

Atuação do enfermeiro junto ao adolescente na unidade básica de saúde: uma revisão de literatura

Elizangela de Souza Canto¹
Rita Patrizzi Mendonça²
Edmar Jorge Feijó³
Maria Magdalena Kelly Pinto⁴
William da Silva Coimbra⁵

RESUMO

No contexto da atenção à saúde do adolescente, há que se transcender a concepção técnica e assistencialista, e alargar os horizontes de atuação, evocando habilidades educativas e relacionais, além de um corpo de conhecimentos específicos sobre o processo de desenvolvimento global do ser humano. **OBJETIVO GERAL:** Analisar em periódicas na Biblioteca Virtual em Saúde dificuldades existentes na atuação dos enfermeiros da estratégia de saúde e da família junto aos adolescentes. **OBJETIVO ESPECIFICO:** Identificar a necessidade de capacitação de profissionais de saúde no atendimento ao adolescente. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, descritivo e com abordagem qualitativa. **RESULTADOS:** Nesse sentido, ainda que constatado o fato de alguns profissionais apresentarem dificuldades no desenvolvimento de ações de atenção à saúde do adolescente, bem como no processo de captação efetiva desta população para os serviços de saúde, é essencial que exista, por parte dos profissionais, a predisposição para a implantação de um programa desta natureza no âmbito de atuação da equipe da saúde da família; e por parte dos gestores, a garantia de condições para a sua devida implementação e manutenção. **CONCLUSÃO:** Fica evidente a importância do trabalho de todos os membros da equipe multiprofissional nas questões que envolvem a atenção primária a essa clientela. O impacto de ações mais efetivas neste campo de atuação, e a busca pelo envolvimento cada vez

¹ Aluna do curso de graduação em enfermagem da UNIVERSO – Campus São Gonçalo.

² Mestre em Enfermagem, Professora do curso de graduação em enfermagem da UNIVERSO – Campus São Gonçalo.

³ Mestre em Enfermagem, Professor do curso de graduação em enfermagem da UNIVERSO – Campus São Gonçalo.

⁴ Especialista em Obstetrícia, Professora do curso de graduação em enfermagem da UNIVERSO – Campus São Gonçalo.

⁵ Mestre em Enfermagem, Professor do curso de graduação em enfermagem da UNIVERSO – Campus São Gonçalo.

maior desta parcela da comunidade nas ações básicas de saúde poderiam contribuir, sobremaneira, para a prevenção de inúmeros danos futuros, com repercussões não só restritas aos indivíduos atendidos, mas voltadas para a comunidade na qual estes estão inseridos. Nesse contexto, o enfermeiro e sua equipe, em função de sua capacidade de inserção nas comunidades atendidas, constituem-se em importante instrumento para a atuação direta junto ao adolescente.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescente; Acesso aos serviços de saúde; Acolhimento; Enfermagem.

ABSTRACT

In the context of adolescent health care, it is necessary to transcend the technical and assistentialist conception, and broaden the horizons of action, evoking educational and relational skills, as well as a body of specific knowledge about the overall development process of the human being. **GENERAL OBJECTIVE:** To analyze in periodicals in the Virtual Health Library existing difficulties in the nurses' performance of the health strategy and the family with the adolescents. **SPECIFIC OBJECTIVE:** To identify the need for training of health professionals in adolescent care. **METHODOLOGY:** This is a bibliographical review, descriptive and with a qualitative approach. **RESULTS:** In this sense, although some professionals present difficulties in the development of adolescent health care actions, as well as in the process of effectively capturing this population for health services, it is essential that professionals, the predisposition for the implementation of a program of this nature within the scope of the work of the family health team; and on the part of the managers, the guarantee of conditions for their proper implementation and maintenance. **CONCLUSION:** It is evident the importance of the work of all members of the multiprofessional team in the issues that involve the primary care of this clientele. The impact of more effective actions in this field of action, and the search for the increasing involvement of this part of the community in basic health actions could contribute, in particular, to the prevention of innumerable future damages, with

repercussions not only restricted to the individuals served, but focused on the community in which they are inserted. In this context, the nurse and his / her team, due to their capacity of insertion in the assisted communities, constitute an important instrument for the direct action with the adolescent.

