle social" (NOB/93) (FERLA; LEAL, PINHEIRO, 2006).

A produção do cuidado é possível, a partir dos dispositivos aqui pensados, operando em rede, dentro de um dado sistema de saúde, em que os diversos serviços interagem generosamente em seu favor, voltados aos interesses e às necessidades dos usuários. O "operador do cuidado", a quem cabe administrar o projeto terapêutico, fará a conexão entre os recursos disponíveis na Unidade Básica e os dispostos na rede de serviços quando necessários. Em qualquer hipótese, os usuários deverão estar vinculados e, portanto, sob o cuidado da sua equipe de referência na Unidade Básica (MERHY; JÚNIOR; RIMOLI; FRANCO; BUENO, 2006).

2.2 Processo de cuidar do adolescente - o prescrito em relação as ações do gestor e do enfermeiro

O cuidado é inerente ao processo de sobrevivência humana, o que pode ser percebido, principalmente, pela dependência de um recém-nascido ao nascer. Em todas as fases da vida, o cuidado está presente. Confirmando este pensamento, Backes et al. (2006) elucida que enquanto ser de relações e interações, o ser humano é dotado de atitudes de cuidado, ou seja, o cuidado integra a existência humana que se realiza por meio de compartilhamento, de troca e de reciprocidade. E, vem sendo estudado, passando a ser parte integrante e essencial da teoria, da pesquisa, da prática e da educação em enfermagem, expresso em suas ações e atividades como assistir, ajudar e servir.

O processo de cuidar na enfermagem surgiu com Florence Nightingale que já afirmava que os elementos essenciais para o cuidado são o conhecimento técnico e científico, a observação, a responsabilidade da enfermagem sob as pessoas e as condições relacionadas ao ambiente que envolve o doente. Neste sentido, os objetivos da assistência de enfermagem são a manutenção da saúde, a prevenção de infecções e agravos, a recuperação de doenças, a educação à saúde e o controle do meio ambiente (SANTO; PORTO, 2006). Assim, entende-se que as ações de cuidado foram sendo sistematizadas a partir das experiências de Florence.

O cuidado é visto como uma forma de se relacionar inerente ao ser humano. Consoante Nascimento e Erdmann (2009), o cuidado proporciona sensação de harmonia das pessoas entre si e com o meio em que vivem, prestando cuidados não apenas ao físico, como, também, demonstrando afeto, simpatia, atenção e respeito por tudo que rodeia a subjetividade do outro.

Para Backes et al. (2006), o cuidado está voltado para os atos decorrentes do processo de interação entre os seres humanos, pois este permite uma relação de troca e empatia entre os envolvidos. As autoras ainda afirmam que pesquisas e práticas na área da saúde confirmam o cuidado como um fenômeno vital e essencial na vida de todos os seres humanos e da natureza.

Em relação ao cuidado aos adolescentes, cabe aos profissionais da atenção básica perceber que estes indivíduos se relacionam com o meio social o qual vivem, elaboram suas crenças nesta convivência social. Acredita-se que a partir do acolhimento, os adolescentes constroem suas relações de vínculo com os profissionais de saúde e, desse

modo, conseguem autonomia para que decidam sobre a melhor forma de serem atendidas suas necessidades de saúde.

No que concerne aos gestores das unidades básicas de saúde, estes são responsáveis pela organização dos serviços, pelo planejamento, pela direção e coordenação das ações para uma maior resolutividade e satisfação dos usuários.

A prática gerencial deve ser pautada pela missão e os objetivos dos serviços de saúde, exigindo visão ampliada e única a respeito de sua atuação. Dentre suas competências, estão a gestão das organizações por meio da assimilação de conhecimentos e integração de habilidades e atitudes no trabalho prático, possibilitando a tomada de decisões fundamentadas em conhecimentos (BENITO; BECKER, 2007).

Os gestores e profissionais de saúde devem entender os processos e as necessidades dos adolescentes, assim como os fatores ambientais, sociais e culturais que afetam a sua saúde. As características específicas e influências do contexto devem perpassar pelo planejamento, pelo desenvolvimento, pela gestão e organização dos serviços de saúde para que o cuidado direcionado a este grupo seja efetivo (LAMARE, 2005).

Vários outros estudiosos, como Pinho, Siqueira e Pinho (2006); Backes et al. (2006); Waldow (2004); Fontoura e Mayer (2006), trazem o sentido de cuidado ressaltando a interação humana. Para Waldow (2004, p. 37):

> O cuidado humano representa uma maneira de ser e de se relacionar e caracteriza-se por envolvimento o qual, por sua vez, inclui responsabilidade. Também pode ser destacado interesse e compromisso moral, manifestações que são exclusivas dos seres humanos.

Neste encontro relacional deve haver conversação, na qual deve prevalecer a capacidade de escuta, de forma a permitir a apreensão das necessidades de saúde, trazida por aquela pessoa que busca pelo serviço (PINHO; SIQUEIRA; PINHO, 2006).

Boff (2005) afirma que na concepção da fenomenologia, o cuidado é um fenômeno que está inserido na consciência das pessoas, que surge a partir de suas experiências e concretiza-se em suas práticas. Para o latim, cuidado significa cura que em seu sentido mais antigo, era utilizada em um contexto de relações humanas de amor e de amizade. Cura queria expressar a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pelo objeto ou pela pessoa amada.

Para que alguém possa cuidar de outro ser humano, é necessário que esteja bem consigo, que realize reflexão sobre seus problemas e os resolva para que estes não venham a interferir neste processo de cuidar. Neste sentido, Backes et al. (2006) define o cuidado de si como sendo um alerta para que as pessoas ao oferecerem uma presença significativa

ao outro tenha consciência de que é preciso ter interesse, consciência das próprias potencialidades e fragilidades, saber questionar as próprias fontes de prazer e dificuldades, enfim, de que é preciso reconhecer sua própria realidade.

Para saber cuidar do outro, é necessário aprender a cuidar de si, tendo consciência de sua realidade, possibilidades e limitações. Seria ideal que a sociedade construísse e estruturasse seus valores em volta do cuidado com as pessoas, considerando as diferenças existentes (SILVA et al., 2005).

Desta forma, o cuidado de enfermagem favorece o bem-estar físico, psíquico e social, ampliando a perspectiva de vida das pessoas e sua autonomia. Ao desenvolver o cuidado com adolescentes, é fundamental manter diálogo, acolhê-los e incentivar o desenvolvimento de sua autonomia.

O cuidado de enfermagem se configura em atitudes promotoras de autonomia para que os adolescentes venham a prover seu próprio cuidado, participando ativamente do seu processo de cuidar, passando a não depender somente dos profissionais e também tenham o poder de decisão sobre sua saúde (FERREIRA; ALVIM; TEIXEIRA; VELOSO, 2007).

Ainda, acrescenta-se que o cuidado de enfermagem deve ser ético, pressupondo habilidades técnicas, conhecimento, sensibilidade e experiências. Este cuidado é guiado por ações que assiste, oferece suporte e facilita ou melhora a vida de quem é atendido em suas necessidades. Engloba a saúde em sua integralidade, nos seus aspectos psicobiológicos, espiritual, social e político (PINHO; SIQUEIRA; PINHO, 2006).

O cuidado como atitude ética requer, igualmente, do profissional especial atenção à linguagem do corpo, tendo em vista que o estado de espírito, os gestos, a postura e as intenções que ele transmite serão facilmente decodificados pela pessoa sob o seu cuidado. Requer, sobretudo, criar um espaço de encontro, de troca, de compartilhamento capaz de articular as diferenças e manter a unidade em uma espécie de dinâmica participativa (BACKES et al., 2006).

Cada usuário possui singularidades e manifestações de necessidades específicas, a integralidade surge para que este seja visualizado como um todo e atendido de forma individualizada, sendo o principal foco da atenção à saúde, permitindo, assim, que estes participem de seu processo de forma autônoma e decisiva.

Para que ocorra este processo participativo, é necessária mudança nas relações de poder, devendo-se ocorrer a descentralização, repolitizando, desse modo, criticamente as políticas. Ao poder médico, ao poder dos agentes de saúde e ao poder dos gestores, seja

para a eficiência/eficácia ou para a redução de custos, entram em confronto o poder das empresas e o poder do Estado, ao mesmo tempo em que se unem o poder da sociedade organizada e da sociedade civil enquanto conjunto de cidadãos, sujeitos de direitos. É esse o foco das lutas pela participação, que abre novos espaços públicos, recoloca a questão da saúde distante do mundo privado da casa, do mundo da magia, dos consultórios, dos gabinetes, das mãos das elites e do mercado, embora os tenha como postos, buscando novos pressupostos (BRASIL, 2006b).

Por isso, enquanto profissionais de saúde, deve-se repensar novas modelagens assistenciais, assentadas em diretrizes da integralidade do cuidado. Portanto, há que se aprofundar o debate sob novos fundamentos teóricos, sobre a natureza do processo de trabalho, particularmente a sua micropolítica e a sua importância na compreensão da organização da assistência à saúde. Estas ações diferenciadas na produção da saúde operam tecnologias voltadas para a produção do cuidado, apostam em novas relações entre trabalhadores e usuários, tentando construir um dever para os serviços de saúde, centrado nos usuários e suas necessidades e estabelecendo um contraponto à saúde (MALTA et al. 2004).

Em conformidade com Franco (2006), a micropolítica é definida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra. Portanto, na sugestão ofertada pelas propostas de planejamento que foge da matriz normativa, há o reconhecimento de que a formação de microrredes no interior da organização é eficaz para a condução dos projetos, colocando em segundo plano o funcionamento com base nas formações estruturais da organização.

Esta reflexão reafirma a necessidade da efetivação de linhas do cuidado que orientem fluxos assistenciais seguros, ampliando o acesso do adolescente ao serviço de saúde, a partir de mudanças das atuais práticas profissionais, pois modelos tradicionais, fincados nos valores biomédicos e tecnicistas, em que o foco principal é a doença, são fragmentados e poderão não responder às necessidades dos adolescentes.

Neste sentido, Deslandes (2007) discute que alguns desafios surgem como barreiras para se utilizar de um cuidado holístico, baseado na valorização, no afeto e na subjetivação do outro, como as más condições de trabalho, baixos salários. As relações tensas entre equipe ou chefia, jornadas muitas vezes duplas e intensas interferem na forma como os enfermeiros prestam cuidados ao usuário, em algumas ocasiões, banalizando seus sofrimentos.

Boff (2005) lembra ainda que muitos profissionais encontram-se presos a um tecnicismo lógico de máquinas que os motivam apenas a serem produtivos, racionais e objetivos no trabalho. A capacidade de produção e consumo passam a ser as únicas manifestações visíveis do profissional, logo se perde a visão do ser humano como um "ser-de-relações" ilimitadas, ser de criatividade, de ternura, de cuidado e de espiritualidade.

Confirmando estas ideias, Waldow (2004) afirma prevalecer ainda a valorização dos aspectos biológicos, tecnológicos e de produtividade. Porém, está emergindo outra vertente mais humanista, que prioriza a expressão dos sentimentos e se foca no sujeito.

O acesso do adolescente à atenção básica deve ser garantido, como também deve estar adequado às suas necessidades, contemplando a política de atenção à saúde desses jovens. O serviço deve promover ações que facilitem o engajamento do jovem em seu cuidado nas dimensões preventivas e na promoção da saúde.

O enfermeiro, neste contexto, torna-se um membro essencial da equipe de atenção básica e tem função relevante no cuidado ao adolescente. Neste caso, envolve cuidados no serviço e no domicílio, promovendo maior vínculo com a família e o próprio adolescente.

O cuidado domiciliar, proporcionado pela visita domiciliar, favorece o vínculo, a escuta qualificada e o acolhimento, permitindo aos usuários e a seus familiares que sejam produtores de sua própria saúde (LOPES; SAUPE; MASSAROLE, 2008).

O cuidado, portanto, deve ultrapassar os limites técnicos-científicos através de uma visão mais humanista, permeado em uma capacitação profissional, voltada para a valorização da vida humana e da cidadania, tanto em relação aos usuários como aos profissionais de saúde.

O ser humano, no entanto, deve associar em uma complementação trabalho com cuidado. Deve entender e realizar trabalho de uma forma diferente para que haja a possibilidade de resgatar o cuidado, ou seja, precisa voltar-se sobre si mesmo e descobrir seu modo-de ser-cuidado (BOFF, 2005).

Outra estratégia para a efetivação do cuidado voltado para a valorização do outro, é o cuidado humanizado. Deslandes (2007) define cuidado humanizado como o conjunto de atitudes que permeia o respeito às diferenças, à ética, à autonomia, à empatia e ao acolhimento; conhecimentos voltados para o melhor tratamento terapêutico e procedimentos que envolvem tecnologias de acordo com a necessidade de cada usuário.

Os profissionais de saúde devem buscar pela compreensão dos elementos relevantes para elaboração do processo terapêutico do usuário, valorizando seu sofrimento, suas expectativas e seus temores. Deve-se pensar, também, na prática do cuidado, da criação de vínculos, do acolhimento, da autonomia que valorize as subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e as necessidades singulares dos sujeitos e da humanização que servem como instrumentos para uma assistência integral (FONTOURA; MAYER, 2006; SILVA; SENA, 2008).

Os objetivos da atenção em saúde, a integralidade e a equidade remetem ao campo da micropolítica de saúde e suas articulações, fluxos e circuitos. Se configuram em uma "macro" política de saúde que, por convenção é denominado de sistema de saúde. Com a equidade e a integralidade da atenção, percebe-se que o "micro" está no "macro" e o "macro" está no "micro", e tem importantes implicações na organização das práticas profissionais. Através da conquista da equidade e da integralidade, os profissionais passam a repensar aspectos importantes de organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde (CECILIO, 2001).

E, para desenvolver essas novas práticas de atenção integral à saúde, faz-se necessário abordar a aproximação integral também entre os profissionais e os sujeitos que são cuidados. Essa aproximação passa pela articulação entre o saber prático e o saber dos profissionais e planejadores do campo de saúde (ACIOLI, 2001).

A linha do cuidado visa a um redirecionamento permanente do processo de trabalho, cujo trabalho em equipe se constitui como de fundamental importância para a ampliação das compreensões e interpretações, pois o que flui por uma linha de cuidado são as pessoas, um processo de subjetivação, uma existência visada em um viver individual. Assim, ao longo do percurso, nuanças, sutilezas e transformações podem e devem encontrar acolhida e projeto terapêutico, inclusive abrindo outros fluxos na grande extensão de cuidados de uma rede de saúde (CECCIM; FERLA, 2006).

A linha do cuidado funciona com base nos projetos terapêuticos que são conjuntos de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário com base na avaliação de riscos que podem ser clínicos, sociais, econômicos, ambientais e afetivos (FRANCO; FRANCO, NOTA DE AULA).

Ceccim e Ferla (2006) salientam que a proposta das linhas de cuidado efetiva uma organização da gestão setorial e das práticas assistenciais capaz de responder por uma concepção de saúde não centrada somente no tratamento das doenças, mas na inserção de pessoas em uma rede de práticas cuidadoras em saúde e de afirmação da vida.

A partir desta organização, há possibilidade de promover acesso e acolhimento, os quais gerarão vínculo dentro de uma rede cuidadora em que são planejados fluxos que efetivem condutas resolutivas das equipes de saúde.

As diferentes concepções de cuidado perpassam por diversos espaços e contextos da sociedade. Na atenção básica, o cuidado de enfermagem pode se configurar como um meio amplo de cuidados para a promoção da saúde e prevenção de doenças e este pode se estender ao cuidado domiciliar. Conforme Backes et al. (2006), o cuidado domiciliar se manifesta como uma maneira propicia também para apoio e reajustes familiares que podem ser interrompidos, pois pode ocorrer sobrecarga física, emocional e financeira, gerando mecanismos de defesa, nem sempre favoráveis. O enfermeiro atua de forma a auxiliar as pessoas nas decisões e ajudá-las a enfrentar os conflitos existentes, assegurando uma atitude de confiança e reciprocidade.

A enfermagem, enquanto profissão da saúde e membro da equipe do ESF, pode contribuir significativamente para a melhoria da assistência e, consequentemente, para a qualidade de vida das famílias e do adolescente, uma vez que se busca por prática transformadora da realidade social.

Florence, em suas afirmativas, considerava que as pessoas deveriam ser vistas em sua singularidade frente ao processo de doença. A visão integral favorece um cuidado de enfermagem diferenciado por possuir uma intenção terapêutica de acordo com as necessidades individuais do ser humano (SANTO; PORTO, 2006).

No cuidado integral, o conhecimento científico é importante, mas deve ser usado com equilíbrio. É necessário tratar, respeitar, acolher, atender o ser humano em seu sofrimento (MATTOS, 2001).

Em acordo ao pensamento de Pinheiro e Guizardi (2006), as práticas do cuidado, quando tomadas de fonte de criatividade e de críticas, podem potencializar ações emancipatórias e de liberdade, tanto do conhecimento científico que está aprisionado ao método que o legitima e lhe confere autoridade quanto da própria sociedade, ao possibilitar-lhe a expressão de sua participação ativa e constituinte de novos e críticos saberes sobre sua saúde e de fontes de sua construção.

Em síntese, as bases para o processo de cuidar da enfermagem são a valorização dos sujeitos em sua individualidade, o estímulo à propensão de autonomia destes sujeitos, o estabelecimento de vínculo, a promoção do acolhimento, ou seja, oferta de um cuidado de forma humanizada e integral, tendo como prioridade a supressão das

necessidades destes e atuação na promoção da saúde, prevenção das doenças, recuperação e reabilitação por meio da interação e do relacionar-se com o outro.

CAPÍTULO III

CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 Natureza do estudo

Para a aproximação do objeto de estudo, fez-se a opção por uma abordagem qualitativa, do tipo analítica-interpretativa que de acordo com Minayo (2008) permite estudar uma realidade que não pode ser quantificada, pois apresenta experiências, valores e significados. Permite que os processos sociais que se referem a grupos específicos e que ainda são pouco conhecidos sejam desvelados, propicia, também, a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. É caracterizada pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimentos até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo que se está pesquisando.

Pope e Mays (2009) afirmam que compreender subjetivamente a vida das pessoas está relacionada à apreensão de significados que estas atribuem às suas experiências no mundo social e como percebem esse mundo e que sentido lhes atribuem. Em função disso, é comumente referida como pesquisa interpretativa.

Nesta perspectiva, a pesquisa qualitativa analisa experiências que podem estar relacionadas a histórias biográficas ou a práticas cotidianas ou profissionais que podem ser tratadas, analisando-se conhecimento, relatos e histórias do dia a dia; examinar interações e comunicações entre estes indivíduos e grupos que pode ser baseado na observação e no registro de práticas. Estas procuram pesquisar atenta e profundamente a forma como as pessoas constroem o mundo a sua volta, o que realizam ou o que está lhes acontecendo em termos que tenham sentido e que ofereçam uma visão rica do objeto investigado (FLICK, 2009).

3.2 Local da pesquisa

A investigação foi realizada em Unidades Básicas de Saúde, da Regional IV, conforme divisão da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza-CE. A escolha por esta

regional ocorreu por ter unidades que são campo de prática do Curso de Graduação de Enfermagem, da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

A Regional IV é composta por doze Unidades Básicas de Saúde, destas, foram selecionadas quatro Unidades para entrevistas com enfermeiros e gestores.

Foram então cenários de coleta de dados: Centro de Saúde Policlínica Nascente, espaço que articula a discussão e a vivência ensino-serviço, tão necessárias no cotidiano. É um campo utilizado para estágios nos Cursos de Enfermagem, Medicina, Educação Física e Nutrição da UECE e integra outras atividades na modalidade de extensão. Esta unidade era composta por cinco equipes de ESF, das quais era composta por médico, enfermeiro, dentista e agentes de saúde que são identificadas por cores. Centro de Saúde Maria José Turbay Barreira, também, campo de estágio da UECE, esta Unidade era composta por duas equipes de ESF (40 horas) e duas equipes de 20 horas, distribuídas entre trabalhadores concursados participantes do ESF, efetivos que atuavam em cargos comissionados e terceirizados.