KEYWORDS: Adolescent; Access to health services; Welcome; Nursing.

1. INTRODUÇÃO

O programa de saúde da família (PSF), criado no Brasil em 1994, atualmente denominado estratégia saúde da família (ESF), vem sendo considerado pelo Ministério da Saúde, desde o final da década de 1990, a principal estratégia de organização da atenção básica à saúde no país. A concepção e o nascimento da ESF se deram com o intuito de constituir-se em estratégia política para promover a organização das ações de atenção básica à saúde nos sistemas municipais de saúde, inserido em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde, fundamentado em uma nova ética social e cultural, com vistas à promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades. (ELIAS et al,2006)

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, a adolescência compreende a faixa etária entre 12 e 18 anos. É considerado um tempo de descobertas que se caracteriza por profundas e abrangentes mudanças nos aspectos físicos e psicológicos, com repercussões individuais, familiares e sociais, sendo também um momento de descoberta do próprio corpo, de novos sentimentos e prazeres.

Em face deste panorama, destaca-se o importante papel do enfermeiro para o desenvolvimento de ações direcionadas aos adolescentes. Tal constatação fica patente ao se analisarem as bases que sustentam a ação deste profissional, cujo trabalho se pauta, fundamentalmente: no monitoramento das condições de saúde; no levantamento e monitoramento de problemas de e no

exercício de uma prática de enfermagem comunicativa (ERMEL & FRACOLLI, 2006).

No contexto da atenção à saúde do adolescente, há que se transcender a concepção técnica e assistencialista, e alargar os horizontes de atuação, evocando habilidades educativas e relacionais, além de um corpo de conhecimentos específicos sobre o processo de desenvolvimento global do ser humano. A atenção em saúde voltada para o público adolescente não deve restringir-se à mera existência ou formulação de um programa específico de atendimento a estes na Unidade Básica de Saúde (UBS). Faz-se mister que esta atenção se consolide por meio de ações que levem em conta as reais necessidades assistenciais e educacionais em saúde, o que torna imprescindível que os profissionais que venham a desenvolvê-las estejam aptos a lidar com as questões que envolvem tal faixa etária, a fim de garantir a eficácia das mesmas. (ERMEL & FRACOLLI, 2006).

A existência de programas de educação exclusivos para adolescentes se constitui em peça importante na prevenção dos problemas específicos nesse período do ciclo vital. Porém, para a implementação dos mesmos se faz necessário um corpo de conhecimento adequado acerca desse grupo, de tal modo a propiciar a efetiva captação dessa clientela. (FAUSTINI et al; 2003)

A dificuldade existe, por falta de estrutura, de ter uma capacitação para trabalhar com esses adolescentes, então a nossa dificuldade está em recursos materiais, recursos humanos e estrutura física (FORMIGLI e col, 2000). Outra dificuldade referida diz respeito à falta de capacitação dos profissionais para a abordagem e atuação junto aos adolescentes, tendo em vista o reconhecimento, por parte dos enfermeiros, da importância de um preparo profissional para atuar junto a grupos específicos. Além de apontarem para a falta de recursos em geral, considerando que para se trabalhar com os adolescentes seria indicada a disponibilização de um local adequado, com

materiais capazes de atrair sua atenção, mobilizando seu interesse, além da disponibilidade de profissionais de diferentes áreas.

Há de se considerar que os profissionais da ESF, além de apontarem dificuldades relacionadas à adolescência, costumam, também, fazer julgamentos sobre esta clientela, criando, muitas vezes, algumas barreiras na relação e interação com os adolescentes. (FERRARI e col, 2006). Não obstante tais percepções há que se destacar que as dificuldades constatadas pelos profissionais não podem ser encaradas como aspectos impeditivos para o desenvolvimento de ações junto aos adolescentes, mas, sim, como fatores a serem identificados, analisados e trabalhados, de tal modo que este delineamento inicial sirva de base para as mudanças necessárias à otimização das ações.

Nesse sentido, ainda que constatado o fato de alguns profissionais apresentarem dificuldades no desenvolvimento de ações de atenção à saúde do adolescente, bem como no processo de captação efetiva desta população para os serviços de saúde, é essencial que exista, por parte dos profissionais, a predisposição para a implantação de um programa desta natureza no âmbito de atuação da equipe da saúde da família; e por parte dos gestores, a garantia de condições para a sua devida implementação e manutenção. (FERRARI e col; 2006).

A existência de diferentes propostas de intervenção no processo saúde-doença na adolescência, sendo algumas iniciativas coerentes com as proposições governamentais atualmente disponíveis neste âmbito, e outras, totalmente desarticuladas de qualquer proposta política. Nesse sentido, mesmo que a saúde dos adolescentes seja abordada em diversos estudos como um direito assegurado constitucionalmente, nem sempre esse direito é discutido e contextualizado nas iniciativas investigadas pelos autores. A mera existência de políticas públicas não constitui condição suficiente para garantir uma atenção adequada voltada para a população adolescente. É imprescindível que sejam viabilizadas estratégias para a implementação destas políticas, de forma

articulada e por meio de ações que levem em conta o adequado preparo dos profissionais para atuar junto a esta clientela específica (CORRÊA & FERRIANI, 2005).

Entre as mudanças apontadas para a melhoria da qualidade no atendimento aos adolescentes destacasse a necessidade de investimentos em capacitação, treinamento dos profissionais para atuar junto aos adolescentes, bem como o empenho, vontade e iniciativa dos próprios profissionais. Denota-se também a preocupação dos enfermeiros participantes no que tange à necessidade de um preparo profissional específico como pré-requisito importante para desenvolvimento de um trabalho mais adequado e efetivo junto aos adolescentes. (HIGARASHII et al, 2011).

Um maior preparo dos profissionais contribuiria para o estabelecimento de abordagens próprias, que levassem em conta, além das características específicas e das transformações biopsicossociais desta faixa etária, outros aspectos relacionados à diversidade de contextos sociais de onde são provenientes estes indivíduos. Deve-se considerar que não são todas as pessoas que têm habilidade para trabalhar com essa fase do ciclo de vida, e, nesse sentido, é preciso que o profissional tenha afinidade, ou seja, capaz de consolidar habilidades para lidar com os adolescentes, que incluem entre outros aspectos, criatividade, capacidade comunicativa e disposição/iniciativa para cativar os jovens.

Os enfermeiros, como profissionais de saúde com uma formação generalista, têm a seu favor a possibilidade de uma atuação voltada para a diversidade, tanto na esfera preventiva, quanto na curativa, permitindo assim transitar nesta interface tão importante quando o assunto é a saúde dos adolescentes. (OLIVEIRA e col, 2008)

Ademais, como em qualquer campo de atuação, deve-se observar que, no desenvolvimento de ações junto aos adolescentes, há que serem respeitados princípios fundamentais, tais como a ética, a privacidade, a

confidencialidade e o sigilo. Esses princípios reconhecem adolescentes e jovens como sujeitos capazes de tomarem decisões de forma responsável. O atendimento a esta clientela deve, portanto, fortalecer sua autonomia, oferecendo apoio e atenção respeitosa, e evitando a emissão de juízos de valor. A observância de tais princípios contribui para o estabelecimento de uma melhor relação cliente/profissional, favorecendo ainda um diagnóstico mais preciso das necessidades desta população, pela descrição das condições de vida dos mesmos, evidenciando problemas e dúvidas. Esses mesmos princípios também ampliam a capacidade do profissional para o encaminhamento das ações necessárias, favorecendo o vínculo dessa clientela com os serviços de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR) – 2005)

Há também uma necessidade de incentivar parcerias com secretarias, empresas e universidades, assim como uma maior preocupação por parte do poder público com ações direcionadas a esta demanda, o que viabilizaria a execução do cuidado integral aos adolescentes. Entende-se que a integralidade da assistência é de suma importância para que o enfermeiro atue com os adolescentes. Porém, a literatura tem apontado uma realidade um tanto ou quanto adversa na qual, em virtude das exigências de serviços burocráticos, do grande número de programas que devem ser colocados em prática, somados à falta de estrutura e de recursos, o atendimento integral aos adolescentes torna-se um desafio, ficando sem continuidade, restringindo-se à consulta de enfermagem realizada por demanda espontânea. (OLIVEIRA e col, 2008).