O primeiro e o segundo local de pesquisa foram intencionais por serem campo de estágio dos discentes da UECE.

- Centro de Saúde Dr. Roberto da Silva Bruno foi o terceiro campo pesquisado, o qual estava interligado à segunda unidade, em que se observou por meio dos encaminhamentos, dispensação de medicamentos dentre outras ações que denotavam cooperatividade entre os profissionais. Esta unidade era composta por duas equipes de ESF e duas equipes de 20 horas como explicadas no parágrafo anterior.

- Centro de Saúde Filgueiras Lima foi eleita como cenário da investigação por ter proximidade do Centro de Saúde Dr. Roberto da Silva Bruno e por atender aos critérios de seleção, pautado para as demais unidades.

A escolha pela terceira e quarta unidades justificou-se como cenário de estudo por referência a complementariedade das ações nas outras unidades abordadas, das quais poderia haver uma lacuna nos discursos dos outros sujeitos se não fossem pesquisadas.

As Unidades estavam localizadas no município de Fortaleza que é considerada a quarta maior cidade do País, com uma área de extensão de aproximadamente 313,8 Km^2 e sua população estimada pelo IBGE de 2.458.545 habitantes, em 2007. Destes, 53,2% eram do sexo feminino e 40,4% encontravam-se na faixa etária de 0 a 19 anos (FORTALEZA, 2007).

O município de Fortaleza em termos administrativos encontrava-se dividido em seis Secretarias Executivas Regionais (SERs), que funcionavam como instâncias

executoras das políticas públicas municipais. Para tanto, cada SER dispunha de um Distrito de Saúde, de Educação, de Meio Ambiente, de Finanças, de Assistência Social e de Infra-Estrutura (FORTALEZA, 2007).

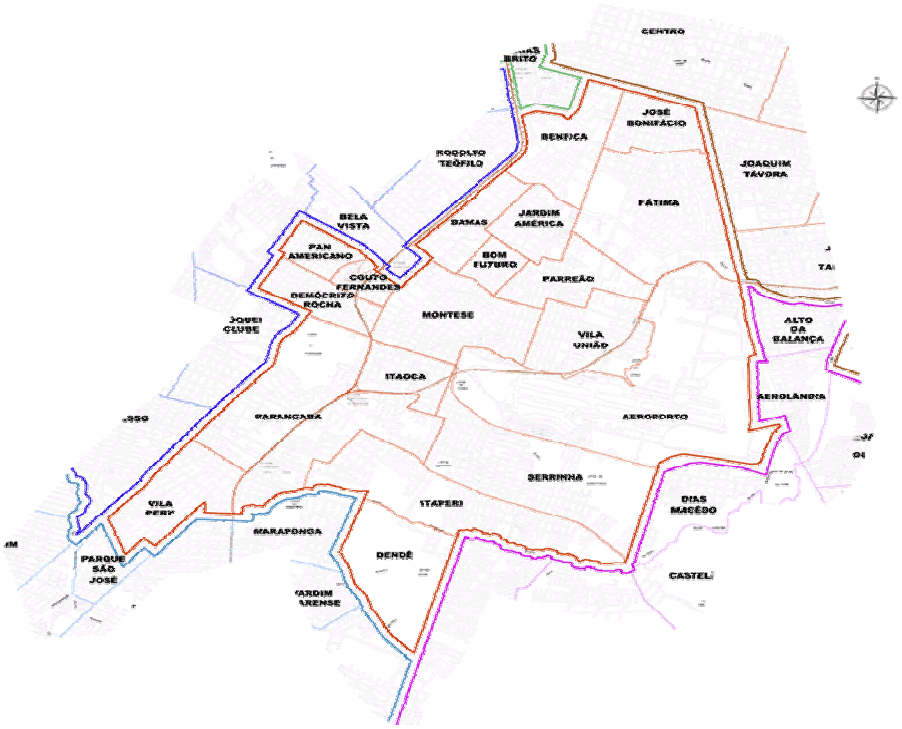
Por meio desta configuração administrativa descentralizada, a política municipal de saúde era gerenciada pelas seis SERs, através de seus Distritos de Saúde, tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (FORTALEZA, 2007).

O Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza apresentava capacidade instalada para a realização de serviços primário, secundário e terciário. Integrava a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, sendo referência em âmbito local, era de responsabilidade do secretário municipal de saúde (FORTALEZA, 2007).

O sistema local dispunha de 2.407 estabelecimentos de saúde inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), destes, 3,74% eram unidades básicas, do tipo Centro de Saúde, e a grande maioria, 66,47% eram consultórios isolados, 602 eram estabelecimentos ambulatoriais especializados, entre clínicas, policlínicas, unidade de apoio, diagnose e terapia, representando 25,01% (FORTALEZA, 2007).

A rede constituía-se em 149 estabelecimentos públicos (6,19%) e 2.258 privados (93,81%). Dos públicos, 122 eram da esfera administrativa municipal (81,88%), 22 da estadual (14,77%) e 5 (3,36%) da federal, 72,95% eram do tipo Unidades Básicas/Centro de Saúde (FORTALEZA, 2007).

FIGURA 2 – Localização Geográfica (Secretaria Executiva Regional – SER IV) do território da investigação.



3.3 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram gestores e enfermeiros da rede básica de saúde por estarem diretamente envolvidos na organização dos serviços e no cuidado ao adolescente. A escolha destes profissionais foi intencional por conveniência que ocorreu por meio da disponibilidade destes em participar da pesquisa. O número de participantes foi estabelecido durante a coleta de dados, obedecendo aos critérios de saturação teórica que para Flick (2004) significa que as informações obtidas estão sendo repetidas, não havendo nenhuma informação adicional.

Nesse contexto, o autor coloca que as decisões relativas à amostragem visam a obter material que prometa os maiores *insights,* pessoas que tem domínio do conhecimento esperado. À medida que se colhem os depoimentos, vão sendo levantadas e organizadas as informações relativas ao objeto da investigação. Dessa maneira, é possível identificar padrões simbólicos, práticas, categorias e visões de mundo. Portanto, convenciona-se chamar de “ponto de saturação”, aquele momento em que se observa a repetição de ideias (FLICK, 2004).

Foram excluídos do estudo os profissionais que se encontravam em período de férias, licença por qualquer motivo, que se recusaram a realizar a entrevista, ou que não estavam no local de trabalho no período de realização da coleta de dados.

Ao final da coleta de informações, obteve-se um total de 18 participantes distribuídos de acordo com a tabela a seguir.

TABELA-1 Participantes das Unidades Básicas de Saúde – Regional IV

Unidades Básicas de Saúde – Regional IV	Enfermeiros	Gestores
Centro de Saúde Policlínica Nascente	05	01
Centro de Saúde Maria José Turbay Barreira	04	01
Centro de Saúde Dr. Roberto da Silva Bruno	03	01
Centro de Saúde Filgueiras Lima	02	01

Fonte: Dados da pesquisadora

Os sujeitos foram identificados numericamente de acordo com a ordem de coleta de dados, sendo diferenciados gestores (G) e enfermeiros (E).

No que se refere à caracterização dos sujeitos, buscou-se por dados pessoais e profissionais entendidos como relevantes na medida em que estes poderiam de alguma forma contribuir para a discussão das atitudes e das práticas em relação à organização dos serviços voltados aos adolescentes e do processo de cuidar do enfermeiro a este público-alvo.

Para melhor compreensão dos sujeitos do estudo, apresentar-se-á breve descrição dos profissionais pesquisados. Destaca-se que as entrevistas foram realizadas com 14 enfermeiros e 4 gestores. Todos os sujeitos possuíam capacitação na atenção básica e apenas um profissional não possuía especialização. Em relação ao tempo de serviço na atenção básica, a maior parte dos profissionais, dez (53%) atuavam na atenção básica de 1 a 10 anos; 17 (95%) possuíam especialização; 18 (100%) com capacitação na atenção básica; e a menor parte, 9 (47%), com capacitação na área do adolescente.

QUADRO- 1 Características dos participantes da pesquisa quanto ao tempo de serviço, especialização e capacitação.

Profissionais / Variáveis	Tempo de serviço na atenção básica	Sexo	Especialização	Capacitação na atenção básica.	Capacitação na área do adolescente.
Gestor 1	17 anos e 5 anos como gestora	F	Especialização em Gestão Hospitalar.	Saúde mental; Humaniza SUS; dentre outras.	Não
Gestor 2	10 anos	M	Residência em Geriatria	PSF; Saúde do idoso; dentre outras.	Maus tratos da criança e do adolescente.
Gestor 3	25 anos	F	Não	Gestão de recursos humanos; Direito do trabalho; dentre outras.	Não
Gestor 4	4 anos	F	Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica.	Hanseníase; Aleitamento; Imunização; dentre outras.	Não
Enfermeira(o) 1	9 anos	M	Especialização em Enfermagem Clínica.	AIDPI; Humanização; Farmacologia na Atenção Básica; dentre outras.	Cartão do Adolescente; Projeto amor à vida.
Enfermeira(o) 2	10 anos	F	Especialização em Saúde da Família.	AIDPI; Matriciamento; dentre outras.	Capacitação de adolescentes e jovens.
Enfermeira(o) 3	13 anos	F	Especialização em epidemiologia e ginecologia obstetrícia.	Farmacologia; Saúde da Família; Capacitação de Agentes de Saúde; dentre outras.	Violência à saúde da criança e do adolescente.
Enfermeira(o) 4	27 anos	F	Especialização em Saúde Pública e Gerontologia.	Atenção à Saúde da Mulher; Saúde da Criança; dentre outras.	Não
Enfermeira(o) 5	9 anos	F	Especialização em Saúde da família.	Hanseníase; Testagem Rápida de HIV; dentre outras.	Não
Enfermeira(o) 6	28 anos	F	Especialização em Gestão e Educação em saúde pública.	Programa de Saúde Escolar; DST/AIDS; dentre outras.	Sexualidade; Drogas; DST na adolescência.
Enfermeira(o) 7	4 anos	F	Especialização em Unidade de Terapia Intensiva.	AIDPI; PSF; Farmacologia; dentre outras.	Não

Continuação.

Enfermeira(o) 8	14 anos	F	Especialização em Saúde Pública; Saúde da Família; Terapias e Mestrado em Saúde Pública.	AIDPI; Farmacologia Acolhimento; dentre outras.	Não
Enfermeira(o) 9	10 anos	F	Especialização em Saúde da Família e Enfermagem Médico Cirúrgica.	Tuberculose; Planejamento; dentre outras.	Não
Enfermeira(o) 10	9 anos	F	Especialização em Saúde da Família.	AIDPI; Farmacologia, Aconselhamento; dentre outras.	Violência contra a criança e o adolescente.
Enfermeira(o) 11	6 anos	F	Especialização em Vigilância Sanitária e Obstetrícia.	Aconselhamento; PSF; Doenças de veiculação hídrica.	Saúde e prevenção nas escolas.
Enfermeira(o) 12	18 anos	F	Especialização em Saúde da Família.	Hanseníase; Saúde da mulher; Farmacologia.	Adolescente em situação de risco e Adolescente hoje e amanhã.
Enfermeira(o) 13	15 anos	F	Especialização em Saúde da Pública.	Saúde da mulher.	Não
Enfermeira(o) 14	4 anos	F	Especialização em Saúde da Família.	PSF; Farmacologia Hanseníase	Violência contra a criança e adolescente.

Fonte: Dados do pesquisador

Dados sobre o tempo de serviço na atenção básica, pós-graduação ou alguma capacitação nesta área e/ou na área do adolescente, foram utilizados para a caracterização dos sujeitos da pesquisa, pois contribuíram para as reflexões sobre questões de conhecimento e maturidade da profissão e no campo voltado para os adolescentes.

3.4 Método, técnica de coleta, análise dos dados e discussão dos resultados

Para a coleta de dados utilizou-se como técnica a entrevista semiestruturada.

Para registro das entrevistas, utilizou-se o gravador em formato MP3. Os registros foram utilizados como material de análise, após aprovação dos sujeitos envolvidos.

Em relação à entrevista semiestruturada, Minayo (2008, p. 191) considera importante a elaboração de um roteiro que "deve desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas".

Para efetivar a entrevista, seguiram-se os roteiros (APÊNDICE B e C), que forneceram dados necessários para compreender o objeto de estudo. Estas foram gravadas mediante o consentimento dos entrevistados que foram previamente esclarecidos quanto aos objetivos, procedimentos e forma de participação dos sujeitos, por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, momento em que os participantes concordaram em participar da pesquisa por escrito.

No início da coleta de dados, se cogitou sobre a maneira mais fácil para estabelecer contato com os profissionais que se pretendiam entrevistar, pois muitas vezes ao chegar ao campo, estes por vezes afirmaram não disporem de tempo, pois estavam muito ocupados com seu trabalho. Então, marcaram-se as entrevistas para os dias e horários mais convenientes para os profissionais. As dificuldades foram superadas e foi possível interagir e até mesmo participar de algumas rotinas do trabalho diário.

As entrevistas foram realizadas na dinâmica do trabalho, não havendo tempo para que o profissional se ausentasse dos seus afazeres apenas para responder aos questionamentos da entrevista que durou em média de 20 a 30 minutos. Todas terminaram sendo satisfatoriamente concluídas, apesar de dois profissionais recusaram-se a participar, que foi seguramente respeitado. Um encontrava-se de férias e outro estava se aposentando e não estava indo trabalhar. Todos os participantes foram bem receptivos, interagindo com profissionalismo e desenvoltura.

Análise dos dados

Segundo Gibbs (2009), a análise qualitativa dos dados envolve duas atividades que o pesquisador deve desenvolver: observar os dados coletados que poderão ser examinados e como estes podem ser descritos e explicados; e manusear estes dados de forma adequada.

Utilizou-se para a análise dos dados a técnica de análise de conteúdo que para Oliveira (2008) se trata de uma descrição analítica, segundo procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Esta permite o acesso a diversos conteúdos, explícitos ou não, presentes em texto, englobando a análise da comunicação cotidiana verbal ou escrita.

As informações foram organizadas e interpretadas a partir do método de análise de conteúdo, proposto por Bardin (2009), tipo análise categorial temática. Para a autora, a análise se organiza em torno de três momentos:

1) Pré-análise

Nesta etapa, ocorre a organização propriamente dita. Transcrição, preparação e escolha do material a ser analisado ou definição do corpus de análise; formulação das hipóteses e retomada dos objetivos pretendidos; elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final. Foram realizadas leituras flutuantes dos conteúdos.

2) Exploração do material

Consiste na operação de codificação, com a constituição do corpus a partir da transformação sistemática dos dados brutos que passarão a se agrupar em unidades. Nesta etapa, são realizadas leituras flutuantes do material empírico para que o conjunto das comunicações se tornem cada vez mais precisos. O que implica em releituras cuidadosas e em escolhas para extrair as unidades de registro e abstração das subcategorias. Estas serão agrupadas e darão origem as categorias.

Após a elaboração das categorias, foram selecionadas as falas que se identificaram com as categorias, agrupando-as na categoria correspondente. Foram entrecruzadas as ideias entre as diferentes representações dos entrevistados em um processo de refinamento e aprofundamento classificatório (Minayo, 2008).

3)Tratamento dos resultados obtidos e interpretação

Após a classificação dos discursos dos entrevistados e as observações realizadas, componentes das categorias empíricas, foram realizados entrecruzamentos entre as comunicações e as observações da prática, agrupando ideias convergentes, divergentes complementares e diferentes.

A análise dos dados teve como referência as categorias empíricas que emergiram dos dados. A partir do material construído durante as entrevistas e as observações, foram realizadas inferências e interpretações, articulando-as com o referencial teórico.

Deste modo, buscou-se ampliar a compreensão dos fenômenos presentes na organização do cuidado e no processo de cuidar do adolescente no contexto de trabalho dos gestores e enfermeiros, identificando e discutindo as práticas destes profissionais, indicando a reflexão e as possibilidades de transformação da realidade.

Com o processo analítico chegou-se às seguintes categorias:

4.1 Organização da linha do cuidado ao adolescente pelo gestor e enfermeiro

4.2 O processo de cuidar dos adolescentes na perspectiva gerencial e assistencial

4.3 Ações no processo de cuidar aos adolescentes: aspectos facilitadores e impeditivos

4.4 Processo de cuidar ao adolescente no cotidiano dos serviços de saúde

4.5 Integralidade do cuidado ao adolescente: entre o pensar e o fazer dos profissionais

3.5 Aspectos éticos da pesquisa

O estudo é um recorte do projeto Saúde do adolescente na atenção básica: linha do cuidado e sua interface com a rede assistencial, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará e tem como protocolo número 09230911-9. A pesquisa está pautada nos princípios éticos sobre pesquisas envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução Nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998). Foi garantido anonimato dos participantes do estudo, respeitando a privacidade, a intimidade e a liberdade de participação. A entrevista aconteceu com aqueles enfermeiros e gestores que aceitaram participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Informou-se, todavia, que para preservar o anonimato, foi atribuída a cada um dos participantes, identificação numérica, de acordo com a ordem de coleta de dados, sendo os gestores identificados pela letra G, seguido pelo número da sequência da entrevista e os enfermeiros pela letra E e, também, a mesma lógica numeral da entrevista.

CAPÍTULO IV

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresenta-se neste capítulo o resultado do processo analítico e a interpretação das informações obtidas pelo estudo, o qual está estruturado em cinco categorias que respondem ao objeto e aos objetivos do estudo de modo a permitir a compreensão do fenômeno pesquisado. Para tanto, procedeu-se à interlocução com os referenciais teóricos e conceituais sobre a temática.

4.1 Organização da linha do cuidado ao adolescente pelo gestor e enfermeiro

A organização da linha do cuidado acontece por meio da capacidade de interlocução, negociação, associação da técnica e política, implicação de todos os trabalhadores dos diversos níveis assistenciais em uma pactuação assistencial que vise a uma disponibilidade de recursos que devem suprir as linhas de cuidado; fluxos assistenciais centrados no usuário; mecanismos viabilizadores de uma referência segura aos diversos níveis de complexidade da atenção e de contrarreferência para a Unidade Básica, em que se deve gerar o vínculo e acompanhamento permanente da clientela sob cuidados da rede assistencial; determinação de que a equipe da Unidade Básica é responsável pela gestão do projeto terapêutico e, também, garanta acompanhamento seguro do usuário na linha do cuidado; gestão colegiada, envolvendo os diversos atores que controlam recursos assistenciais; e busca pela garantia da intersetorialidade como política estruturante na intervenção positiva também na questão dos processos de saúde e doença (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2007).

Por meio da vertente de que os sujeitos são seres individuais e únicos, pode-se constatar que os profissionais de saúde no cotidiano tecem continuamente o que é de fato a organização de saúde, criando, desse modo, um organograma real. Tal tessitura se constrói mediante trocas simbólicas e materiais (LACAZ; SATO, 2006).

Em relação à organização da linha do cuidado ao adolescente pelo gestor e enfermeiro, a análise dos discursos destes mostrou que o planejamento das ações voltadas

ao adolescente é em equipe, porém, há a necessidade de implantação de grupos de adolescentes e de planejamentos individuais por parte dos profissionais.

> [...] Cada equipe é que faz o atendimento da criança e do adolescente. Eu não tenho um planejamento, uma ação voltada para o adolescente não (G1).
>
> [...] as ações são organizadas com a coordenação da unidade junto com os profissionais do Programa de Saúde da Família [...] (G2).
>
> Quem planeja é uma enfermeira responsável pela saúde do adolescente (G3).

Os gestores abordam que a estratégia de planejamento é realizada pelos enfermeiros ou pela equipe de saúde, o que compromete sua atuação na direção das ações de saúde da organização a que pertencem. Desta maneira, suas atitudes passam a ser controversas a sua função de tomada de decisão, pois o processo de comunicação somente é efetivo para acompanhamento das realidades impostas se houver o planejamento e a avaliação para a coordenação das ações. Apenas um dos gestores apontou a responsabilização sobre o planejamento das ações. Realizado junto à equipe de saúde, no sentido de cooperação, o planejamento fornece subsídios para observação das necessidades decorrentes da prática clínica e torna-se uma ferramenta para a tomada de decisão e o estabelecimento de parâmetros que vão direcionar a organização do serviço.

As percepções expressas pelos gestores sobre planejamento podem estar relacionadas ao fato de apenas um dos entrevistados possuir formação acadêmica em gestão hospitalar, o que diferencia da formação em Medicina e Enfermagem dos demais entrevistados que provavelmente o curso não oferece enfoque à coordenação e à organização dos serviços, mas à assistência.

A implantação de um planejamento objetiva servir de guia, estabelecendo metas a serem alcançadas. Na prática clínica de saúde, percebe-se a ausência de ações articuladas entre as unidades gerenciais das organizações, não necessariamente pela falta de visão destes, mas pela ausência de uma dinâmica que conduza a direção e a coordenação da gestão a tornar efetivos os esforços para a execução de ações, visando, assim, a um sistema gerencial e não a ações desconectadas e isoladas (COSTA, 2004).

> A gente trabalha por equipe, então cada equipe planeja suas ações [...] (E3).
>
> Cada equipe faz a sua programação [...]. O grupo de adolescentes não está a cargo do enfermeiro e sim do pessoal do NASF que está levando a frente este grupo (E4).
>
> Aqui na unidade normalmente o planejamento é feito pela equipe. Enfermeiro, dentista, às vezes o médico participa e também, pelos gestores, a coordenação [...]. Mas não temos grupos [...] está faltando a questão de infra-estrutura e de organizar o serviço (E13).

> Quem deve planejar é a equipe multidisciplinar com médico, enfermeiro, dentista, terapeuta ocupacional, pediatra que tem experiência com a hebiatria (E14).

Os enfermeiros avaliam o planejamento como algo a ser dinamizado por toda a equipe de saúde. Porém, ao referenciar o adolescente como alvo desta estratégia, alguns profissionais não assumem a responsabilidade dessas ações, atribuem a outros como, por exemplo, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) sem que procedam ao devido acompanhamento.

A equipe do NASF deve ser constituída por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, tem como objetivo atuar em parceria e ampliar as ações da Estratégia de Saúde da Família na Atenção Básica, aumentando a resolutividade em saúde. Em relação às ações voltadas aos adolescentes, devem propor e discutir com as Equipes de Saúde da Família o planejamento das ações de saúde do adolescente, além de contribuir para seu aperfeiçoamento, em consonância com as prioridades da Política Pública de Saúde e, por meio disto, adequar os serviços de saúde às necessidades específicas desse grupo populacional, tendo como princípios fundamentais da atenção à saúde: a ética, a privacidade e o sigilo ao reconhecer adolescentes como sujeitos, fortalecendo também sua autonomia, oferecendo apoio sem emitir juízo de valor (BRASIL, 2009).

O enfermeiro inserido na Estratégia Saúde da Família é um importante membro da equipe multidisciplinar e deve atuar ativamente para a consolidação da Estratégia como política integrativa e humanizadora da saúde (SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010).

Os saberes compartilhados por meio do planejamento propiciam o apoio entre os profissionais para que nas relações de serviços e na rede de saúde proporcionem aos sujeitos, ações que envolvam a resolutividade de seus problemas e de suas necessidades. O planejamento que faz parte da organização das linhas do cuidado é apreendido por meio da troca de saberes e experiências, sendo direcionado para a consolidação do SUS. A equipe inclui todos que compartilham do cuidado e devem agir de modo integrado a partir do planejamento, favorecendo a conformação da linha do cuidado na perspectiva do SUS.

Abordar e planejar o trabalho em saúde exige interação com outras pessoas de modo a proceder às escolhas organizacionais. Concebe-se que os planejamentos são escolhas que ocorrem em contextos de relação de poder, pode-se, então, afirmar que são processos de negociação conduzidos no dia a dia de trabalho dos profissionais de saúde, em que se toma como objeto o processo de realização do trabalho e o objetivo

institucional. Nesta perspectiva, essa abordagem busca eliminar as distorções, o planejado e o real, ou entre o formal e o informal (LACAZ; SATO, 2006).

Alguns profissionais expõem que não existe um responsável pela saúde do adolescente. Isto acontece pela inexistência de planejamento específico para o atendimento destes, momento em que poderia haver negociações e parcerias para o exercício das atividades programadas que contemplem essa faixa etária.

> [...] como a demanda é muito grande, as equipes não tem muito tempo para parar e planejar as coisas para eles (G1).
>
> Se tem algum planejamento nessa área eu não conheço. Eu tenho uma colega que ficou como responsável pelo programa do adolescente, ela já foi para as reuniões [...] mas a minha equipe não programa nada para o adolescente (E5).
>
> Na unidade não existe alguém que planeje e organize um programa para o adolescente, não (E7).

É necessário que os profissionais sejam preparados para atender ao adolescente de forma individual, sabendo lidar com as demandas trazidas por estes. Toda forma de generalização gera posturas inadequadas em relação aos jovens e pode ser uma forma de caracterizar esse período da vida de modo restritivo e negativo. O trabalho voltado à atenção do adolescente deve buscar o desenvolvimento de estratégias apropriadas à complexidade de suas demandas, aos diferentes espaços de ação, respeitando a intersetorialidade e todos os envolvidos (BRASIL, 2006d).

Os profissionais devem estar preparados para trabalharem também com estes adolescentes de forma coletiva para que estes se sintam acolhidos e fazendo parte de um grupo de modo a expressarem seus anseios e necessidades.

> Está faltando planejamento, não estou gostando desta gestão nova e não é porque eu era da outra gestão, é porque essa nova gestão só quer que a gente atenda em consultório. [...] agora são só números e isso está deixando a gente meio constrangido de nem poder falar porque a gente está num processo bem difícil, política (E8).
>
> Então, a gente não pode planejar uma ação de saúde para o adolescente se a gente ainda desconhece a nossa população adscrita (E14).

Os profissionais atuavam com os adolescentes a partir da demanda livre nos serviços de saúde. Um dos entrevistados afirmou que se não houve um fluxo frequente, não realizavam planejamento voltado para este grupo populacional.

> [...] como a gente não tem aquele grupo que é certo e que vai vir procurar o serviço, então a gente também não tem aquele fluxo arrumadinho, planejado para poder atender, ele só vem espontaneamente, então a gente não tem aqueles grupos organizados (E3).

O enfermeiro da atenção básica desenvolve suas atividades pautadas em diretrizes que fazem parte do sistema de saúde vigente, e tem uma prática, essencialmente, relacional voltada ao cuidado à saúde. Além disso, está voltada, direta ou indiretamente, ao trabalho de organização e planejamento das ações para a prestação de cuidados. No gerenciamento, atua em ambiente complexo repleto de limitações, em que participam vários atores sociais: gerentes, profissionais de saúde e em contrapartida, políticos de várias instâncias do governo, com interesses, muitas vezes, divergentes das necessidades da população. O gestor se não definir o caminho que deseja seguir ficará "apagando fogo" entre o olhar técnico e de sonhador, ou apenas como tarefeiro ou executor dos "pacotes de serviços", vindos de cima para baixo, que muitas vezes, não atende a realidade local (MIRANDA, 2009). É preciso que o profissional além de conhecer a condição de saúde da populacão discuta e planeje com sua equipe e usuários as estratégias de ação para alcançar determinados objetivos. Em se tratando de cuidados aos adolescentes é condição *sine qua non* apropriar-se desta atividade de planejamento e cogestão.

A cogestão se caracteriza por um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, ou seja, todos que estão envolvidos no cuidado devem participar das decisões deste processo, sendo, portanto, uma diretriz ético-política que visa a democratizar as relações no campo da saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo (BRASIL, 2009 b).

É frequente a atenção e o planejamento dos profissionais de saúde voltados para a população em geral e alguns grupos específicos, como a criança, o idoso, a gestante, e muitas vezes o público adolescente é esquecido, sendo favorecido apenas pelo contexto das ações programáticas como planejamento familiar, pré-natal e prevenção do câncer de colo de útero.

Neste contexto, é necessário o desenvolvimento de estratégias diferenciadas e específicas, como a criação de mecanismos de integração com as instituições que lidam com os adolescentes, pois existem grupos de adolescentes e jovens em situações específicas de agravos, que devem ser priorizados na atenção à saúde (BRASIL, 2006d).

Na organização da linha do cuidado ao adolescente, torna-se importante a identificação dos diversos atores que controlam os recursos das linhas de cuidado propostas para serem implantadas, estes deverão formar um comitê gestor, do qual participem as pessoas com função de organizá-la e fazer funcionar os fluxos assistenciais. Este deverá produzir o acordo necessário para que a linha do cuidado funcione (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2007). Isto é, se não houver nas unidades básicas de saúde uma

equipe responsável pela saúde do adolescente, este fluxo da linha do cuidado será prejudicado ao longo da rede de saúde.

A desarticulação e o desinteresse da maior parte dos profissionais motivam a fragmentação da prática clínica integrada, na perspectiva do planejamento e da organização, inviabilizando desta maneira, a atenção integral aos adolescentes.

Para beneficiar os jovens e o setor saúde, deve-se considerar no planejamento, na execução e na avaliação das ações nas unidades de saúde a adoção da participação dos adolescentes, o que contribui para a construção da cidadania, da autonomia, da autoestima, da assertividade e do projeto de vida juvenil, ao mesmo tempo em que contribui decisivamente para a eficácia, a resolutividade e o impacto social das ações de saúde (BRASIL, 2005a).

Outra situação sinalizou que apesar das dificuldades, da ausência de planejamento e ações voltadas aos adolescentes, estes entrevistados permitiram transparecer as tentativas de suprir/superar a deficiência de cuidados específicos voltados a esta faixa etária.

> Não existe especificamente alguma coisa destinada exclusivamente para o adolescente [...] Só que eles nunca deixaram de ser atendidos pelas duas pediatras da unidade (G4).

> Nós não temos algo programático, dentro da nossa agenda, nós não temos esse planejamento voltado para este público em específico. O que eu vejo que pode ocorrer a nível de planejamento (...) é quando [...] uma escola solicita uma atividade de educação em saúde para o seu público adolescente [...]tem um planejamento do que estaremos realizando como atividade de educação. Mas dentro dos atendimentos [...] é demanda livre, de procura por parte do usuário. Nós não temos ainda um programa específico para a saúde do adolescente implantado na nossa unidade [...] (E1).

> Cada enfermeiro fica responsável por um programa [...] existe a responsável pela saúde da tuberculose e hanseníase, do pré-natal, da criança, do idoso, mas por incrível que pareça não tem o programa do adolescente. [...] existe uma coordenação geral para poder manter um perfil de atendimento, de cobertura [...] (E2).

Os processos que norteiam as interações entre os trabalhadores de saúde possibilitam a compreensão de como lidam efetivamente, a um só tempo, com as necessidades de prestação de serviços, com as exigências do trabalho e com o sofrimento por eles enfrentado. O deslocamento do olhar para o âmbito das interações sociais cotidianas iluminará o contínuo fazer-refazer, planejar-replanejar a que se dedicam não apenas os que são considerados gestores, mas também os diversos profissionais de saúde (LACAZ; SATO, 2006).

Franco e Magalhães Júnior (2007) afirmam que é relevante o reconhecimento de que há uma linha do cuidado operando dentro das Unidades Básicas de Saúde, e é importante lembrar que a grande maioria dos problemas de saúde podem ser resolvidos neste nível da assistência. Em síntese, a organização da linha do cuidado explicitada pelos enfermeiros e gestores pesquisados, remete a uma dinâmica das equipes em que há um planejamento das ações de saúde para um público em geral e não um planejamento direcionado ao adolescente, favorecendo desta forma, uma descontinuidade do fluxo assistencial para esta faixa etária. Com isto, não existem grupos de adolescentes nestes serviços de saúde para que se possam realizar atividades de educação em saúde ou outra atividade que envolva esta população.

A inserção do enfermeiro na atenção básica requer o envolvimento com a população em todas as fases da vida; há de ser reforçada a atuação deste profissional com o adolescente, seja como enfermeiro assistencial ou como gestor, somando esforços com outros equipamentos sociais para fortalecer as ações de prevenção de riscos e promoção da saúde deste grupo populacional.

4.2 O processo de cuidar dos adolescentes na perspectiva gerencial e assistencial

Em relação à perspectiva dos enfermeiros e gestores sobre o processo de cuidar ao adolescente na atenção básica, a análise dos discursos mostrou que os profissionais consideravam a estrutura física da unidade como um fator essencial para o atendimento às necessidades de saúde dos adolescentes, mas no discurso de alguns enfermeiros percebeu-se que mesmo disponibilizando de espaços, não os utilizavam.

> [...] Nós temos um trabalho muito forte na ambiência. A gente vê que o nosso posto é um posto grande, tem auditório, tem sala de aula, então, espaço físico realmente não falta, a gente não pode dizer que isto é um problema (E1).

> [...] não há uma otimização, o ambiente é agradável para toda a clientela, mas não existe um ambiente ou uma forma organizacional para o adolescente (E2).

> Aqui a gente tem uma estrutura excelente, temos salas (...) a gente pode fazer um trabalho para manter a privacidade, com certeza a gente não teria problema [...] (E3).

> [...] Pela estrutura dá para fazer um dia para o adolescente se a gente quiser (E5).

> Existe espaço [...] este ambiente ainda não está agradável e disponibilizado exclusivamente para o adolescente [...] a gente tem uma sala própria para estar fazendo atividades educativas, para estar fazendo reuniões, para estar fazendo grupos. A disponibilização a gente tem agora a utilização no momento ainda não existe (E14).

É importante a utilização desses espaços físicos para que sejam atendidas as necessidades físicas, psíquicas e sociais dos adolescentes nas unidades básicas de saúde e para que estes se sintam atraídos e compareçam às atividades propostas, bem como às consultas individuais.

Os serviços de saúde devem ser planejados e organizados para a garantia do acesso de adolescentes e jovens às ações de promoção à saúde, prevenção, atenção a agravos e doenças, ademais reabilitação, respeitando os princípios organizativos e operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Para o planejamento e organização destes serviços, deve-se considerar a disponibilidade, a formação e a educação permanente dos recursos humanos, a utilização da estrutura física, os equipamentos, os insumos e o sistema de informação, adequando-os ao grau de complexidade da atenção a ser prestada (BRASIL, 2005b).

Com vistas ao aproveitamento, à utilização dos espaços que podem ser planejados para que os adolescentes se sintam confortáveis e conquistados e a procurar espontaneamente às unidades de saúde, observou-se que alguns profissionais se contentavam com o fato de em sua unidade existir uma biblioteca que utilizavam como um meio de proporcionar aos adolescentes um ambiente mais agradável.

> Ambiente adequado não tem. A nossa unidade é muito simples [...]. Agora a gente tem uma biblioteca que é uma coisa que conquistamos [...] (E8).

> Não [...] eu acho um pouco precário. De bom aqui que nós teríamos a oferecer seria a nossa biblioteca que tem vários livros que são de interesse do adolescente e também nós profissionais que poderemos estar contribuindo com informações e procurando dentro da nossa fraca estrutura um ambiente mais agradável [...] (E11).

É necessária a criação ou a adaptação de ambientes para que os adolescentes de ambos os sexos se sintam à vontade nos serviços. A unidade básica de saúde deve adequar às necessidades específicas de adolescentes, respeitando as características da atenção local vigente, os recursos humanos e materiais disponíveis (BRASIL, 2006d).

Um gestor demonstrou preocupação com a otimização da estrutura física que o serviço de saúde dispunha, mas considerou que os adolescentes apareciam na unidade sem, no entanto, apresentar estratégias de organização e de cuidados aos adolescentes para viabilização de vínculo com os profissionais e a instituição de saúde.

> [...] Porque a intenção era que eles viessem, é como se fosse um centro social, era para eles aproveitarem esses espaços, era para ter atividades, aqui tem tantas salas, entendeu?! (G1)

Entretanto, em várias falas, os profissionais ressaltaram que a estrutura física das unidades em que atuavam era inadequada e consideram como um fator impeditivo para a assistência de qualidade a esta faixa etária.

> A gente tenta se adequar com a estrutura física que nós temos [...] (G2).

> Não tem um espaço onde eu possa estar oferecendo uma dinâmica, uma manhã de lazer para chamar, para captar, mas a gente dá conta de fazer com o que temos. [...] espaço físico nós não temos, não temos ambientes agradáveis, então as ações são feitas nas escolas, pois a unidade é muito pequena (G4).

> O posto não tem estrutura, mas não é culpa dos funcionários é culpa de uma administração que vem se arrastando. [...] acho que está havendo roubo porque dinheiro tinha para reformar o nosso posto, saiu nosso dinheiro, não saiu nossa reforma (E8).

> A estrutura precisa melhorar ainda um pouco porque a gente ainda tem um número reduzido de salas em relação ao número de profissionais, espaço para a realização de grupos a gente não tem, quando a gente faz alguma reunião é na sala do aerosol e é bem apertadinho. Precisa melhorar um pouco. Em relação ao ambiente agradável é razoável porque a gente recebeu algumas cadeiras, mas até para os outros usuários às vezes não tem quantidades suficientes (E13).

Os serviços de saúde estão despreparados para o atendimento aos adolescentes, pois ocorre a carência de espaço e suporte para a atenção às suas peculiaridades e complexas necessidades (BRASIL, 2006d).

Segundo o Ministério da Saúde, urge ponderar a otimização e o aproveitamento da estrutura existente nas unidades destinada ao atendimento aos adolescentes, identificando locais nos quais possam ser desenvolvidas as atividades previstas. Considera relevante criar ou adaptar ambientes cujos adolescentes se sintam mais à vontade. Estes devem ser acolhedores, agradáveis, sinalizados, limpos e ventilados. O ideal é que ele possa ser utilizado para diferentes atividades como integração com a equipe, atividades educativas, apresentação do serviço. Desse modo, o tempo de espera será aproveitado para facilitar o acesso à informação e à realização de atividades saudáveis, prazerosas e construtivas (BRASIL, 2005b).

A estrutura física também pode possibilitar ou inibir a privacidade entre profissional e cliente, reduzindo ou melhorando o vínculo e o entendimento entre profissional e adolescente. Os sujeitos da pesquisa apresentaram ideias distintas: afirmando condições razoáveis que permitiam manter a privacidade do adolescente, no entanto, a maior parte reconheceu que os procedimentos permaneciam inviabilizados pela ausência de infra-estrutura que não permitia privacidade para os adolescentes.

> Aqui a gente tem uma estrutura excelente, temos salas (...) a gente pode fazer um trabalho para manter a privacidade, com certeza a gente não teria problema [...] (E3).

> A nossa unidade de saúde não tem nem estrutura física adequada para atender os demais pacientes. A gente não tem privacidade de consulta, para atender um paciente com DST nesta sala a gente praticamente susurra porque lá do outro lado estão ouvindo. Então a gente aqui não tem espaço físico, não tem estrutura de material, de áudio-visual (E6).
>
> A estrutura da unidade não ajuda em nada. A gente não tem estrutura para atender o paciente qualquer que seja, quanto mais um adolescente. [...] não temos salas para jogos, nem vídeos, murais. [...] Algumas salas são fechadas apenas por divisórias. Então não tem privacidade (E7)
>
> A própria estrutura física da unidade não dá uma privacidade excetuando os consultórios [...] (E10).
>
> [...] devem ter a situação da privacidade preservada não só para o adolescente, mas para a mulher, para a criança, para a gestante, para o homem. Isso aí independe (E14).

Os consultórios de atendimento devem permitir a necessária privacidade. Na impossibilidade de haver local para atividade de grupo na unidade, podem-se estabelecer parcerias com outros equipamentos sociais na comunidade (BRASIL, 2005b).