O trabalho multiprofissional e colaborativo é encarado por estes profissionais, não somente como estratégia ideal, mas como uma necessidade e premissa básica para a ação efetiva, dada a gama de necessidades que esta clientela demanda. A utilização da abordagem multiprofissional e interdisciplinar no trabalho voltado para os adolescentes é uma das formas mais apropriadas de intervenção, pois responde às demandas individuais e coletivas deste público, considerando os diferentes aspectos que interagem no cotidiano e no contexto em que estão inseridos. (FORMIGLI e col. 2000). Desse modo, é fundamental

que a interdisciplinaridade ocorra na prática cotidiana do trabalho em saúde, de modo que cada profissional, no seu conhecimento específico e com distintas perspectivas possa construir um projeto comum, promovendo um atendimento de melhor qualidade aos adolescentes. (MENOSSI et al, 2005).

A busca pela realização do trabalho inter e multiprofissional deve ser constante. Ressalta-se que um profissional interessado pode sensibilizar pouco a pouco outros profissionais na execução do trabalho em equipe. Desse modo, todos os profissionais de saúde podem estar qualificados para o atendimento aos adolescentes, tendo em vista que a diversidade é um fator contribuinte para que seja ampliada a atuação e a resolutividade dos problemas. O trabalho em equipe favorece um atendimento centrado no usuário, o que evita visões fragmentadas, assim como as decisões devem ser tomadas em conjunto, o que leva à maior eficácia da ação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, SAÚDE INTEGRAL DE ADOLESCENTES E JOVENS: ORIENTAÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE – 2005)

Desenvolver ações multiprofissionais exige, além de muito trabalho e empenho de toda a equipe, a interação efetiva entre os elos desta corrente, representada pelos profissionais que a compõem, a fim de viabilizar a troca de conhecimentos e saberes, oportunizando e otimizando o potencial criativo de todos na relação com o adolescente, no sentido de produzir um cuidado integral.

1.1 OBJETIVOS

- GERAL

Analisar em periódicas na Biblioteca Virtual em Saúde dificuldades existentes na atuação dos enfermeiros da estratégia de saúde e da família junto aos adolescentes.

- ESPECÍFICO

Identificar a necessidade de capacitação de profissionais de saúde no atendimento ao adolescente.

1.2 RELEVÂNCIA

A realização deste estudo aponta para a necessidade de implementação de algumas mudanças no panorama da atenção prestada aos adolescentes no âmbito das UBS. Os relatos dos artigos revelaram a existência de diversas dificuldades no desenvolvimento de ações junto a esse grupo populacional. Ao mesmo tempo, pôde-se constatar que tais dificuldades não se constituem em impedimentos para a ação efetiva. Assim, o diagnóstico de uma realidade assistencial possibilita vislumbrar caminhos e estratégias de solução.

A experiência dos profissionais revelou, entre outros aspectos importantes deste delineamento, a necessidade de investimento em ações que permitam a maior aproximação desta clientela com o serviço de saúde, a fim de garantir um acompanhamento adequado de suas demandas de saúde e orientação, e a prestação de cuidados específicos à saúde dos mesmos. Faz-se necessário transformar o atendimento pontual e esporádico ao adolescente, numa atividade de caráter continuado, com o qual o adolescente possa de fato contar, como coadjuvante do seu processo de desenvolvimento global.

Salienta-se a necessidade de mudanças basais, no que concerne ao processo de formação inicial dos profissionais, com a ênfase adequada para o trabalho futuro junto a esta clientela. Da mesma forma, a mera existência de programas ou políticas de atenção voltadas para a clientela adolescente, por si só, não se traduz na cobertura assistencial desejável dessa demanda. Há que garantir que sejam efetivados os investimentos governamentais para a sua concretização na prática, seja no processo de formação inicial e continuada de mão de obra qualificada, seja viabilizando condições para a implementação de ações no contexto da atenção básica em saúde. Por fim, a atuação multiprofissional parece estabelecer-se como estratégia fundamental para a

promoção, prevenção e recuperação da saúde do adolescente, dentro do paradigma da integralidade em saúde e em consonância com os ideais do SUS.

2 JUSTIFICATIVA

Mediante a vivência com adolescentes na unidade de trabalho venho observando a baixa procura nas Unidades Básicas de Saúde. Por outro lado vejo a falta de preparo do profissional de saúde no atendimento daqueles que procuram a unidade e falta de busca desse público alvo, a fim de estimular a essa procura. A adolescência apesar de ser uma fase da qual não se é muito acometido por patologias, estão ficando vulneráveis e expostos a alguns fatores e patologias, por exemplo, à gravidez precoce e as DST's devido à falta de informação. Diante a tudo isso vejo a necessidade da criação de estratégia de saúde junto a esse público, desde a capitação desses adolescentes para a unidade, até maneiras de se trabalhar junto aos mesmos. Trabalhar de forma ética, multidisciplinar e dinâmica, ofertando uma melhor qualidade de vida ao adolescente e fazendo com que se sinta seguro e compareça mais vezes as UBS.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 SAÚDE DO ADOLESCENTE

A adolescência se configura como uma Fase da vida marcada por profundas mudanças no âmbito biopsicossocial, as quais são muito rápidas e vividas muito intensamente. Por conseguinte, vem o amadurecimento, que é o objetivo desta fase marcada por duas aquisições importantes: a capacidade reprodutora e a identidade pessoal (GIRONDI e col, 2006).

O programa de saúde da família (PSF), criado no Brasil em 1994, atualmente denominado estratégia saúde da família (ESF), vem sendo considerado pelo Ministério da Saúde, desde o final da década de 1990, a

principal estratégia de organização da atenção básica à saúde no país. A concepção e o nascimento da ESF se deram com o intuito de constituir-se em estratégia política para promover a organização das ações de atenção básica à saúde nos sistemas municipais de saúde, inserido em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde, fundamentado em uma nova ética social e cultural, com vistas à promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades. (ELIAS et al, 2006)

Em face deste panorama, destaca-se o importante papel do enfermeiro para o desenvolvimento de ações direcionadas aos adolescentes. Tal constatação fica patente ao se analisarem as bases que sustentam a ação deste profissional, cujo trabalho se pauta, fundamentalmente: no monitoramento das condições de saúde; no levantamento e monitoramento de problemas de e no exercício de uma prática de enfermagem comunicativa. (ERMEL & FRACOLLI, 2006)

A existência de programas de educação exclusivos para adolescentes se constitui em peça importante na prevenção dos problemas específicos nesse período do ciclo vital. Porém, para a implementação dos mesmos se faz necessário um corpo de conhecimento adequado acerca desse grupo, de tal modo a propiciar a efetiva captação dessa clientela. (FAUSTINI et al; 2003)

É constatado o fato de alguns profissionais apresentam dificuldades no desenvolvimento de ações de atenção à saúde do adolescente, bem como no processo de captação efetiva desta população para os serviços de saúde, é essencial que exista, por parte dos profissionais, a predisposição para a implantação de um programa desta natureza no âmbito de atuação da equipe da saúde da família; e por parte dos gestores, a garantia de condições para a sua devida implementação e manutenção. (FERRARI e col, 2006).

Entre as mudanças apontadas para a melhoria da qualidade no atendimento aos adolescentes destacasse a necessidade de investimentos em

capacitação, treinamento dos profissionais para atuar junto aos adolescentes, bem como o empenho, vontade e iniciativa dos próprios profissionais. Denota-se também a preocupação dos enfermeiros participantes no que tange à necessidade de um preparo profissional específica, como pré-requisito importante para desenvolvimento de um trabalho mais adequado e efetivo junto aos adolescentes. (HIGARASHII et al, 2011).

Há também uma necessidade de incentivar parcerias com secretarias, empresas e universidades, assim como uma maior preocupação por parte do poder público com ações direcionadas a esta demanda, o que viabilizaria a execução do cuidado integral aos adolescentes. Entende-se que a integralidade da assistência é de suma importância para que o enfermeiro atue com os adolescentes. Porém, a literatura tem apontado uma realidade um tanto ou quanto adversa na qual, em virtude das exigências de serviços burocráticos, do grande número de programas que devem ser colocados em prática, somados à falta de estrutura e de recursos, o atendimento integral aos adolescentes torna-se um desafio, ficando sem continuidade, restringindo-se à consulta de enfermagem realizada por demanda espontânea. (OLIVEIRA e col, 2008).