É necessário que o espaço físico seja adequado, delimitado, dotado de sigilo e privacidade, para que se possam realizar as atividades destinadas a este grupo sem obstáculos físicos e para que os adolescentes sintam-se mais confortáveis e estimulados a frequentarem as Unidades Básicas de Saúde.

Os profissionais relataram a importância do sigilo enquanto meio de transmissão de confiança e vínculo com estes adolescentes.

> [...] e aqui tenta resguardar o máximo possível o sigilo como todas as outras atividades e consultas independente do público a que se esteja se dirigindo (E1).
>
> [...] o sigilo, a gente sempre fez e sempre vamos fazer nas consultas tanto de enfermeiros quanto de médicos [...] (G4).
>
> O que a gente tenta manter no consultório é o sigilo. Quando a gente está com adolescente eu não gosto que ninguém esteja perto [...] (E8).
>
> Um ambiente [...] que seja sigiloso e de confiança pra eles (E11).
>
> Em relação à privacidade e ao sigilo a gente tem muito cuidado com a questão ética (E13).

No processo de cuidar ao adolescente, é de grande relevância que os profissionais de saúde se preocupem com o sigilo das informações e a privacidade deste nos serviços de saúde. E é, neste sentido, que os enfermeiros abordaram a necessidade de uma estrutura física que permitisse estes contrapontos.

O Ministério da Saúde afirma que os adolescentes devem ter direito de que as informações repassadas no atendimento não serão transmitidas sem sua concordância aos seus pais e/ou responsáveis, bem como aos seus pares. Contudo, eles devem ser

informados sobre as situações que requerem quebra de sigilo, ou seja, sempre que houver risco de vida ou outros riscos relevantes tanto para os adolescentes quanto para terceiros, a exemplo de situações como abuso sexual, ideia de suicídio, informação de homicídios e outros (BRASIL, 2005b).

Desta forma, a assistência voltada ao adolescente deve buscar o desenvolvimento de estratégias apropriadas à complexidade de suas demandas, aos diferentes espaços de ação, respeitando a intersetorialidade e todos os atores envolvidos, reduzindo desta forma, as vulnerabilidades a que estão expostos, contribuindo na formação de cidadãos, sujeitos de direitos, capazes de decidir e de se responsabilizar por suas escolhas (BRASIL, 2006d).

Nesse contexto, apenas um profissional referiu que a unidade básica de saúde em que estava inserido apresentava turnos e horários específicos para o atendimento ao adolescente. Com isto, pôde-se observar que existiam iniciativas de trabalho com adolescentes e mesmo que isoladas foram consideradas importantes.

> Cada adolescente é atendido à tarde [...] se vier pela manhã é atendido de acordo com a demanda [...] as informações são sigilosas. Cada enfermeiro tem a sua sala para atendimento e têm os dias específicos de cada atendimento, cada programação (G3).

Há a necessidade de disponibilização de recursos humanos e materiais para que os adolescentes possam ser atendidos sem que atrapalhe suas atividades de vida diárias, ou seja, o atendimento seja por livre demanda. Entretanto, alguns enfermeiros afirmaram não existir nas unidades básicas de saúde em que trabalhavam estas condições.

> [...] não existe um período de atendimento para o adolescente (E2).

> A estrutura deste posto não é boa, tem espaço (...) assim, não tem ambientes voltados para eles, não tem turnos específicos [...] (E4).

Para que o adolescente sinta-se seguro para expressar o real motivo que o motiva a solicitar ajuda aos serviços de saúde, é fundamental o desenvolvimento de um ambiente preservado que proporcione sigilo, estabelecendo uma relação de confiança e credibilidade com os profissionais. Pois, somente desta forma, o adolescente poderá sentir-se mais à vontade e seguro para expor o que o aflige de verdade e o profissional poderá intervir através de suas ações e orientações na profilaxia e prevenção de agravos (BRASIL, 2006d).

Conforme o Ministério da Saúde, é importante a possibilidade da existência de turnos específicos de atendimento, para que a sala de espera esteja disponível para esse grupo. Esse ambiente poderá contar com vídeos, jogos, murais, painéis de mensagens,

notícias e informações, música, cartazes, revistas, livros, entre outros de acordo com a realidade de cada local (BRASIL, 2006d).

A necessidade de uma estrutura física adequada é importante para que haja a articulação do atendimento ao adolescente e, consequentemente, oportunidades para formação de vínculo com os profissionais. A ausência de infra-estrutura nos serviços de saúde pode inviabilizar algumas atividades e procedimentos como, também, ocasionar desconforto a esta população pela ausência de acomodação em ocasiões de espera pelos atendimentos.

O processo de cuidar do adolescente representa um conjunto de ações que vão desde o planejamento em saúde, em linhas gerais e para os grupos específicos, até o cuidado direto com estes usuários, no qual, certamente, a prática educativa para o empoderamento dos mesmos passa a ser uma atividade premente, mas pouca enfatizada pelos enfermeiros entrevistados.

4.3 Ações no processo de cuidar aos adolescentes: aspectos facilitadores e impeditivos

Por meio das lutas e das ações por um sistema de saúde para todos – universal, igualitário, de qualidade e implicado na construção da cidadania, vem sendo discutidos temas problemáticos na organização dos serviços, ou seja, o modo como se estruturam e gerenciam os processos de trabalho. Compreende-se ainda que qualquer modelo de atenção à saúde faça referência não a programas específicos, mas ao modo como se constrói a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar (MERHY, 2007; MERHY, 2007).

Indubitavelmente, estes processos a envolver estruturas e relações apresentam facilidades e dificuldades a serem enfrentadas. Os discursos dos profissionais traduziram a existência de aspectos funcionais que envolviam o cuidado ao adolescente; as dificuldades existentes para a promoção da saúde relacionadas à ausência de materiais, insumos e impressos essenciais à assistência. Entretanto, a maior parte dos entrevistados afirmou que os recursos humanos constituem em fator preponderante e importante para o cuidado ao adolescente.

Os profissionais existentes nas unidades básicas de saúde possuem diversidade de conhecimentos e habilidades entre seus membros, sendo possível, desta forma, articular as ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais no sentido de interagir entre si, ter compromisso ético, respeito com o outro e com a clientela, motivação, planejamento,

responsabilidade, e, acima de tudo objetivos claros, possibilitando a construção de um projeto comum ((FRANCISCHINI; MOURA; CHINELLATO, 2008).

Neste contexto, o planejamento se configura como uma estratégia propícia a designar atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças. Segundo Francischini, Moura, Chinellato (2008), é necessário que os profissionais estejam dispostos a compartilhar objetivos, decisões, responsabilidades e resultados; que definam com clareza os objetivos; que entendam a importância de construir um plano de trabalho em conjunto; que tenham vontade de aprimorar as relações interpessoais, a escuta e que acima de tudo responsabilizem-se solidariamente pelos sucessos e fracassos a que estão sujeitos.

Nos discursos que seguem, os profissionais relataram a importância da equipe integrada como um facilitador do processo no direcionamento do cuidado ao adolescente e enfatizaram quantos e quais eram estes componentes essenciais ao cuidado. Alguns profissionais explicitaram a atuação de uma equipe multiprofissional nas unidades básicas de saúde.

> Os profissionais por enquanto do grupo de jovens é a psicóloga, a assistente social, a fisioterapeuta, o educador físico [...] (G1).
>
> Nós temos dois médicos e duas enfermeiras do PSF [...] (G2).
>
> A gente contava com apenas um enfermeiro. Agora chegaram mais duas. [...] temos duas pediatras, duas dentistas que têm feito excelente trabalho nas escolas em relação à saúde bucal. [...] tendo um ganho muito grande juntamente com os adolescentes com o NASF que fazem as ações de saúde [...] (G4).
>
> [...] na nossa unidade [...] temos uma equipe multidisciplinar, temos o NASF implantado nós temos aqui a residência multiprofissional, nós temos os profissionais da estratégia de saúde da família que são divididos em cinco equipes. [...] em relação aos recursos humanos, nós temos tanto a quantidade considerável de profissionais como também profissionais competentes (E1).

Os relatos mostraram a diversidade de profissionais atuantes na atenção básica e alguns que se dedicaram ao adolescente, mas não foi referenciado o trabalho realizado em equipe apoiado na interdisciplinaridade.

Peduzzi (2001) faz referência à elaboração de um projeto assistencial comum como sinalizador de integração da equipe em torno do qual acontece a dinâmica cotidiana de trabalho e de interação.

A equipe multidisciplinar se caracteriza por conter profissionais com diferentes habilidades que unem seus saberes e se dedicam aos usuários para oferecerem uma assistência humanizada, baseada nos princípios do SUS. Com isto, é importante que haja uma interação entre todos os membros da equipe para ações integrais e harmonizadas (FRANCISCHINI; MOURA; CHINELLATO, 2008).

Além disso, entende-se que são necessárias condições de trabalho favoráveis para que os profissionais se estimulem a atuar visando à qualidade e ao aperfeiçoamento de suas práticas e, ainda, que possam e venham a atender às necessidades dos serviços e, principalmente, dos usuários que necessitam de acesso, acolhimento, esclarecimentos de suas dúvidas e tratamento humanizado e integral. Este não se executa sem uma equipe de saúde unida e integrada com a instituição e com o próprio usuário que deve ser orientado sobre seus direitos e deve ser acolhido e conscientizado a respeito de que também é responsável pela sua saúde (QUEIROZ; SILVA; JORGE, 2003).

Os entrevistados demonstraram a necessidade da constante presença de profissionais para a assistência ao adolescente.

> A gente tem seis enfermeiros, são cinco dos PSFs e uma enfermeira de 20 horas [atua somente na Unidade Básica de Saúde], temos a assistente social também, temos a equipe de residência multiprofissional que tem vários profissionais, temos o NASF, profissional com certeza é o que não falta (E3).
>
> Nessa unidade são cinco equipes de PSF com médico, alguma não tem cinco dentistas nessas equipes fora, três médicos (E4).
>
> [...] nós temos ótimos médicos, ótimas enfermeiras, uma assistente social muito boa, agentes de saúde, pessoal da administração (...). Ao todo eu acho que nós temos 33 funcionários, quatro enfermeiras, uma assistente social, quatro médicos, têm plantonistas também que todo dia são dois que não são os mesmos todos os dias. Temos vários agentes administrativos e seis agentes de saúde (E8).

Apesar da existência de profissionais em diversas categorias, não são demonstradas ações planejadas com os adolescentes, mas algumas atividades pontuais, conforme relatado em discursos. Salienta-se a urgência de a equipe de saúde ter uma perspectiva diferenciada e construir estratégias voltadas aos adolescentes para que sejam viabilizadas as relações de vínculo e corresponsabilização no cuidado à saúde dessa população. “A relação com o adolescente no contexto da atenção básica é repleta de possibilidades. O profissional de saúde pode ser como um espelho para o adolescente quando se cria vínculos” (HORTA; MADEIRA; ARMOND, 2009, p.121).

O vínculo estabelecido entre profissional e adolescente é indispensável para um trabalho eficaz, em que ajude o jovem na construção de um sentido para a vida e o sentir-se aceito de forma incondicional por um cuidador que lhe seja de confiança (BRASIL, 2006e).

Os profissionais que formam a equipe do ESF se encontram no mesmo espaço físico e possuem formações distintas para a realização de um trabalho conjunto. Essa formação verticalizada desfavorece o trabalho em equipe, proposta essa que não integra as

discussões durante a formação acadêmica (FRANCISCHINI; MOURA; CHINELLATO, 2008).

Os profissionais dos serviços de saúde devem sempre estar buscando trabalhar em equipe de forma interdisciplinar e multiprofissional, contudo a impossibilidade individual não poder ser um fator impeditivo para o cuidado ao adolescente. Um único profissional interessado pode iniciar atividades específicas com este grupo populacional e, gradativamente, sensibilizar outros profissionais e setores da unidade para o trabalho em equipe com este grupo etário (BRASIL, 2006d).

Dentre outros fatores facilitadores, encontram-se por meio de alguns discursos, os equipamentos, instrumentais, insumos e impressos necessários para o atendimento às necessidades dos adolescentes.

É recomendado que equipamentos, instrumentos e insumos básicos sejam planejados de acordo com o tipo de atendimento que será realizado, com os recursos humanos existentes e com a quantidade esperada de clientes (BRASIL, 2005b).

Alguns profissionais alegaram a importância de alguns materiais disponíveis na unidade básica de saúde para o atendimento ao adolescente.

> Temos todo esse material como lanterna, termômetro, balança antropométrica, tensiômetro [...] (G1).
>
> Balança antropométrica nós temos, fita métrica também, lanterna (...) (E4).
>
> Nós temos termômetro, fita métrica, balança antropométrica, a lanterna é de cada profissional (E7).
>
> Quanto ao material, [...] termômetro, lanterna, fita (...) a gente tem (E8).

O Ministério da saúde preconiza que os equipamentos básicos necessários disponíveis para atender aos adolescentes são o tensiômetro, o estetoscópio, o termômetro, a balança antropométrica, a fita métrica, a lanterna e o espelho (BRASIL, 2006d).

Quanto aos insumos, a maioria dos entrevistados revelou a presença de todos nos serviços em que trabalhavam como os preservativos e outros métodos anticoncepcionais, medicamentos dentre outros preconizados pelo Ministério da Saúde. E, na ausência destes insumos, não havia empecilhos para o atendimento aos usuários e atuações em ações de prevenção às doenças, pois faziam parcerias com outras unidades para a busca deste material.

> Todos os materiais de insumos nós temos. [...] não tem faltado não na unidade. A camisinha, o anticoncepcional [...] (G1).
>
> [...] preservativos, anticoncepcionais, dentre outros métodos também temos (G3).

> Métodos contraceptivos, infelizmente, aqui nós só temos preservativos e o contraceptivo oral para amamentação que é só o progestogênio [...] (E4).
>
> Quanto aos insumos, tem luvas, preservativos antes faltava, mas agora já vem regularmente como também os anticoncepcionais. Os injetáveis e os comprimidos (E5).
>
> Quanto aos insumos nós oferecemos preservativos masculinos, estava tendo o feminino, mas em pequena quantidade, anticoncepcional oral, pílulas do dia seguinte, o Diu é ofertado, mas não para todo mundo, tem que ter uma avaliação clínica, temos luvas descartáveis, abaixadores de línguas, temos medicamentos padronizados (E7).
>
> [...] é muito difícil faltar medicamento, quando falta, eles podem receber em outra unidade básica (E8).

Os insumos preconizados pelo Ministério da Saúde são preservativos e outros métodos contraceptivos, fitas de Teste Imunológico de Gravidez (TIG), luvas descartáveis, *swab* para cultura, abaixadores de língua e medicamentos padronizados pelo sistema de saúde local. É fundamental que a burocracia não comprometa a qualidade do atendimento. Mesmo com a necessidade de controle dos insumos dispensados, o acesso aos preservativos e aos testes de gravidez deve ser o mais abrangente e simples possível, favorecendo as ações de contracepção, prevenção das DST e acesso precoce ao pré-natal (BRASIL, 2005b).

Os sujeitos da pesquisa afirmaram que nas unidades em que realizavam os cuidados de saúde, existe fácil acesso a impressos importantes que favorecem o atendimento aos adolescentes e, principalmente, o registro das atividades desempenhadas.

> [...] a caderneta do adolescente que tem todas as informações como as vacinas, informações sobre DSTs [...]. Os formulários ficam na coordenação [...] quando o profissional precisa de algum formulário (impressos) desses, ele se dirige até a coordenação e pega (G1).
>
> [...] quando a gente precisa fazer uma palestra completa de planejamento familiar ou doenças sexualmente transmissíveis, a regional disponibiliza uma mala até mesmo quando os adolescentes precisam para fazerem palestras nas escolas. [...] Muitas coisas aqui são no sistema como os encaminhamentos e sistema disponibiliza automaticamente [...] balança dentre outras coisas temos (G4).
>
> O cartão do adolescente nós conhecemos semana passada [...] chegou agora o cartão da gestante, na verdade é um livrinho que é novo [...] (E7).

Os impressos específicos para os adolescentes são gráficos de peso, altura, índice de massa corporal (IMC), pranchas de Tanner para avaliação do estadiamento puberal, tabela de aferição da pressão arterial. E, ainda, preconiza o material educativo: folhetos, kit educativo sobre métodos anticoncepcionais, material audiovisual, álbuns seriados, vídeos educativos, cartazes, modelo pélvico feminino, modelo de genitália masculina, jogos educativos (BRASIL, 2006d).

É importante ter os impressos adequados para a atenção ao adolescente, porém a inexistência deles não deve ser um motivo para o não atendimento (BRASIL, 2005b).

Portanto, é fundamental que os profissionais de saúde sejam capacitados e atentem para as necessidades e demandas que os adolescentes apresentam. No contexto da assistência ao adolescente, percebeu-se o quanto os adolescentes apresentam expectativas em relação ao atendimento do profissional de saúde e o quanto se sentem à vontade para expor suas angústias e vivências quando lhes são possibilitadas privacidade, liberdade e confiança (HORTA, 2006).

Os consultórios de atendimento devem permitir a necessária privacidade. Na impossibilidade de haver local para atividade de grupo na unidade, podem-se estabelecer parcerias com outros equipamentos sociais na comunidade (BRASIL, 2005b).

Os aspectos impeditivos, como o próprio nome diz, são aqueles que impedem, dificultam, atrapalham o desenvolvimento das ações. Ao trazer estes significados para esta pesquisa, percebeu-se que os aspectos impeditivos apontados eram dificuldades identificadas pelos entrevistados para a qualidade da assistência, mas em algumas situações não inviabilizava o agir profissional. Há que se entender que a presença do adolescente na unidade de saúde é motivo para aproximá-lo e iniciar vínculos sem abandonar o desenvolvimento de alguma ação que para ele seja importante.

A escolha do serviço de saúde pelo usuário será influenciada pelas atitudes dos profissionais durante o atendimento e da confiança na experiência dos membros da equipe de saúde. Verificou-se que a opção pelo serviço é determinada por experiências bem sucedidas com o paciente e seus familiares. Competência e interesse demonstrados pelo profissional de saúde em relação ao usuário indicam a qualidade de um serviço de saúde (RAMOS; LIMA, 2003).

A qualidade da assistência direciona para que a presença do acesso e do acolhimento sejam elementos imprescindíveis no atendimento. Estes incentivam a avaliação dos modelos assistenciais existentes e remetem à discussão de modelos a serem adotados nos serviços de saúde. Podem favorecer a uma maior resolubilidade das ações em saúde e a uma reestruturação dos serviços para que se possa atuar efetivamente sobre a saúde do indivíduo e da coletividade. São importantes também para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, pois a satisfação, a continuação da procura do serviço de saúde pelo usuário e o posterior estabelecimento de vínculo entre instituição e usuário está relacionada à conjugação de fatores facilitadores do acesso e/ou acolhimento (RAMOS; LIMA, 2003).

Os fatores impeditivos aparecem frequentemente nos discursos em relação à carência de recursos específicos e necessários para o cuidado ao adolescente.

> Agora não temos o teste de gravidez [...] solicita o exame [...] fazendo também a parte preventiva do teste rápido de AIDS (G2).

> [...] cartão especifico para o adolescente, não fazem porque nós não temos. [...] não temos a fita de teste imunológico de gravidez (G3).

> O Material que nós temos é o de atendimento para toda a unidade [...] às vezes quebra e é maior sufoco para vir outro [...] a questão de lanterna e espelho, oftalmoscópio, otoscópio [...] tem na unidade, mas está sempre com defeito [...] acaba um pouco atrapalhando o atendimento. O cartão do adolescente ainda não está implantado [...] quando acabam [...] vai tentando com algumas parcerias tirar Xerox de alguns desses impressos (E1).

> Cartão do adolescente não tem [...]. Camisinha feminina veio um período, dois meses e já parou. Impressos a gente não tem [...] o adolescente ainda não está inserido nestes programas. Pelo menos não inventaram nenhum cartão para o adolescente isso a nível de gestão mesmo (E4).

A ausência de recursos materiais essenciais à assistência foi apontada pelos profissionais como fatores impeditivos para o atendimento ao adolescente e, consequentemente, de perca de oportunidades para formação de vínculo.

> [...] gráfico de Tanner e do desenvolvimento, nós não temos [...] sugestão de estar colocando no sistema a possibilidade de ter esses gráficos [...] mas disseram que a gente estava impossibilitado porque eles não tinham mais como fazer modificações no sistema [...] a questão do preservativo[...] pela pouca procura acabam não mandando mais o direcionado para o adolescente (E1).

> [...] cartazes são poucos, caderneta do adolescente não existe. [...] falta recursos materiais para o adolescente. [...] não tem prontuário familiar, não tem índice de massa corporal [...] não tem a tabela de pressão arterial [...] (E5).

> [...] cartão de adolescente eu nem conheço, [...] é muito carente de recursos materiais [...] TIG nunca nem veio para cá. O nosso receituário são papéis que não são mais utilizados de qualquer tipo [...] e a gente utiliza isso para não parar o atendimento [...] eu acredito que falta este material por problema gerencial [...] atualmente está faltando quase tudo [...] dificulta o vínculo com os usuários (E6).

Durante o período de realização desta pesquisa houve a implantação do cartão dos adolescentes nas unidades pela Secretaria Municipal de Saúde. Portanto, algumas unidades já tinham os cartões e em outras, estes ainda não estavam disponíveis. Porém, durante a coleta de dados, percebeu-se a chegada destes cartões nas unidades básicas de saúde.

O Ministério da Saúde, através de sua Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ), implantou o cartão do adolescente que é um instrumento de cidadania para os adolescentes, incluindo informações sobre crescimento e desenvolvimento para acompanhamento, sobre como evitar doenças, mudanças corporais e, ainda, orientações

sobre saúde sexual, saúde reprodutiva, saúde bucal e alimentação, visando a uma melhor qualidade de vida para esta população (BRASIL, 2010).

Outro fator impeditivo citado foi a existência do prontuário eletrônico, pois alguns profissionais sentiam dificuldade no registro ou acesso a informações no computador e não tinham como pesquisar pela família, inutilizando, assim, sua denominação, possivelmente passando de prontuário familiar para prontuário individual.

> [...] o sistema é informatizado com prontuário eletrônico que inclusive a gente está lutando para que seja modificado porque não tenho como cadastrar se a consulta for de adolescente (E1).
>
> [...] o prontuário familiar é diferente aqui, pois é o prontuário eletrônico, é muito mais complicado porque eu não tenho computador aqui, computador no outro consultório também não tem. Tem bem dois computadores quebrados e eu prefiro o escrito. [...] o prontuário eletrônico dificulta muito. O prontuário familiar que eu conhecia tinha todos da família [...]. Aqui não, aqui é o prontuário do paciente tal (E7).
>
> A gente trabalha no sistema, tudo é no computador, hoje não existe prontuário mais. [...] o sistema é muito deficiente [...] Você não tem aquele prontuário por família como o PSF deveria ter (E8).

Sobre este recurso tecnológico, Weschler et al. (2003) ponderam como desvantagens do uso do prontuário eletrônico a dependência da existência de *software*, *hardware* e de infra-estrutura de redes, elétrica, de manutenção; a necessidade de constante manutenção, atualização e preservação de integridade dos dados; o uso do prontuário eletrônico requer treinamento, tanto do uso das ferramentas computacionais quanto do *software* propriamente dito; deve-se manter a privacidade dos dados em meio eletrônico. Desta forma, o investimento em segurança deve ser considerado; ademais o tempo gasto com a consulta, as dificuldades dos profissionais com o processo de digitação e a manutenção da relação médico-paciente frente ao computador.

A ausência desses aspectos, ressaltados como impeditivos do cuidado ao adolescente, evidencia problemas técnicos e operacionais, como a falta de treinamento, de manutenção dos computadores, dentre outros já citados. A ausência deste recurso pode ser um motivo para inviabilizar a continuidade do serviço ou não atendimento ao usuário.

Entretanto, o prontuário eletrônico favorece o acesso por parte dos profissionais de saúde em vários locais; o texto é legível; possivelmente completo; os dados não precisam ser transcritos em pesquisas; permite o armazenamento de imagens; pode destacar importantes componentes do prontuário como alergias, diagnósticos, problemas ativos, tratamentos ativos e observações clínicas recentes que, além de facilitar a abordagem do usuário pelos diferentes profissionais com acesso ao prontuário eletrônico,

pode se constituir em documento de acompanhamento deste em caso de migração para locais de prestação de serviços de saúde sem infraestrutura computacional (WESCHLER et al., 2003).

Alguns profissionais expressaram a tentativa de superação das dificuldades impostas por meio próprio, comprando e utilizando seus materiais.

> Quanto aos impressos, é pela nossa boa vontade, trazemos da nossa casa, tem até na minha pasta porque na unidade, não tem. A secretaria não dá isso para a gente (E8).

> [...] fita métrica cada profissional traz a sua (E1).

A precarização da área física e de recursos necessários para o atendimento aos adolescentes gera a limitação da prática profissional e possível insatisfação destes e dos sujeitos envolvidos neste processo. É importante a não interrupção de atividades para que não impossibilite o cuidado à saúde do adolescente.

A equipe de saúde deve estar atenta às peculiaridades dos adolescentes, objetivando maior procura destes pelos serviços de saúde. Para que se tenha um atendimento humanizado e a melhoria da prestação do atendimento, é importante que existam espaço próprio, horário definido para o atendimento, formação de vínculo de empatia e respeito, disponibilidade para ouvir, postura profissional, observação da confidencialidade, linguagem adequada e paciência (BRASIL, 2006e).

Para tanto, faz-se necessário que os profissionais, incluindo os gestores, compreendam as necessidades dos adolescentes, identifique equipamentos materiais e sociais para o desenvolvimento de ações e, ao mesmo tempo, estimule o adolescente a manter o vínculo com os serviços de saúde.

4.4 Processo de cuidar ao adolescente no cotidiano dos serviços de saúde

Para que a assistência ao adolescente seja de qualidade e permeada por todos os dispositivos da integralidade, é necessário que as equipes existentes nas unidades de saúde planejem estrategicamente ações enquanto instituição responsável pela promoção da saúde e prevenção de doenças para o enfrentamento de problemas e riscos identificados.

Por meio dos discursos, percebeu-se que a prática do planejamento para o processo de cuidar do adolescente apontava lacunas que dificultavam o atendimento das necessidades deste público.

> [...] estamos numa luta muito grande junto com a enfermeira responsável pelo programa da saúde da criança e adolescente, a gente está vendo o que podemos fazer para ampliar este trabalho. Vai melhorar muito porque o médico, o enfermeiro e o dentista vão ter que se envolver mais com a criança (G1).

> Através de reuniões que a gente faz para fazer o planejamento disso aí, desses eventos que a gente está fazendo com eles, inclusive do PSE o qual os profissionais dos postos de saúde vão até a escola para trabalhar com criança e adolescente (G2).
>
> [...] as atividades infelizmente não estão sendo planejadas nem organizadas (E2).
>
> [...] nós não temos nada programado, o trabalho se dá só quando ele procura a unidade espontaneamente [...] a gente faz um trabalho individual, não uma coisa programada, com grupos (E3).
>
> [...] estamos elaborando o cronograma de atendimento vislumbrando a possibilidade do atendimento ao adolescente, mas nada concretizando (E14).

O planejamento na área da saúde é um instrumento de gestão que promove o desenvolvimento institucional. As decisões a serem tomadas pelos vários profissionais neste planejamento devem estar de acordo e serem pertinentes para conduzir as ações de saúde ao ponto desejado. Não é fácil essa organização para alcançar os pontos vislumbrados (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

Horta (2006) afirma que para a atenção à saúde do adolescente ser implementada, é de fundamental importância a capacitação dos profissionais e a atitude desses em estar atentos para as necessidades e demandas trazidas pelos adolescentes, tanto as facilmente identificáveis quanto as implícitas ou disfarçadas em queixas vagas.

Para que os profissionais de enfermagem percebam a importância do planejamento das ações voltadas para as necessidades de saúde dos adolescentes, é necessário que a formação acadêmica seja permeada por conhecimentos e práticas voltadas para a integralidade a envolver muitas ações e serviços que agem de modo integrado e em rede e não apenas o ensino de ações pontuais e técnicas. Estas tão significativas, mas que abrangem a complexidade do cuidado humano.

Segundo Esperidião e Munari (2004), a formação acadêmica de enfermagem tem priorizado ensinamentos práticos, embasados em inúmeras técnicas, enquanto que o conhecimento científico ministrado aos discentes, muitas vezes, são desarticulados, fazendo com que se tenha uma ideia fragmentada dos sujeitos cuidados e da realidade, sem a devida relevância do seu significado real. Com isto, não haverá o retorno desejado para os que estão diretamente envolvidos nesse processo a envolver alunos, professores e profissionais da assistência.

Preconiza-se que os profissionais que atendem aos adolescentes nos serviços de saúde devem ser capacitados para atuarem diante das especificidades pertencentes à fase da adolescência como as mudanças físicas e psicológicas, a tendência grupais, as perspectivas

e os interesses para o futuro. Ao questionar os entrevistados sobre o processo de cuidar dos adolescentes, ficou patente a falta de cuidado direcionada a esta faixa etária.

> Não existe especificamente o cuidado para este grupo, mas eles não deixam de ser cuidados igualmente aos outros da forma que a unidade tem conseguido estar aberta até agora (G4).
>
> [...] nós não temos ainda um trabalho eficaz nessa questão de educação em saúde [...] motivos como agendas lotadas, falta de capacitação do profissional, falta de sensibilização, falta de apoio em alguns momentos da gestão, principalmente nessa questão de recursos [...] está propiciando a ele um acolhimento digno e característico da idade dele, característico da situação em que ele está vivenciando [...] Mesmo com as dificuldades a gente tenta dar um atendimento de qualidade a esses adolescentes (E1).
>
> Não existe um cuidado direcionado, especifico para o adolescente [...] para prevenção de câncer e pré-natal é lógico que aos nossos olhos, dentro do consultório a gente direciona maior atenção, principalmente com relação às informações [...] (E6).
>
> Não é no cuidado só para o adolescente, é mais pela demanda que surge [...] (E7).

É importante haver, primeiramente, motivação interna por parte dos profissionais e busca de capacitação para lidar com os adolescentes, pois estão vivenciando um momento ímpar, no qual ocorrem conflitos e surgem dúvidas, elementos constituintes do processo de busca da identidade (ARMOND; BOEMER, 2004).

Além disso, as ferramentas para o desempenho de funções na promoção da saúde e na produção do cuidado na atenção básica ocorre pela implementação da política nacional nesta área. Somado a isto, deve existir compromisso e conscientização da equipe para olhares, percepções e práticas diferenciadas para efetivar a assistência ao adolescente.

Considerando que os adolescentes têm como característica a procura por sua identidade e as respostas para as suas ansiedades nos grupos de companheiros, pode-se elucidar que o atendimento coletivo e a formação de grupos nas unidades de saúde constituem-se em uma forma privilegiada de facilitar a expressão de sentimentos, a troca de informações e experiências, bem como a busca de soluções para seus problemas (BRASIL, 2005b).

Nesse sentido, os profissionais expressaram que houve a intenção de implementar ações grupais com os adolescentes, porém não foram efetivadas a contento, pois houve descontinuidade.

> [...] Às vezes a gente já teve alguns momentos de estar criando grupos. [...] aqui na unidade já tivemos um grupo de roda de capoeira, já tivemos um grupo de dança e mesmo assim, a gente notava que a procura não era o que a gente esperava, sempre era um número bem aquém do esperado, mas essas são atividades que a gente ainda consegue desenvolver com este público [...] (E1).

> No ano passado a gente tinha um grupo de capoeira, um grupo de dança, mas já acabou, não existe mais esse grupo e eu não sei o motivo (E2).
>
> [...] os enfermeiros não participavam do grupo, nem eu que estou responsável pela saúde da criança e do adolescente, mas como era aos sábados eu não tinha disponibilidade de tempo para vir. Eu nunca cheguei a participar das reuniões, sabia o que estava acontecendo, mas eu mesma nunca vim (E3).
>
> Nós tínhamos um grupo de obesidade infanto-juvenil que a gente passou um ano [...] mas acabou (E7).

O trabalho conduzido na perspectiva de grupos para os adolescentes perpassa por entre as tecnologias e os saberes que consolidam as mudanças na realidade de quem o vivencia.

O Ministério da Saúde (2006d) preconiza algumas atividades que os profissionais de saúde devem desenvolver com os adolescentes: formação de grupos para que haja maior interação entre profissional/usuário, usuário/usuário e para que sejam discutidos assuntos importantes; atividades de promoção e atenção à saúde do adolescente; atividades estratégicas e específicas de captação dos adolescentes; e atividades educativas.

As atividades grupais na adolescência podem funcionar com finalidades terapêuticas e educativas, pois as suas características permitem evidenciar subjetividades e, ao mesmo tempo, favorecem a socialização entre os participantes.

A continuidade dos grupos e o acompanhamento pelos profissionais podem evidenciar situações de riscos à saúde dos adolescentes, pois, conforme afirmam Souza et al. (2005), a promoção da saúde e o trabalho em grupo possibilita a quebra da relação vertical que, tradicionalmente, existe entre o profissional da saúde e o sujeito da sua ação, portanto, essa estratégia facilita a expressão das necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias de vida que têm algum impacto na saúde de indivíduos e de grupos.

As tentativas de realização de grupos com os adolescentes não tiveram continuidade nos serviços, pois houve impedimentos por parte dos adolescentes e dos profissionais, ou seja, não houve um esforço compartilhado.

A inexistência de grupos para adolescentes na atenção básica representa uma perca para essa faixa etária, pois para a promoção da saúde é importante o desenvolvimento de estratégias que garantam a participação dos indivíduos no modo de encaminhar a sua vida, além de valorizar o encontro entre profissionais e usuários e a busca pela garantia dos direitos da cidadania. Neste contexto, os grupos devem superar as formas tradicionais do modelo biomédico, abrangendo as dimensões biopsicossociais relacionadas ao binômio saúde-doença. Em consequência disto, é fundamental que os

grupos não se limitem às mudanças das condutas individuais (HORTA; SENA; SILVA; TAVARES; CALDEIRA, 2009).

O cuidado ao adolescente na atenção básica deve ser desenvolvido por uma equipe multiprofissional de forma integrada. Neste sentido, os discursos mostraram que havia uma preocupação entre os profissionais em fornecer encaminhamentos para complementar ações e, de certa forma, promover a resolubilidade dos problemas dos usuários.

> A gente trabalha geralmente com esses outros profissionais através de encaminhamento interno, pelo famoso bilhetinho, faz o encaminhamento explicando a história. Encaminha para agendar ou no mesmo dia, ou agenda para um momento posterior tanto a nível interno como também com CAPS AD. [...] temos ajuda de outros profissionais [...] a gente vai tentando fazer essas parcerias, claro que ainda temos muito para caminhar para um atendimento multidisciplinar. [...] o mais próximo que temos disto é o matriciamento em saúde mental [...] sem a disputa de quem sabe mais, ou quem é o chefe da equipe e sim há uma troca. [...] a nossa visão ainda é muito compartimentalizada [...] A nossa história sempre foi de especificidade [...]. E acaba quebrando um pouco essa visão integral (E1).

> A gente trabalha numa equipe multidisciplinar [...]. A gente conseguiria uma parceria melhor se a gente trabalhasse junto com a escola que é o período que o adolescente se encontra, é o meio em que ele está. Seria mais fácil da gente trabalhar com ele lá [...] (E2).

> A gente trabalha na equipe de saúde da família que é o médico, a enfermeira, o auxiliar, o agente de saúde, eu falo mais desses que são os que ficam mais próximos [...] então quando temos alguma coisa para fazer, a gente só se reuni com esse pessoal porque a gente trabalha por área [...] a não ser que aconteça algum problema que foge a nossa área, a gente pode chamar o pessoal do NASF. Tem psicólogo, terapeuta, assistente social (E3).

As práticas interdisciplinares objetivam que os profissionais de saúde tenham uma abordagem integral sobre os fenômenos que interferem na saúde dos usuários e a partir disto, atingem maior eficiência e eficácia dos programas e serviços oferecidos à população (LOCH -NECKEL et al., 2009).

Embora haja diferenças de ideologias e condutas, os profissionais devem interagir com todos os membros da equipe para ações integrais durante as atividades diárias. Esta interação entre os profissionais permite a troca de informações relacionadas aos usuários para realizar a assistência adequada de acordo com cada necessidade identificada pela equipe. O trabalho em equipe multidisciplinar é necessário para uma assistência integral (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Os profissionais entrevistados relataram a importância da equipe multidisciplinar na assistência ao adolescente, como também a atuação articulada com

outros profissionais com saberes diferentes e complementares no intuito de prestar um atendimento de forma integral.

> Se a gente vê uma adolescente que tem problema, a gente tenta conversar com o familiar, com a psicóloga ou com quem ele necessitar seja o terapeuta, o educador físico é adolescente obeso, encaminha para a nutrição. Tem essa boa articulação aqui. Ainda bem (E4).

> Nós temos esta articulação quando tem alguma indicação para que seja atendida por alguns profissionais do programa, a gente encaminha e já pede para não deixar agendado, mas já encaminha direto para que o outro profissional faça a orientação necessária na mesma unidade e se for o caso dela ir para outra unidade a gente já faz o encaminhamento (E9).

> Quando é necessário a gente conversa ou com o pediatra ou com o clinico ou com o dentista para agilizar alguma coisa mais urgente [...] os profissionais aqui em termos de trabalho em equipe são muito acessíveis e temos um relacionamento muito bom (E13).

> A gente trabalhava sim em equipe multidisciplinar inclusive com educadores, profissionais inseridos na rede que possam estar ajudando. Aqui a gente tem essa possibilidade. Então a gente tem uma gama de profissionais na regional que podem ser disponibilizados para isso (E14).

A forma como se organiza o trabalho nas unidades de saúde interfere diretamente na rede de relações entre os profissionais, fazendo com que uns se aproximem e outros se afastem. Somente no trabalho em equipe, sem fragmentação da assistência, é possível notificar a produção de saúde relativa a problemas concretos das necessidades em saúde dos usuários.

Entretanto, por meio de outros discursos, observou-se que havia a divisão de tarefas.

> Multidisciplinar? Só se for eu e a médica. Sinceramente é só nós duas. A não ser assim, que precise também da nutricionista, geralmente eu tenho parceria porque qualquer paciente meu que precise eu encaminho [...] então a parceria é muito boa junto com a nutricionista e também com a psicóloga, com a médica psiquiatra do CAPs [...] (E5).

> Não trabalho em equipe multidisciplinar. O atendimento cada um faz o seu (E7).

> A gente conversa. Temos uma pediatra maravilhosa que a gente tem a maior liberdade de conversar com ela, assim como a assistente social. Então a gente tenta conversar uns com os outros, mas não é uma coisa assídua [...] é quando aparece um caso [...] aquele caso, quando o adolescente permite que a gente passe para o outro profissional para a gente tentar ajudar (E8).

> Não. A minha equipe não trabalha em conjunto. [...] tem o matriciamento do pessoal do CAPS que é uma boa estratégia (E12).

A efetividade e eficiência do sistema de saúde estão comprometidas devido à fragmentação e descontinuidade da atenção, heterogeneidade nos padrões de qualidade dos

serviços de saúde atingindo desta forma, as redes de cuidados de saúde básicos, especializados e hospitalares (MALTA et al., 2004).

Os profissionais de saúde devem atuar de forma a satisfazer às necessidades de saúde da população e a defender os princípios das políticas públicas de saúde, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, a integralidade da assistência, a resolutividade, a preservação da autonomia das pessoas, a participação da comunidade, a hierarquização e a descentralização político-administrativa dos serviços de saúde (OGUISSO; SCHIMIDT, 2010).