O trabalho multiprofissional e colaborativo é encarado por estes profissionais, não somente como estratégia ideal, mas como uma necessidade e premissa básica para a ação efetiva, dada a gama de necessidades que esta clientela demanda. A utilização da abordagem multiprofissional e interdisciplinar no trabalho voltado para os adolescentes é uma das formas mais apropriadas de intervenção, pois responde às demandas individuais e coletivas deste público, considerando os diferentes aspectos que interagem no cotidiano e no contexto em que estão inseridos. (FORMIGLI e col, 2000). Desse modo, é fundamental que a interdisciplinaridade ocorra na prática cotidiana do trabalho em saúde, de modo que cada profissional, no seu conhecimento específico e com distintas perspectivas possa construir um projeto comum, promovendo um atendimento de melhor qualidade aos adolescentes. (MENOSSI et al; 2005).

3.2 UM OLHAR SOBRE A ADOLESCÊNCIA

A adolescência pode ser caracterizada como um período da vida em que ocorrem rápidas mudanças físicas, cognitivas e sociais, junto à maturação sexual e reprodutiva. Fazendo parte desse processo, a assunção de novos papéis no caminhar para a idade adulta, o qual requer novas experiências, conhecimentos e responsabilidades (OMS, 2003).

Segundo Becker (1991) a etimologia do termo adolescência vem do verbo latino "adolescere" que significa ad = para e olescere = crescer; o que certamente reforça o entendimento dessa fase como condição ou processo de crescimento, na qual as mudanças começariam com o início da puberdade e terminariam quando as responsabilidades adultas fossem assumidas. E durante essa passagem, é comum os adolescentes serem vistos como sujeitos em conflito, como apontado abaixo:

Do ponto de vista do mundo adulto, isto é, o sistema ideológico dominante, o adolescente é um ser em desenvolvimento e em conflito. Atravessa uma crise que se origina basicamente em mudanças corporais, outros fatores pessoais e conflitos familiares. E, finalmente, é considerado "maduro" ou "adulto" quando bem adaptado à estrutura da sociedade, ou seja, quando ele se torna uma engrenagem da máquina (BECKER, op. cit., p.9).

É dessa maneira, acrescenta o autor, que muitas teorias concebem a adolescência. Nem sempre, no entanto, essa etapa da vida foi vista como um período específico, requerendo leituras de diferentes disciplinas. É a partir dos condicionantes de finais do século XIX que se passa a identificar essa fase como um período entre a infância e a idade adulta (TRAVERSO & PINHEIRO, 2002; KETT, 1993).

Primeiramente, vieram as transformações no seio da família burguesa. A partir de uma nítida separação entre o espaço familiar e o mundo exterior, há uma redefinição do lugar da criança, levando-a a se tornar alvo de um projeto educativo individualizado (PERALVA, 1997). Investir na escola foi uma maneira da burguesia retardar a inserção de seus filhos no mundo do trabalho, sendo esse espaço decisivo para o início da ocupação de um novo lugar para crianças e adolescentes. Independente de qualquer teoria ou estudo específico sobre a dinâmica do aprendizado, os alunos eram separados pelos educadores da época (início do século XIX) a partir da faixa etária dos mesmos. E os livros, que antes, não eram destinados a públicos específicos, passam, no final do século, a ser produzidos e 7 distribuídos para determinados níveis de escolarização, e como consequência, cada vez mais, para níveis específicos de idade (KEET, 1993).

Além disso, em 1910, mudanças econômicas levaram educadores e pais de classe média a reforçar a necessidade dos adolescentes permanecerem mais tempo na escola, em busca de aperfeiçoamento técnico e assim, possibilidade de inserção profissional em um trabalho mais qualificado (KETT, 1993).