O momento de encontro vivenciado pelos profissionais junto aos adolescentes é descrito pelos sujeitos da pesquisa como oportunidade de orientação, de escuta, de encaminhamentos, de ajuda, de direcionar o cuidado ao adolescente, visando à manutenção de boas condições de saúde.

> [...] eu procuro conversar, orientar vários assuntos sobre drogas, eu gosto muito de bater nessa tecla, sobre a gravidez precoce eu gosto muito de falar, as DSTs (...) (E3).
>
> [...] então a gente dá uma direcionada, fala mais, orienta mais e encaminha mais também se necessário [...] (E6).
>
> [...] eu faço tudo para transformar a nossa consulta de enfermagem em um momento bem agradável para que ele queira voltar. A gente tem que passar confiança para que ele nos diga as coisas que não falam para qualquer pessoa [...] (E8).
>
> Então na minha consulta faço aconselhamento individual, prevenção das DSTs, gravidez precoce envolvendo o planejamento familiar. Através das visitas a gente aconselha que venha procurar o serviço para fazer as atividades preventivas (E10).

Pelos discursos, identificou-se a realização de algumas das atividades propostas pelo Ministério da Saúde, como atividades de promoção e prevenção de doenças, porém em ocasiões pontuais, como em palestras, numa consulta ou campanha de vacinação.

> Eu busco muito a questão da sexualidade, do sexo seguro, como eles têm muitas dúvidas. Vejo a questão da cultura deles, do nosso aprimoramento de direcioná-los. Nós já fizemos palestras [...] imbutir que eles têm que se cuidar. Me preocupo com a humanização deles, não tiveram acesso, então temos que resgatar e aplicar as vacinas (E12).
>
> [...] na consulta do planejamento familiar que a gente conversa muito principalmente com as meninas, os meninos procuram menos. Sobre o uso do preservativo, o cuidado com a gravidez precoce [...] dar uma atenção bem específica para eles. Fornecer o máximo de informações, se disponibilizar para ir até a escola, ver também a questão da vacinação do adolescente (cartão vacinal) e às vezes a gente vai fazer vacinação extra-muro (E13).

> [...] orientação com relação as mudanças corpóreas, a questão da estabilidade de humor, a questão da mudança propriamente dita no estado psicológico deste adolescente [...] a questão da orientação com relação a sexualidade, com relação à DSTs, a prevenção de gravidez na adolescência, a questão dos vínculos de amizades que eles tem [...]. A gente faz alguma coisa na saúde do adolescente na questão de está completando o calendário vacinal, a gente faz o atendimento de demanda espontânea do adolescente que nos procura, a gente faz o planejamento familiar dos adolescentes que nos procuram (E14).

Ao procurar os serviços de saúde, o adolescente busca por profissionais que possam ouvir suas demandas, que o acolha, oriente, compreenda suas necessidades, pois assim sente-se confiante de que está seguro e bem amparado. Pois, a maioria desta população sente vergonha, medo de ser repreendido e intimidado pela figura do profissional, fazendo com que necessite de coragem para procurar a unidade de saúde (BRASIL, 2006d). Com isto, advêm a necessidade de realização de atividades específicas para os adolescentes, principalmente, estratégias de captação desta faixa etária para que se possa atuar de forma eficiente na promoção de saúde e prevenção de doenças deste grupo populacional.

Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) devem atuar na captação dos adolescentes de forma integrada. Consoante o Ministério da Saúde (2006d), os agentes comunitários por estar em constante visitação à comunidade, têm papel fundamental na busca dos adolescentes para as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Durante suas visitas devem incentivar os próprios adolescentes e responsáveis à procura pelas UBS de referência diante de qualquer problema ou dúvida, informando-os sobre a existência de serviços especializados e das atividades que ocorrem e que são voltadas para este público.

Entretanto, alguns profissionais inseridos nas UBS sentem-se inviabilizados em oportunizar ações específicas para os adolescentes por falta de acesso às salas ou de interesse dos mesmos. Outro sujeito demonstrou que os profissionais não realizavam a captação dos adolescentes para as unidades básicas de saúde e caso aparecessem seriam atribuídas algumas atividades durante a consulta.

> Nós não fazemos ações específicas para o adolescente. [...] eu acredito que seja uma falha muito grande nossa porque a gente não se envolve nas atividades voltadas para o adolescente por isso a gente não resgata esta população (E10).

> [...] eu tenho um olhar muito especial para o adolescente. Quando eu tenho a oportunidade de algum deles me procurarem, eu procuro suprir, me deixar aberta e de maneira que eles possam ter (...), ter uma abertura pra falar comigo, tirar as dúvidas e realmente eu me coloco à disposição (E11).

> Não estou fazendo mais prevenção por falta de acesso as salas (E12).

É notório que houve interesse em superar dificuldades por parte de alguns profissionais, mas existiam situações que requeriam estrutura adequada para efetivação da atividade.

A carência de recursos e de planejamento para ações voltadas aos adolescentes compromete a assistência. Para o Ministério da Saúde (2006d), é importante a realização de um planejamento conjunto de atividades voltadas para essa população, em que cada profissional tenha uma definição clara de suas responsabilidades.

Outros entrevistados enfatizaram o cuidado ao adolescente sem especificidade, sem direcionamento às necessidades individuais deste grupo populacional, cuidam somente quando advinha de uma necessidade de saúde, de uma procura por parte destes usuários.

> Durante as consultas quando eu pego algum adolescente [...] de acordo com o que ele apresentar é que a gente faz o cuidado [...] que o adolescente saudável está aqui e a gente está se preocupando em falar e orientar, eu particularmente não faço. [...] se chega uma adolescente que está grávida ou então que está tendo relação sem se prevenir que tem algum problema, aí a gente senta, conversa, tira dúvidas, explica, orienta, mas de acordo com o problema que ele traz, se não for assim não tem a orientação nem o cuidado com ele (E5).

> Fica difícil para eu responder dentro da especificidade, pois a experiência que tenho é só dentro da consulta que nós fazemos a prevenção à saúde do adolescente, o cuidado em casa, a distribuição do Bolsa Família, orientamos também a existência de outros profissionais que podem estar orientando como o dentista, a ginecologista, os outros profissionais, a minha atuação só é dentro da consulta, uma orientação básica [...] O cuidado se dá durante a consulta, orientação, indicação do que ela tem, a preocupação da mãe para saber o que ela tem e a gente desenvolve a palestra de acordo com a demanda que ocorre na consulta de enfermagem (E9).

Pela noção de integralidade na atenção à saúde, as políticas e as ações programáticas devem responder às demandas e necessidades da população no acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões, biológica, cultural e social do ser adolescente (SILVA; SENA, 2008).

Dentre outras atividades realizadas pelos enfermeiros, algumas entrevistas demonstraram a restrição do cuidado nas ações programáticas não respondendo, desta forma, às dimensões do cuidado, não somente no âmbito biológico.

> [...] a gente recebe essas adolescentes na prevenção, no pré-natal e no planejamento familiar que são os três programas que eu acho que eles procuram, e na sala de vacina também [...] (E3).

> Principalmente planejamento familiar. [...] eu pelo menos tenho muito mais contato com os adolescentes no consultório seja no dia do planejamento, no dia do pré-natal, no dia da prevenção [...] (E4).

> A única parte que eu desenvolvo com o adolescente é o planejamento familiar, prevenção, no atendimento [...] mas dizer que a gente senta, tem grupo e tem roda a gente não tem (E5).
>
> Pré-natal, planejamento familiar, prevenção, algumas vezes orientações sobre a alimentação, mas não programada, a demanda é a que aparece [...]. A consulta de pré-natal, depois acompanhar a mãe adolescente. [...] na consulta puerperal, de está resgatando esta menina [...] pré-natal, planejamento familiar (...) mais não é exclusivo do adolescente. Enfatizar a importância do planejamento familiar não só com o uso do anticoncepcional, mas também com o uso da camisinha, orientando para que elas sempre estejam procurando fazer uma prevenção ginecológica, exames de mama (E7).
>
> [...] pré-natal, planejamento familiar, vacinação, prevenção. A gente tem mais acesso ao sexo feminino do que ao sexo masculino. (E12).
>
> [...] a gente atende a parte do Bolsa Família, planejamento familiar, pré-natal e quando elas comparecem para a parte de saúde da mulher (E13).

Há um despreparo profissional para a atuação, baseado na integralidade junto aos adolescentes. Com isto, é perceptível a necessidade da educação permanente dos profissionais de saúde que pode ocorrer por meio das reuniões da equipe, tornando-se, desta forma, um mecanismo importante no desenvolvimento das relações entre a própria equipe. Esta deve visar à transformação da prática profissional e da qualidade do serviço em detrimento de um simples domínio de conhecimentos e habilidades técnicas (BRASIL, 2006d).

4.5 Integralidade do cuidado ao adolescente: entre o pensar e o fazer dos profissionais

Em conformidade com as questões da pesquisa, os achados apresentaram enfoque na integralidade uma das diretrizes do SUS, embora com conceito abrangente que suscita o foco da organização das práticas e o processo de trabalho de um modo geral. Com isto, surgiram alguns elementos da integralidade presentes nas ações dos enfermeiros e dos gestores referentes às práticas de cuidado ao adolescente e à organização descrita na nesta temática.

Entendendo a integralidade como uma das diretrizes que contribuiu consideravelmente para a reforma do sistema de saúde brasileiro, que envolve uma visão ampliada do cuidado, e alguns atributos no que se refere às práticas profissionais e à organização do serviço. Portanto, a articulação dos conceitos de integralidade adotados na referida pesquisa foram acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção.

Os enfermeiros como profissionais de saúde inseridos em uma equipe multiprofissional, devem refletir acerca da necessidade da efetivação e concretização deste princípio na prática cotidiana, para a eficiência e eficácia do Sistema Único de Saúde (FONTOURA; MAYER, 2006 e PINHO; SIQUEIRA; PINHO, 2006).

Na concepção de Mattos (2004) a integralidade se caracteriza pela apreensão ampliada das necessidades do sujeito a partir do encontro com a equipe de saúde. Assim, priorizam-se ações e serviços de saúde em detrimento à necessidade de identificar e fornecer resposta para a doença, mas manter a perspectiva da intersubjetividade.

A integralidade do cuidado ao adolescente no campo da atenção básica permite uma prática clínica com vistas a atender as necessidades e demandas desta população. A produção do cuidado com eixo na integralidade deve embutir ações em que haja a participação de todos os sujeitos envolvidos proporcionando autonomia, escuta e assistência pautada na individualidade de cada usuário. Envolve aspectos do ato de cuidar e ser cuidado envolto às respostas das demandas e necessidades destes usuários.

No sistema de saúde, o usuário é visto como aquele ser social que necessita de ações que promovam sua saúde. Nesta perspectiva, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) inclui como fundamento a efetivação da integralidade em seus vários aspectos como integrar ações programáticas e demanda espontânea; articular as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenar o cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2006 c).

O que se percebe é que alguns atributos da integralidade estão diretamente articulados no que se refere às práticas profissionais e a organização do serviço. Assim, é ressaltado por Camargo Jr. et al. (2008) em pesquisa sobre avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. Os autores discutem a articulação dos conceitos que traduzem a integralidade, os quais foram adotados pelos profissionais na referida pesquisa: acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção.

Em conseqüência disso, o profissional desenvolve ações clínicas, operando sobre as necessidades do usuário, ao mesmo tempo em que procura oferecer-lhe mais autonomia no seu processo de cuidar. Do mesmo modo, o acolhimento constitui-se em tecnologia para a reestruturação dos serviços de saúde com vistas à garantia de acesso

universal, resolubilidade e humanização do atendimento (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Apesar de o termo acolhimento denotar recebimento na entrada, na chegada ao serviço, é importante apontar para a necessidade de o acolhimento estar presente em todos os momentos do cuidado produzido na assistência ao adolescente.

Nos discursos dos participantes o acolhimento foi uma ação realizada pelos profissionais, visto que as unidades básicas de saúde eram divididas por equipes de PSF (médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, dentista e agentes de saúde), atual Estratégia de Saúde da Família (ESF) que tiveram oportunidade de atuarem junto ao adolescente.

> Todos os pacientes que chegam aqui sejam os adolescentes, os adultos (...) ele vai para sua equipe. Ele vai para o enfermeiro, o enfermeiro faz o acolhimento e se a pessoa está com alguma necessidade de cuidado maior, ele passa para o médico, entendeu?! Toda parte do acolhimento em classificação de risco é com o enfermeiro (G1).

> Quando eles vêm, tem o acolhimento que é feito de manhã e feito as 16:30 hrs da tarde. O profissional de saúde vai acolher, saber qual o problema que incomoda e tenta então distribuir pela necessidade do paciente [...] na hora do acolhimento fazem uma palestra sobre o tema que está em evidencia, como agora nós estamos falando sobre o H1N1 [...] (G2).

> [...] agora o acolhimento está sendo por equipe [...] o adolescente quando chega entra de forma individual, conversa com o enfermeiro da equipe [...]. Esse usuário pode ser agendado.[...] cada equipe tem a sua realidade (E1).

> O acolhimento se dá de cada profissional fazer sua parte, tentar conversar da melhor forma possível, sabendo que essa é uma etapa mais difícil da vida e a gente tenta tratar de forma mais carinhosa, mais acolhedora mesmo [...] (E3).

> O acolhimento aqui é feito por equipes, geralmente quem faz é o enfermeiro. (E4)

> O acolhimento é feito na própria sala do acolhimento, o retorno à consulta, o controle dos sinais vitais, ponderal. Temos a sala de acolhimento, a sala de espera onde são feitas palestras, a farmácia [...]. O acesso se dá de forma espontânea, de acordo com a demanda (E9).

Entretanto, o processo de trabalho ainda se encontra estratificado pois, muitas vezes, visualiza o sujeito como ser acometido por algum problema de saúde, ou uma doença e olvidam-se da subjetividade, isto é, esquecem-se de que ele possui uma história de vida, que são também determinantes do seu processo de saúde e doença (FRANCO E MAGALHÃES JÚNIOR, 2004).

Para que a integralidade seja realizada na prática profissional, é necessário que estes atuem de maneira interdisciplinar atendendo às necessidades dos usuários,

promovendo assistência qualificada apresenta várias dimensões, mas incluem, essencialmente acolhimento, vínculo e acesso.

Observou-se uma aproximação entre enfermeiro e as ações de acolhimento. No entanto, esta foi evidenciada como atividade individual não institucionalizada e não direcionada a esta faixa etária, conforme se verificou nos discursos.

> Não existe um acolhimento especifico, eles são recebidos da mesma forma que os demais não só pela falta de espaço, mas não tínhamos os profissionais para receber dentro dessa questão (G4).
>
> [...] não é feita direcionada para os adolescentes. Ele é acolhido, é referenciado como um usuário comum. Aqui não existe (E6).
>
> O acolhimento é realizado com todas as pessoas independente se é com o adolescente, gestante (E7).
>
> [...] não é um acolhimento específico. O acolhimento é sempre a enfermeira quem faz, a assistente social entra com alguma palestra, conversa sobre algum tema [...] (E8).

Alguns profissionais sinalizaram a inexistência de ações promotoras de acolhimento para os adolescentes, embora ressaltassem como ação fundamental.

> Eles chegam na recepção e marcam a consulta e não existe acolhimento. Existe realmente um vinculo que é o mesmo dos profissionais com a família. Existe este vinculo, a gente sabe a realidade de cada um, a gente sabe dos costumes que eles têm, entendeu?! Então a gente sabe muita coisa deles e trabalha individualmente, não existem ações coletivas e nem voltadas para um grupo especifico de adolescentes (E10).
>
> Não temos acolhimento e isso é muito importante numa unidade. Considero como uma forma de organizar o atendimento, de ver de quem é a prioridade, quem tem necessidade [...] (E12).

Em pesquisa realizada, foram identificadas algumas situações pontuais de recepção inadequada, ausência de interesse pelo cliente e, até mesmo, rispidez no tratamento devido a falta de acolhimento, o que prejudicou a demanda dos adolescentes para as unidades de saúde e a confiança nos profissionais (RAMOS; LIMA, 2003).

Portanto, é de extrema importância que o adolescente sinta-se aceito, confortado, ajudado e respeitado nos seus direitos para que possa confiar nos profissionais e retornar aos serviços de saúde. A forma como é recebido na unidade e acolhido por todos os profissionais de saúde irá definir o vínculo que será estabelecido com o tratamento e com a unidade como fonte de apoio.

O vínculo favorece outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde quando é considerado ferramenta que implica em trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convergindo-os para a

realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo (SANTOS; ASSIS; NASCIMENTO; JORGE, 2008).

Mesmo diante de limitações, os profissionais mostraram a necessidade de estabelecer estratégias para formação de vínculo com os adolescentes.

> [...] aquele adolescente que a gente está precisando ter mais contato com ele a gente anota o endereço do adolescente para o agente de saúde ir lá e ver como está após a consulta. Sempre a gente tem essa preocupação de fazer o retorno [...]. A gente tem o compromisso e vinculo também com o familiar, eles têm acesso à coordenação, se está nervoso a gente conversa, oferece água, transmite calma e reforça que terão o atendimento (G3).

> A gente tenta formar esse vínculo desde o primeiro atendimento [...] vai depender muito da relação de confiança [...] Mas esse vínculo é dentro da área adscrita (E1).
> [...] o vínculo é formado porque a gente acompanha eles por muito tempo, né? [...] a gente já conhece a mãe, conhece a avó. Agora eles não costumam vir muito, eles faltam as consultas, eles só vem mesmo quando tem algum problema que está incomodando, ele não tem o costume de vir para a promoção da saúde não (E4).

> Em relação ao vínculo maior ocorre com aqueles que são da área da unidade, principalmente os que são da equipe de saúde da família que tem uma ligação maior dos ACS com esses usuários (E13).

Por outro lado, há o reconhecimento dos profissionais acerca da inexistência do vínculo entre instituição/profissionais e adolescentes apontando situações diferenciadas.

> [...] fica difícil dizer quem é quem, mas não deixaram de ser atendidos dentro de um contexto geral. Toda a vinculação, programação ou o que for preciso de agora em diante são planos da equipe que está entrando [...] (G4).

> [...] o vínculo com o usuário é pequeno [...] (E2).

> Quanto ao vínculo [...] é formado com todos os profissionais os quais eles passam [...] uma vez ele pode vir comigo, outra vez com outra enfermeira ou o médico (...). Então não existe aquele vínculo formado (E6).

> Não tem o vínculo de sempre está revendo aquela pessoa e de serem os mesmos profissionais (E7).

> Vínculo é muito difícil para mim porque desde que eu entrei já mudei de área de abrangência várias vezes agora é que estou conseguindo ter um vínculo maior [...]. Nós temos que criar vínculo com o adolescente, pois não é um cliente fácil (E12).

O resultado da prática profissional está implicado no processo diagnóstico e terapêutico, na familiaridade, na confiança que se estabelece e na colaboração que vá existir tanto por parte do profissional, como também, por parte do paciente. O

profissional de saúde ainda não está preparado a pensar o paciente em sua integralidade, como um ser bio-psicossocial, e a perceber o que está por trás do significado do adoecer para o paciente (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

A acessibilidade aos serviços de saúde seria a busca e obtenção de cuidados em saúde, não se restringindo apenas aos limites de sua residência, referente à distância a uma unidade de saúde, por exemplo. Abrange também os aspectos econômicos, relativo aos gastos do usuário com o serviço e organizacional, incluindo-se os tipos de serviços oferecidos, os horários previstos e a qualidade do atendimento. Portanto, são considerados obstáculos à utilização de um serviço: localização, custo do deslocamento e forma de organização do serviço (COSTA; NASCIMENTO, 2006).

O acesso universal aos serviços de saúde requer uma visão unitária de que a saúde é um bem público, e o fortalecimento de uma utopia social igualitária, tendo a saúde como direito individual e coletivo que deve ser fortalecido com o redimensionamento de uma nova prática construída a partir de uma gestão democrática e participativa. Este acesso é entendido pelas necessidades estabelecidas pelos usuários e não em função de uma oferta de serviços organizada e hierarquizada (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

Os entrevistados em seus discursos alegaram que os agentes de saúde se responsabilizavam pela busca ativa por adolescentes.

> [...] os agentes de saúde é que fazem as visitas domiciliares, todos os dias eles vão nas casas para saber o que está acontecendo, tem casos em que os agentes de saúde passam para o médico da equipe dele e depois vem na coordenação para a gente garantir a vaga para aquele atendimento. Em outro caso o paciente vem na unidade [...] a recepção já direciona para a enfermeira que tem a vaga (G3).

> O acesso se dá de duas formas, ou por demanda livre ou trazidos pelos agentes de saúde, se for alguma coisa de emergência tem um agendamento [...] ver como podemos resolver a questão (G4).

> O usuário que seja novato, o agente de saúde vai para a visita para saber se realmente ele reside naquele domicilio [...] é feito o cadastramento e é feito o agendamento das consultas subseqüentes isso aí é o que a gente está tentando organizar essa forma de acesso[...] tem que organizar isso da melhor forma para está dando uma qualidade no atendimento. [...] o adolescente procura pouco a unidade[...] (E1).

> O acesso é igual para todos. Não é um acesso diferenciado por idade, né? (E2).

> [...] não existe esse programa que a gente possa estar fazendo esse fluxo para melhorar o acesso deles, a gente não tem essa organização [...] (E3).

> A gente procura garantir o acesso, encaminhar para a vacina, pré-natal, para uma questão clinica [...] não voltada para o adolescente [...] (E7).

> O acesso é igual aos outros usuários. Chegam por demanda espontânea algumas vezes os agentes de saúde trazem e também, quando são encaminhados pelas escolas próximas (E13).

A dificuldade de acesso a esses serviços possivelmente tem a ver com o acolhimento daqueles que estão na porta de entrada, que podem não facilitar, esclarecer, encaminhar seja qual for a ação para não perder o cliente/usuário do sistema. Sabe-se que para progredir na implementação dos princípios da equidade e integralidade na saúde há que se capacitar os trabalhadores de saúde para que possam agir de forma cooperativa e humanizada, respeitando os direitos à saúde, conforme dita a constituição vigente do país.

A intenção para a humanização em saúde deve aliar preocupações de caráter relacional com investimentos e transformações na infra-estrutura da rede de serviços. As atitudes dos trabalhadores da saúde para com os usuários devem ser além de acolhedoras, não podem prescindir da existência de condições concretas para o atendimento das demandas destes. Um obstáculo para a atenção humanizada pode-se dar pela inviabilidade de acesso a serviços e tecnologias necessárias ao enfrentamento da dor, do mal-estar, enfim, da recuperação da saúde (TRAD, 2006).

Para o alcance da integralidade, há uma requisição de uma resolutividade do sistema de saúde e de uma responsabilização por parte dos usuários e profissionais de saúde. Portanto, para Gomes (2007) a inadequada capacitação profissional dos principais profissionais (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde) envolvidos na operacionalização do PSF, contribui para a pouca resolutividade do trabalho assistencial das equipes envolvidas nesse programa. A pouca profissionalização tanto por parte dos profissionais atuantes no sistema, quanto dos gestores, gerou problemas como a ausência de compreensão do papel do profissional inserido no cotidiano da comunidade e a incapacidade de organizar o serviço, tornando-o ineficiente. Diante da insuficiente resolutividade do PSF, a população continua buscando por serviços de urgência e emergência para solucionar os problemas de saúde.

Para evitar esta pouca resolutividade, o profissional tem que estar atento e flexível para desenvolver suas atividades conforme preconizam as políticas de saúde que estabelecem diretrizes e princípios capazes de promover a cidadania garantidas na Constituição brasileira. Diante disso, aponta-se para a necessidade de os profissionais

serem melhores preparados e resolutivos, pois abordagem junto aos adolescentes certamente requer todas essas qualidades profissionais.

Em face disso, por resolutividade entende-se a capacidade de solucionar as ações e serviços de saúde, por meio desta e da integralidade das ações, de forma contínua e de boa qualidade aos adolescentes, jovens e suas famílias, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco a que esses indivíduos estão expostos (BRASIL, 2005 a).

Corroborando com os autores (Oguisso e Schidmitdt, 2010; Gomes, 2007; Brasil, 2005 a) que mencionaram a resolutividade das ações e serviços de saúde, os profissionais atuam por meio de parcerias com outras unidades e outros profissionais que fazem parte da equipe interdisciplinar na tentativa de minimizar os problemas de saúde dos adolescentes e deixá-los satisfeitos.

> [...] a resolutividade dos problemas é algo bem complexo. Adolescente com alguma característica de risco, alguma problemática maior, a gente está tentando fazer as referências [...]. A gente tenta abrir os campos de atenção à saúde que tem dentro da unidade para cada necessidade específica. [...] não tem essa contra-referência oficializada, mas a gente está pedindo ao agente de saúde para fazer essa busca ativa do retorno ao adolescente à unidade (E2).
>
> Tudo que eu posso fazer e minha equipe pode fazer, se tiver como pedir a outros profissionais para resolver eu tento agilizar [...]. Eu tento entrar em contato com a médica, mas se tiver coisas mais importantes, a gente manda para a coordenação e aí fica entre a coordenação e as parcerias (E5).
>
> A gente tenta resolver e ver com 3 a 4 profissionais e sempre a gente vai até o final em vários casos que aconteceram aqui, acompanhando até o final. [...] sempre a gente se junta quando tem um caso assim especifico. Então a gente vai até o final nos casos (E8).
>
> Minimizar os problemas de saúde dos adolescentes e das mães que ficam ansiosas para resolver. Procurar uma resolução para aquele caso e se for um caso que a gente possa atender aqui mesmo a gente já encaminha para a nutricionista [...] tem a visita domiciliar que é um vínculo direto que a gente faz. Quanto à contra-referencia não existe, peço para que quando elas retornem me lembrem o que foi feito (E9).
>
> Dependendo do problema a gente busca rede social de apoio, terapias, então a gente procura resolver dentro de nossas possibilidades (E10).
>
> Quanto a resolutividade, o que pode ser resolvido aqui na unidade é feito, se precisa de algum outro encaminhamento que no momento não tem disponível ou que tem uma dificuldade maior, a gente entra em contato com a regional para ver o que pode ser feito para agilizar. Dentro da unidade o que pode ser feito a gente tenta fazer para conseguir resolver (E13).

Nas argumentações de Cecim e Ferla (2006) a orientação do trabalho em equipe consta nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de graduação da

área da saúde quanto nas diretrizes para o exercício profissional no Sistema Único de Saúde Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS. Portanto, o exercício dessa prática é uma ação política e social de movimentos que já se desencadearam e já estão em processo. Salienta o autor que um projeto terapêutico da integralidade e da resolutividade é muito mais complexo do que pode responder a circunscrição de uma profissão isolada. Somente na equipe podemos supor a produção de um ato de saúde relativo ao problema concreto das necessidades em saúde, com os recortes profissionais da atenção.

O trabalhador de saúde nesta perspectiva deve ser resolutivo e servir como um facilitador de todo este processo, como forma de atingir a integralidade da atenção.

Os fluxos assistenciais, além de organizar a linha do cuidado, definem que a equipe da UBASF ou da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem responsabilidades sobre o cuidado, é quem deve ser gestor do projeto terapêutico e, portanto, deverá acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, assim como a "contratransferência" para que o vínculo continue com a equipe básica, que tem a obrigação de dar continuidade aos cuidados ao usuário. O desenvolvimento das linhas do cuidado e colocá-las operando é impressa como uma inovação nas propostas assistenciais do SUS (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004).

Neste estudo, os profissionais buscam incentivar o adolescente a se tornar co-responsável por sua saúde, pois terá a garantia do seguimento dos cuidados à saúde, bem como, responsabilizar os familiares. Os profissionais destacaram a importância de oportunizar a ida do adolescente ao serviço para orientá-lo constituindo um processo de co-responsabilização.

> A gente trabalha a responsabilização sempre no contexto de co-responsabilidade [...] a gente tenta colocar para ele que a responsabilidade também é dele, que nós enquanto profissionais estamos aqui disponíveis para dar um atendimento da melhor forma possível [...] mesmo nessas condições em que a gente encaminha esses adolescentes para o serviço mais especializado, sempre a gente tenta colocar para ele que tem que voltar a unidade [...] a gente tenta encaixar [...] os outros profissionais, encaminhavam para dentista, para psicóloga se fosse o caso [...] a gente vai tentando fortalecer essa questão da resolutividade utilizando essas nossas parcerias (E1).

> Eu sempre fico tentando porque eles querem ser muito independentes, mas não querem ter a responsabilização, eles querem ter os direitos de um adulto, mas não querem ter certos deveres. Quando não consegue é a família mesmo, a psicologia e todos os outros profissionais. [...] a nossa dificuldade é não abandonar porque a gente sabe que o problema social às vezes é maior. Não é para ser aquela questão de militarismo de estar perseguindo, mas de vez em quando a gente está chamando aquele adolescente tentando juntamente com a

> família. Tem que ter a responsabilização da família também porque são muito soltos, largados (E4).

> Quanto a responsabilização, fica tanto comigo, quanto com ele como com o agente de saúde da área dele [...]. A gente tem que ficar vendo se foi resolvido, vendo se ele foi mesmo para onde foi encaminhado, tudo o que aconteceu e eles (agentes) apresentam depois o resultado do que aconteceu com o adolescente (E5).

> A responsabilidade também é colocada para ele, dependendo da necessidade é colocado para outro profissional, a gente tenta encaminhar. Coloca a responsabilidade para ele e para a família. Quando encaminhamos não tem um acompanhamento, só em alguns casos quando o problema é mais complexo [...] Mas não é sistemática (E7).

> Não existe essa ação específica de responsabilização. A gente trabalha individual, a gente procura trabalhar com a família e com o adolescente, mas são problemas individualizados (E10).

Por meio de ações que promovam a autonomia como esclarecimentos e orientações, os profissionais permitem que os adolescentes passem a ser co-responsáveis pela sua saúde visando à aproximação real de seus problemas de saúde e possíveis soluções. Diferentemente da percepção tradicional de que o adolescente é um ser dependente, estes, são sujeitos de direitos e deveres, que possuem forte sentido de autonomia e que, por isso mesmo, são capazes de manipular suas identidades, discursos, atitudes e se responsabilizar também por sua saúde, de acordo com seus interesses e contextos diversos (LYRA et.al., 2002).

Os entrevistados reforçaram o desenvolvimento de ações que favoreciam a autonomia dos adolescentes em relação à sua própria saúde.

> [...] estou sempre passando pra eles que eles vão ter que se cuidar e se tiver com quem estar dividindo, tirando dúvidas e que agora tem que ter realmente preocupação e cuidado com a saúde deles né? (E11).

> A gente se sente responsável. O PSF faz com que a gente tenha vínculo com a comunidade e quando a gente cria vínculo, a gente tem também responsabilidade pela comunidade. [...] se eu não tenho uma atividade direcionada, não tem resolutividade. O adolescente deve ter um atendimento prioritário (E12).

> Tento colocar para eles que estão gerindo a própria vida deles. A gente coloca as coisas que eles estão fazendo que tem que assumir, mas não ficar para a gente, pois não vamos estar ao lado deles 24 horas por dia. Quando existe um problema maior a gente compartilha com a equipe para que possa conversar sobre aquele problema daquele adolescente e tomar as decisões que são da saúde e ver os encaminhamentos possíveis, mas quando ele pode andar com as próprias pernas, a gente faz com que ele veja que ele é responsável pela vida dele (E13).

No âmbito da atenção à saúde do adolescente percebemos a ausência de instrumentalização técnica dos profissionais de modo a lidar com as necessidades e as demandas de saúde dessa população. A indisponibilidade de recursos humanos habilitados na área com visão sobre as necessidades dos usuários, recursos materiais e instrumentais adequados, a necessidade de um trabalho em equipe com adoção de diretrizes do SUS, tais como a perspectiva da atenção integral, a ausência de um planejamento para suprir tais necessidades e a ausência de um acolhimento e vínculo por parte de todos, talvez sejam causas básicas que dificultam o acesso dos adolescentes aos serviços, a baixa procura e a falta de encaminhamentos e resolutividade dos problemas de saúde na rede assistencial.

CAPITULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo focalizou o processo de cuidar do adolescente em unidades básicas de saúde na perspectiva de enfermeiros e gestores que estão inseridos na rede de cuidados. Buscando desenvolver a pesquisa, abstraíram-se as percepções e o agir destes profissionais em uma área específica do cuidado humano – adolescência.

O processo de cuidar desta população traz peculiaridades, considerando ser uma população crescente, em que cada vez mais são evidentes os riscos de saúde e apesar de todas as políticas públicas de saúde terem evoluído, ainda não atingem satisfatoriamente este grupo populacional.

Na reflexão crítica sobre este fazer, apreende-se que os enfermeiros e gestores devem atuar em equipe e de forma integrada na organização da assistência e no cuidado ao adolescente. Isto fortalece a construção da linha do cuidado ao adolescente na atenção básica. No entanto, percebeu-se que há necessidade de um planejamento, pois os profissionais relataram que este é realizado de um modo geral com alguns membros da equipe, porém, em sua maioria, não havia a participação dos gestores neste processo, comprometendo a sua função de tomada de decisão.

Desta maneira, o cuidado ao adolescente torna-se fragmentado, sem planejamento específico e com ausência de ações estratégicas voltadas a esta faixa etária. Certamente, estes momentos para se refletir em equipe a respeito dos aspectos que envolvem as necessidades de saúde e planejamento das ações voltadas para os adolescentes poderiam tornar o trabalho mais efetivo.

Observou-se nos resultados que os grupos de adolescentes que existiam nas unidades pesquisadas foram evadindo-se e, atualmente, não existe nenhum trabalho desenvolvido de forma grupal. Apesar de ser considerado um grupo populacional com menos possibilidade de adoecimento, paradoxalmente está vulnerável a diversos problemas de saúde, entre eles, susceptibilidade a Doenças Sexualmente Transmissíveis, o uso de drogas, além de outras circunstâncias específicas dessa fase.

Portanto, os profissionais deveriam atuar de forma a efetivar a assistência permeada pela integralidade, formando grupos em que as atividades educativas

propostas permitam a promoção da saúde, prevenção de doenças com inserção dos adolescentes nos serviços de saúde de modo mais participativo.

Os profissionais ocupam-se em suprir tais ausências de atividades por meio de orientações relacionadas a questões de sexualidade, autocuidado, prevenção do uso de drogas e demais questões vinculadas às vivências dos adolescentes. Entretanto, foram realizadas, em sua maioria, apenas em algumas consultas realizadas pelos profissionais que cuidavam diretamente por meio de consultas.

No que se refere às ações do enfermeiro e do gestor na conformação da linha do cuidado ao adolescente, os participantes afirmaram ser imprescindível a existência de espaços adequados para a realização de atividades voltadas aos adolescentes que permitam a privacidade e o acesso desta faixa etária aos serviços de saúde. No cotidiano destas unidades básicas de saúde não há espaços físicos ou os mesmos não são utilizados, como, também, ausência de alguns recursos materiais que permitem um atendimento efetivo do adolescente no campo da orientação, proteção e recuperação da sua saúde.

Outro fator impeditivo citado foi a existência do prontuário eletrônico, pois alguns profissionais apresentavam dificuldade no registro ou acesso a informações no computador. Entretanto, a maior parte dos entrevistados afirmou que os recursos humanos eram um fator preponderante e disponível para o cuidado ao adolescente.

Logo, há necessidade de se utilizar um espaço adequado no atendimento, no qual haja comunicação e se possa visualizar o universo desses adolescentes, reconhecendo suas expectativas e necessidade de saúde e observando como eles podem participar das decisões de sua saúde e melhorar o autocuidado e sua autonomia.

É no momento do atendimento que emerge a intersubjetividade. E o profissional deve manter o sigilo das informações, a preservação da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, estabelecendo desta forma a confiança e o vínculo com este grupo populacional.

Os participantes demonstraram que devem ser capacitados para atuarem positivamente diante das especificidades pertencentes à fase da adolescência, como as mudanças físicas e psicológicas, a tendência grupal, as perspectivas e interesses para o futuro. Contudo, estes transpareceram o insuficiente cuidado direcionado a esta faixa etária e apontaram a pouca organização e planejamento do serviço para o desenvolvimento de tão necessária atividade na atenção básica.

Na discussão sobre o processo de cuidar aos adolescentes em unidades básicas de saúde com vistas às linhas do cuidado, apreendeu-se na percepção dos profissionais, que embora com suas limitações, o cuidado ofertado tem perspectiva de integralidade por meio do acolhimento, vínculo e acesso destes usuários. Neste sentido, foi possível conhecer o posicionamento dos profissionais frente à atenção a essa faixa etária, proporcionando a identificação de quais subsídios teóricos os profissionais dispunham para efetuarem a prática assistencial, pois embora, timidamente, compreendessem a necessidade de atenção pautada na integralidade.

Observou-se que os entrevistados se propunham a articular com outros setores e outros profissionais a produção do cuidado com a participação de todos os sujeitos envolvidos. Entretanto, essa prática era executada de maneira pontual nas poucas vezes em que o adolescente comparecia à unidade básica de saúde. No âmbito do cuidado ao adolescente, identificou-se a ausência de instrumentalização técnica dos profissionais de modo a lidar com as necessidades e as demandas de saúde dessa população.

Estes resultados possibilitaram aos profissionais da atenção básica repensar o cuidado prestado, buscando estratégias para atender às necessidades dos adolescentes. A pesquisa oferece reflexões sobre o agir dos profissionais e sua relação com a gestão, apresentando-lhes possibilidades de enfrentamento dos aspectos impeditivos de modo coletivo e não como uma proposta individual.

Para que os profissionais consigam estabelecer uma política de promoção da saúde e prevenção de doenças, é necessário que os serviços de saúde estejam atuando em conjunto com a educação, a cultura e o meio social em que vivem, ou seja, envolvendo outros setores e isto, também é orientado pelas diretrizes do SUS, na atenção integral ao adolescente.

Os adolescentes enquanto cidadãos portadores de direitos devem ser cuidados como sujeitos autônomos e devem ser respeitados em suas conquistas e direitos sociais. Neste sentido, foi oportuno instigar a atuação destes profissionais que não pode ser apenas técnica, mas uma necessidade ética, social e política capaz de contribuir com o desenvolvimento destes sujeitos. É necessário considerar que a adolescência envolve um contexto diferenciado das demais populações. Com isto, os profissionais de saúde devem ser capacitados a atuarem nas especificidades desta população e de modo compartilhado, envolvendo todos os que cuidam inclusive a família, quando possível.

O estudo apresentou como limitações a inviabilidade de realizar uma análise em todas as Unidades Básicas de Saúde da Regional IV, foram selecionadas quatro destas que foram representativas, havendo a saturação teórica na análise do objeto em estudo. Não foi realizado levantamento de dados internacionais sobre o cuidado ao adolescente pelos enfermeiros e sobre organização dos serviços de saúde pelos gestores, pois se pretendia conhecer estes aspectos no contexto brasileiro. Portanto, a temática não foi esgotada neste estudo, merecendo ampliação da análise em contextos diferentes.

Espera-se que este estudo motivem reflexões sobre o modo de agir dos profissionais de saúde, incluindo os gestores, de modo a contribuir com a linha do cuidado ao adolescente, estimulando-os a exercer um esforço conjunto, visando à mudança da situação em que se encontra o cuidado de adolescentes nas unidades básicas de saúde. Sugere-se também que na organização da linha do cuidado haja a identificação dos diversos atores que podem colaborar na implantação e desenvolvimento do processo de cuidar com base nas diretrizes do SUS.