Dessa maneira, a extensão do período escolar, o distanciamento dos pais e da família e a aproximação com um grupo de iguais foram elementos que favoreceram a criação de um novo grupo social – a juventude/adolescência. A adolescência pode ser entendida então, como um período de “latência social”, constituída a partir dos preceitos da sociedade capitalista, gerada por questões relacionadas à extensão do período escolar, ingresso no mercado de trabalho e à necessidade do preparo técnico, bem como da necessidade de justificar o distanciamento do trabalho de um determinado grupo social (OZELLA, 1999; MAGRO, 2002).

Nesse caminho, Calligaris (2000) ressalta que a adolescência, tal como é concebida atualmente é, sobretudo, um fenômeno dos últimos 50 anos. Até então, segundo o autor, certamente era possível se preocupar com o devir

dos jovens, tanto físico quanto moral e econômico, mas “a adolescência” não era uma entidade que encorajasse um título ou animasse a imprensa. Era uma faixa etária, mas não por isso um grupo social reconhecido. Ainda menos era tido como um ideal da cultura.

Dentre as diferentes leituras que Calligaris (2000) realiza para pensar a adolescência como um ideal cultural, há uma que vem questionar se a adolescência não veio a existir para o uso da contemplação preocupada, mas complacente dos adultos:

A imagem da adolescência feliz nos propõe um espelho para contemplar a satisfação de nossos ávidos desejos, como se por algum milagre pudéssemos deixar de lado os deveres e as obrigações básicas que nos constroem (CALLIGARIS, 2000).

Pensar o adolescente como foco de fascinação e desejo dos adultos, não impede que o mesmo seja visto como um problema social, representando uma ameaça a si e a sociedade, ao passo que está constantemente relacionado à violência, às drogas e ao exercício de uma prática sexual irresponsável. Tais atribuições terminam por reproduzir significados e imagens ambivalentes em relação à figura do adolescente (GIROUX, 1997; MAGRO, 2002).

E a mídia aparece, nesse sentido, como um importante veículo de disseminação dessas mensagens. De acordo com Medrado-Dantas (2002), ao mesmo tempo em que ela enaltece e explora valores atribuídos a essa faixa etária, como, beleza, criatividade e liberdade; também emite mensagens relacionadas à forte preocupação e zelo, calcados no medo e na desconfiança. É importante ressaltar que esse paradoxo pode ressoar de maneira negativa em possíveis iniciativas que partam dessa população, uma vez que falta acreditação que os mesmos o façam, como assinala a autora abaixo:

Os sentimentos ambivalentes diante da adolescência produzem uma certa dificuldade de se considerar os adolescentes como capazes de

construir ações significativas no campo social e contribuir ativamente para a solução dos problemas sociais (MAGRO, 2002).

Outra corrente de autores vem reforçar o caráter sócio-construído do termo adolescência, chamando a atenção para a complexidade da temática. Nesta linha teórica, o fenômeno é abordado como uma condição perpassada por diferentes elementos: situação de gênero, classe social e contextos sócio-culturais, sendo, dessa forma, impossível defini-lo como algo acabado, pronto para ser estudado (TRAVERSO & PINHEIRO, 2002).

De acordo com as autoras acima citadas, é comum a adolescência aparecer na literatura psicológica e sociológica de forma descontextualizada de outros aspectos da vida. Enquanto nos estudos psicológicos há uma tendência a apontá-la como uma fase do desenvolvimento relacionado à biologia e a estados do corpo; a sociologia tende a ressaltá-la como categoria sócio-demográfica, remetendo-a, especialmente, a parâmetros etários.

Nessa mesma direção, Ozella (1999), ao investigar as concepções dos profissionais de psicologia que trabalham com adolescentes, encontrou uma grande ênfase da visão que caracteriza a adolescência como uma fase inerente do desenvolvimento do indivíduo, em detrimento da visão que a considera como um processo construído ao longo da história. Segundo Ayres (1990), na área médica não é diferente, ou melhor, tende a ser ainda mais evidente o caráter a-histórico com que a adolescência é mencionada. O autor aponta que os textos médicos sobre a saúde do adolescente e sobre as características das práticas destinadas aos mesmos, apresentam grande uniformidade - parecendo pertencer a um padrão típico a maneira como são referidas as necessidades de saúde desse grupo.