Cabe, ainda, destacar que além do produto final da dissertação, haverá oportunidade de oferecer continuidade ao estudo por meio do Curso de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/EEAN, da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, em que será realizado o projeto intitulado: “Necessidades de cuidado a saúde dos adolescentes – uma contribuição da enfermagem”, que complementará este estudo por meio da visão dos adolescentes sobre suas necessidades e seus problemas de saúde.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. Os sentidos das praticas voltadas para saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p.157-166.

AMARANTE, A.G.de M.; SOARES, C.B. Políticas Públicas de saúde voltadas à adolescência e à juventude no Brasil. In: BORGES, A.L.V.; FUJIMORE, E.(orgs) **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. Barueri-SP. Manole, 2009.

ARMOND, L.C.; BOEMER, M.R., Convivendo com a hospitalização do filho adolescente**. Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v.12, n.6, p. 924-932, nov. – dez. 2004.

ASSIS, M.M.A; VILLA, T.C.S.; NASCIMENTO, M.A.A. do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciênc. saúde coletiva**. v.8, n.3, p.815-823, 2003.

BACKES, D.S. et.al. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. v.15, n. spe, p.71-78, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2009. 281 p.

BENITO, G.A.V.; BECKER, L.C. Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da Equipe Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.** v.60, n.3, Mai/Jun. 2007.

BOFF, L. O cuidado essencial: principio de um novo ethos. **Inclusão Social**, Brasilia, v.1, n.1, p.28-35, out./mar., 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei Federal n, 8.069/90, Brasília, DF: Ministério da justiça, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo humanos**. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: a clínica ampliada / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Marco legal**: saúde um direito de adolescentes/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Saúde integral de Adolescentes e jovens**: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 b.

_____. Ministério da Saúde. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente**. Secretaria de atenção à saúde – SAS. Brasília : Ministério da Saúde, 2006 a, versão final.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde.v.4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006 d.328p.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do adolescente**: Saúde em casa. 1º edição. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006 e.152p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: núcleo de apoio à saúde da família Brasília: Ministério da Saúde, 2009 a.160 p. [Série A. Normas e Manuais Técnicos/Cadernos de Atenção Básica, n. 27].

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009 b.

_____. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de saúde. **Caderneta de saúde do adolescente** [página na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 [acesso 2010 out 15]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br

CAMARGO JUNIOR, K. R. de; CAMPOS, E. M. S. ; TEIXEIRA, M. T. B. ; MASCARENHAS, M. T. M. ; MAUAD, N. M. ; FRANCO, T. B. ; RIBEIRO, L. C. ; ALVES, M. J. M. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 58-68, 2008.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n.4, p.849-859, jul-ago. 2007.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.35-43 2004.

CARVALHO, G.C.A. de. Juventude e políticas públicas: mero destaque na agenda pública ou garantia de direitos? **Rev. Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. V.2, n. 2, p.163-75, ago-dez. 2006.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A.Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R.A. de. **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p.165-184.

CECILIO, L.C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 115-128.

COATES, V. História brasileira da medicina do adolescente: Comemorando 10 anos da ASBRA. **Adolesc. Latinoam**.v.1, n.4, p.260-265, 1999.

COSTA, J.G.C. Planejamento estratégico como ferramenta de gestão. **Adcontar**, v. 5, n.1. p. 15-34, jun. 2004.

COSTA, N.S.S.; NASCIMENTO, M.A.A. Acesso ao s serviços e ações de saúde no Brasil: (re) construção histórica de 1920 a 2000. **Revista Saúde Coletiva UEFS**, n.1. p.9-16, jan./dez. 2006.

DESLANDES, S.E. O cuidado humanizado como valor e ethos da prática em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de. orgs. **Razões públicas para integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 385-396.

DOLTO F. **A causa dos adolescentes**. São Paulo: Idéias & Letras, 2004.

ESPERIDIÃO, E.; MUNARI, D.B.M. Holismo só na teoria: a trama de sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.38, n.3, p. 332-340, Set. 2004.

FERLA, A.A.; LEAL, M.B.; PINHEIRO, R. Um olhar sobre práticas avaliativas em descentralização do sistema de saúde: construindo uma abordagem analítica para atuação em rede. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R.A. de. **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p.35-60.

FERRARI, R.A.P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cad. Saúde Pública,** v.22, n.11, p. 2491-2495, nov. 2006.

FERRARI, R.A.P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Adolescência: ações e percepção de médicos e enfermeiros do programa saúde da família. **Interface: Comunicação, saúde e educação**, v.12, n.25, p.387-400, abr-jun. 2008.

FERREIRA, M. de A.; ALVIM, N.A.T.; TEIXEIRA, M.L. de O.; VELOSO, R.C. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto Contexto Enferm**, v.16, n.2, p. 217-224, abr-jun. 2007.

FLICK U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2ª ed Porto Alegre: Bookman; 2004. 408 p.

FLICK U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Tradução de: Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009. 164 p.

FONTOURA, R.T.; MAYER, C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev Bras Enferm**. v. 59, n.4, p. 532-537, jul-ago. 2006.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2007**. Saúde, Qualidade de Vida e a ética do cuidado. Imprensa Municipal. 2007.

FRANCISCHINI, A.C.; MOURA, S.D.R.P.; CHINELLATO, M. A importância do trabalho em equipe no programa saúde da família. **Investigação**, v. 8, n. 1-3, p. 25–32, jan./dez. 2008.

FRANCO , T.B.; BUENO, W.S. ; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.2, n. 15, p. 345-353, abr-jun. 1999.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In Pinheiro, R. & Matos, R.A. **Gestão em Redes**. LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006.

FRANCO, C.M.; FRANCO, T.B. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde. Disponível em: http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf. Acesso em: 2 de maio de 2010.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2007. p.125-133.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E.; *et al*. (Orgs.) **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3ª. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p.55-124

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GOMES, R. **Descentralizando o Atendimento ao Usuário do Sistema de Saúde do Município de Volta Redonda-RJ como forma de melhorar a Resolutividade da Atenção Básica**. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Volta Redonda, 2007. 39p.

HORTA, N. de C. **O significado do atendimento ao adolescente na atenção básica à saúde**: uma análise compreensiva [dissertação].Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.

HORTA, N. de C.; MADEIRA, A.M.F.; ARMOND L.C. Desafios na atenção à saúde do adolescente In: BORGES, A.L.V; FUJIMORE, E. **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. São Paulo: Manole, 2009. p.119-141.

HORTA, N. de C.; SENA, R.R. de; SILVA, M.E.O.S.; TAVARES T.S.; CALDEIRA I.M. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. **Rev. APS**, v. 12, n. 3, p. 293-301, jul./set. 2009.

LACAZ, F.A. de C.; SATO, L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: DESLANDES, S.F. **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2006. p.109-139.

LAMARE, T. de - Ministério da Saúde. In Proceedings of the 1th Simpósio Internacional do Adolescente, São Paulo (SP, Brasil) [online], 2005. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000100016&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 2/10/2010.

LOCH-NECKEL, G.; SEEMANN, G.; EIDT, H.B.; RABUSKE, M.M.; CREPALDI, M.A. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.14, supl.1, p. 1463-1472, set./out. 2009.

LOPES, W.O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Rev Cienc Cuid Saúde**, v.7, n.2, p. 241-247, abr/jun. 2008.

LYRA, J.; MEDRADO, B.; NASCIMENTO, P.; GALINDO, D.; MORAES, M.; PEDROSA, C. "A gente não pode fazer nada, só podemos decidir sabor de sorvete". Adolescentes: de sujeito de necessidades a um sujeito de direitos. **Cad. CEDES**, v.22, n.57, p.9-21, ago. 2002.

MALTA, D.C; et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.9, n.2, p. 433-444, jun. 2004.

MATTOS, R.A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p.39-63.

MATTOS, R.A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n.5, p.1411-1416, set-out. 2004.

MERHY, E. E. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território das tecnologias leves. In: _____. **Saúde:** cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 115-133.

MERHY, E.E; JÚNIOR, H.M.M; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo, HUCITEC, 2006.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R. Agir em saúde: um desafio para o público. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p.71-112.

MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E. et al. O trabalho em saúde:

olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 15-35.

MINAYO, M.C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MIRANDA, S.M.R.C. de. Gerenciamento da unidade básica de saúde: a experiência do enfermeiro. In: MIRANDA, S.M.R.C. de; SANTOS, A da S. **A enfermagem na gestão em atenção primaria a saúde**. São Paulo: Manole, 2009. p. 81-110

NASCIMENTO, K.C.; ERDMANN, A.L. Compreendendo as dimensões dos cuidados intensivos: a teoria do cuidado transpessoal e complexo. **Rev Latino-am Enfermagem,** v.17, n.2, p.73-80, mar-abr. 2009.

OGUISSO, T.; SCHIMIDT, M.J. **O exercício da enfermagem**: uma abordagem ético-legal. 3º ed., atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

OLIVEIRA, A.P. de; MILNITSKY-***SAPIRO***, C. Políticas públicas para adolescentes em vulnerabilidade social: abrigo e provisoriedade. **Psicol. cienc. Prof**., v.27, n.4, p.623-635, dez. 2007.

OLIVEIRA, A.R; LYRA, J. **Direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e as políticas de saúde**: desafios à atenção básica. Anais do encontro: Fazendo Gênero 8-corpo, violência e poder. Florianópolis, agosto, 2008.

OLIVEIRA, D.C. de. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ**, v.16, n.4, p569-576. out/dez, 2008.

OLIVEIRA, E.M. de; SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública,** v.40, n.4, p.727-733, ago. 2006.

OTSUKA, F.; NARAHARA, J.; AYABE, L.; CACCELLI, M.; SALINA,V.; MOLINOS, V.; MARTINS, L.C.; LUIZ, O.C. O programa de saúde da família e a gravidez na adolescência em São Bernardo do Campo. **Arq Med ABC**, v.30, n.2, p. 90-93, 2005.

PATRÍCIO, Z.M. O cuidado com a qualidade de vida dos adolescentes: um movimento ético e estético de "koans e tricksters". RAMOS, F. R. S., MONTICELLI, M., NITSCHKE, R. G. (Org.) In: **Projeto Acolher**: um encontro da enfermagem brasileira com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000. p.121-143.

PEDUZZI, M.Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública.** v.35, n.1, p.103-9. 2001.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. ABRASCO/CEPESC/UERJ: Rio de janeiro. 2006. 320 p.

PINHO, I.C.; SIQUEIRA, J.C.B.A.; PINHO, L.M.O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Rev. Eletr. Enf**. [Internet], v.8, n.1, p.42-51, abr. 2006.

POPE, C; MAYS,N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3.ed. Tradução de: Anayr Porto Fajardo. Porto Alegre: Artmed, 2009.

QUEIROZ, M.V.O.; SILVA , A.O.; JORGE, M.S.B. Cuidado de enfermagem à puérpera em uma unidade de internação obstétrica: perspectivas de humanização. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.18, n.1/2, p. 29-37, jan/ago. 2003.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D. da S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.1, p.27-34, jan-fev. 2003.

RAMOS, F.R. S.; PEREIRA, S. M.; ROCHA, C.R. M. da. Viver e adolescer com qualidade. In: Associação Brasileira de Enfermagem. **Adolescer**: compreender, atuar, acolher - projeto acolher / Associação Brasileira de Enfermagem / Ministério da Saúde. Brasília: ABEn, 2001. p.144-153.

SANTO, F.H.E. do; PORTO, I.S. **Cuidado de enfermagem**: saberes e fazeres de enfermeiras novatas e veteranas no cenário hospitalar. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006.

SANTOS, A.M. dos; ASSIS, M.M.A.; NASCIMENTO, M.A.A. do; JORGE, M.S.B. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.3, p.464-470, 2008.

SILVA V.G.; MOTTA M.C.S, ZEITOUNE, R.C.G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Rev. Eletr. Enf**. [Internet]. V.12, n.3, p.441-448, 2010.

SILVA, K.L.; SENA de, R.R. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Rev. Bras. Enferm**, v.59, n.4, p. 488-491, jul/ago. 2006.

SILVA, K.L.; SENA de, R.R. Integralidade do cuidado na saúde: Indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev.Esc.Enferm**. **USP**, v.42, n.1, p.48-56, mar.2008.

SILVA, L.W.S. *et al*. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re) descoberta na enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**., v.58, n.4, p.471-475, jul/ago. 2005.

SOUZA, A.C. de; COLOMÉ, I.C. dos S.; COSTA, L.E.D.; OLIVEIRA, D.L.L.C. de. A educação com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev Gaúcha Enferm**., v.26, n.2, p. 147-153, ago. 2005.

SPOSITO, M.P.; CARRANO, P. C. R. Juventude e Políticas Públicas no Brasil. **Rev. Brasileira de Educação**, n. 24, p.16-29, set-dez. 2003.

SPOSITO, M.P.; CORROCHANO M.C. A face oculta da tranferencia de renda para jovens no Brasil. **Tempo social**, v.17 n.2, p.141-72, nov. 2005.

TANCREDI, FB; BARRIOS, SRL e FERREIRA, JHG. **Planejamento em Saúde**. V.2 (Série Saúde & Cidadania). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 1998. 82 p.

TAQUETTE, S.R.; VILHENA, M.M. de; SILVA, M.M.; VALE, M.P. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.6, p. 1717-1725, nov/dez. 2005.

TRAD, L.A.B. Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica. In: DESLANDES, S.F. **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2006. p.31-47.

WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petropolis, RJ: Vozes, 2004. 240 p.

WESCHLER, R.; ANÇÃO, M.S.; CAMPOS, C.J.R. de; SIGULEM, D. A informática no consultório médico. In: **Jornal de Pediatria**, v.79, Supl. 1, 2003.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

PESQUISA: Processo de cuidar do enfermeiro na linha do cuidado ao adolescente em unidades básicas de saúde

Estamos realizando uma pesquisa intitulada Processo de cuidar do enfermeiro na linha do cuidado ao adolescente em unidades básicas de saúde. Com o mesmo pretendemos analisar o processo de cuidar aos adolescentes em unidades básicas de saúde e como se articula com outros profissionais nas diferentes dimensões de cuidar, bem como, discutir intervenções do enfermeiro na conformação da linha do cuidado ao adolescente.

Desta forma será aplicado um roteiro de entrevista semi-estruturada, que será gravada com a permissão dos sujeitos. Informamos que será garantido o total sigilo e o anonimato onde as informações obtidas serão mantidas em absoluto sigilo, preservando a identidade dos mesmos e das informações relatadas utilizadas exclusivamente no estudo em referência. Garantimos que não lhe causará riscos físicos, se houver algum desconforto procuraremos lhe dar todo o apoio e serão respeitadas a não participação do estudo ou sua interrupção, se assim, julgar conveniente e, ainda, que serão fornecidas as informações necessárias, esclarecimento de dúvidas a todos os participantes.

Os dados e as informações coletadas serão utilizadas para compor os resultados da investigação, as quais serão publicadas em periódicos e apresentadas em eventos científicos além de proporcionar benefícios que irão ampliar a visão dos gestores de saúde, a fim de estabelecer políticas que melhorarão a qualidade dos serviços prestados.

Colocamo-nos a disposição para esclarecimento de dúvidas ou quaisquer outras informações que se façam necessárias sobre a pesquisa. Orientadora da pesquisa: Profa. Dra. Maria Veraci Oliveira Queiroz. Tel: 31019924 / 85 88001178.

Declaro que fui informada sobre o acima resumido e que tive respostas para minhas dúvidas. Desta forma, concordo em participar deste projeto de pesquisa com a liberdade de desistir em qualquer fase da mesma.

Fortaleza,CE, ___/___/___.

Nome _____

Assinatura do Participante_____

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista com enfermeiros da regional IV

1. Quais as ações (programáticas e não programáticas) e/ou outras atividades que você como enfermeiro desenvolve com os adolescentes nesta unidade?
2. Quem planeja e organiza as ações/programas na assistência ao adolescente?
3. Fale sobre a adequação do serviço para atender o adolescente?
4. Que recursos estão disponibilizados para atender o adolescente?
5. Fale do cuidado que você desenvolve junto ao adolescente no plano assistencial.
6. Como você articula com outros profissionais o cuidado ao adolescente? Trabalha em equipe multidisciplinar?
7. Em relação aos dispositivos do cuidado e a integralidade: Como é organizado o acesso, o acolhimento e o vínculo com esses usuários?
8. Como você trabalha o dispositivo da responsabilização e resolutividade mediante os problemas de saúde dos adolescentes dessa unidade?

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista com gestores da regional IV

1. Quem planeja e organiza as ações/programas na assistência ao adolescente?
2. Fale do cuidado que você desenvolve junto ao adolescente no plano gerencial.
3. Fale sobre a adequação do serviço para atender o adolescente?
4. Que recursos estão disponibilizados para atender o adolescente?
5. Como você articula com outros profissionais o cuidado ao adolescente? Trabalha em equipe multidisciplinar?
6. Em relação aos dispositivos do cuidado e a integralidade: Como é organizado o acesso, o acolhimento e o vínculo com esses usuários?

Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior
Universidade Estadual do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa
Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itaperi
CEP 60.740-000 - Fortaleza-Ce
Fone: 3101.9890 - E-mail: cep@uece.br

Fortaleza (CE), 05 de abril de 2010

Título do Projeto: "SAÚDE DO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA: Linha do cuidado e sua interface com a rede assistencial"
Nº Processo: 09230911-9, **FR:** 286487
Pesquisador Responsável: Dra. Maria Veraci Oliveira Queiroz
Instituição onde se realizará a pesquisa: Universidade Estadual do Ceará – Curso de Graduação em Enfermagem

PARECER

O presente projeto tem por objetivos caracterizar os serviços da atenção básica identificando ações de integralidade nas linhas do cuidado ao adolescente e sua integração com a rede assistencial; Descrever ações destinadas ao atendimento dos adolescentes identificando recursos instrumentais e humanos disponíveis e ações estratégicas existentes para atender necessidades e demandas de saúde dos adolescentes; Discutir os dispositivos de integralidade do cuidado (acesso, acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade de atenção) na rede de assistência ao adolescente; Apontar propostas de intervenção na construção da linha de cuidado integral à saúde do adolescente. Trata-se de um projeto de pesquisa do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. O estudo será de natureza observacional com utilização de triangulação de métodos e técnicas orientadas pela abordagem qualitativa de modo a apreender várias facetas da realidade social estudada. A investigação será realizada em dois centros de saúde localizados na Regional IV conforme divisão da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza (CE). Os sujeitos da pesquisa serão os membros da equipe de atendimento e os gestores disponíveis dos dois centros de saúde escolhidos como lócus da pesquisa. A amostra tomará como critério de inclusão: (a) estar em pleno exercício profissional no período da pesquisa; (b) aceitar livremente a participação e (c) estar envolvido direta ou indiretamente com atividades que envolvem a atenção ao adolescente. Para compreensão do fenômeno, a análise será iniciada com no mínimo 10 participantes de cada centro de saúde, de forma a ter representação de categorias profissionais significativas que detenham conhecimento e ação sobre o objeto em análise. No grupo focal, será mantido o mesmo número, podendo chegar até 12 participantes, e os encontros se darão em dois momentos que serão complementares, ocorrendo uma vez por semana, com duração de no mínimo uma hora. Os dados serão coletados a partir da observação sistemática (diário de campo) e entrevista semi-estruturada (Apêndices B e C). As informações colhidas das entrevistas serão submetidas à analise de conteúdo de Bardin e a seguir cruzadas com as observações feitas no campo da pesquisa com a intenção de construir resultados fidedignos e próximos da realidade pesquisada da forma como propõe o uso da triangulação. Apresenta cronograma de execução, e um orçamento no valor de R$8.350,00, o qual foi solicitado ao CNPq.

Para atender aos ditames da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde-CNS e, portanto, ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – CEP-UECE, foram resolvidas as pendências.

O relatório final deverá ser apresentado ao CEP.

Dra. Diana Célia Sousa Nunes Pinheiro
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA CEP-UECE