Lyra et al.(2002) ao questionar a visão da adolescência como uma fase inerente ao desenvolvimento, aponta que, apesar de se constituir como um período entre a infância e a juventude, ela deve ser despreendida do orgânico e ser compreendida através de uma maior ênfase no tipo de experiência que a

caracteriza. Ou seja, menos no aspecto cronológico/biológico e mais no campo das experiências vividas por esses sujeitos.

Peres e Rosenburg (1998) assumem posição semelhante ao destacar essa fase da vida enquanto experiência humana, portanto, regada de contradições e significados múltiplos, uma vez que se relaciona com as condições objetivas e subjetivas da existência de sujeitos reais. Nesse sentido, a adolescência não pode ser compreendida como um período natural do desenvolvimento, mas sim como um momento que é significado e interpretado pelo próprio homem, como ressaltado por Ozella (2002):

Há marcas que a sociedade destaca e significa. Mudanças no corpo e desenvolvimento cognitivo são marcas que a sociedade destacou. Muitas outras coisas podem estar acontecendo nessa época da vida no indivíduo e nós não as destacamos [...] reconhecemos, no entanto, que há um corpo se desenvolvendo e que tem suas características próprias, mas nenhum elemento biológico ou fisiológico tem expressão direta na subjetividade. As características fisiológicas aparecem e recebem significados dos adultos e da sociedade.

É verdade que adolescentes de uma mesma sociedade podem comungar de códigos específicos, mas também é verdade que nessa mesma sociedade, co-habitam adolescentes de distintos níveis sociais e econômicos (de uma determinada cor e sexo), levando-os a vivências particulares, distantes de serem percebidas como universais. (BRASIL, 2001)

Dessa forma, seria precipitado propor uma idade para caracterizar o início e o término dessa fase da vida e, assim, correr o risco de atrelar determinadas experiências à idade cronológica. Por outro lado, existem requisitos que orientam a investigação epidemiológica, a estratégia de elaboração de políticas de desenvolvimento coletivo e a programação de

serviços sociais e de saúde pública (BRASIL, 2001), que não podem ser desprezados. Sobre esse aspecto Burak (1996), ressalta “*definimos o grupo de adolescentes entre 10 e 19 anos e o grupo da juventude de 15 a 24 por razões fundamentalmente estatística, de planejamento e avaliação, porém, na realidade, concebemos a adolescência como um processo que, muitas vezes, começa antes dos 10 anos e não necessariamente termina aos 19 anos*”. Com esse cuidado, o presente estudo adotará a faixa etária entre 10 a 19 anos para “chamar” de adolescência.

O contingente populacional constituído pelos adolescentes tem chamado a atenção dos países em desenvolvimento, por essa faixa representar, aproximadamente, 25% da população geral (OJEDA et al., 1985). No Brasil, a estrutura etária vem sofrendo grandes mudanças nas duas últimas décadas devido à crescente queda de fecundidade, junto a alterações de padrões etários da mortalidade, influenciando diretamente o peso relativo da população infanto-juvenil e da população idosa (IBGE/FNUAP, 2002).

Dados relativos ao ano de 2003 apontam que a população de 10 a 19 anos no país representa 20% da população geral, o que corresponde a um total de quase 35 milhões de adolescentes, sendo 50,43% do sexo masculino e 49,56% do feminino. Acompanhando a tendência geral da população, a grande maioria dos adolescentes vive no meio urbano, representando aproximadamente 80% do contingente total desse grupo. Entre os que vivem no meio urbano e no meio rural, praticamente não existe diferença quanto ao sexo, estando os números equiparados (IBGE, 2004). Em Recife, no ano de 2003, esse grupo etário representa 19,5% da população o que corresponde aproximadamente a 280 mil adolescentes (IBGE, 2003).

3.3 OS ADOLESCENTES NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BRASILEIRAS

Atualmente, as políticas públicas de saúde no Brasil são desenvolvidas de acordo com o modelo de atenção à saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1990. O modelo de atenção à saúde anterior ao SUS era vinculado ao Ministério da Previdência Social e destinado à população economicamente ativa, que recebia um atendimento predominantemente assistencial e privatista. A mudança na forma de pensar e fazer saúde pública foi decorrente de movimentos sociais como, por exemplo, a Reforma Sanitária. A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS-1986) ficou conhecida como o marco deste movimento. Seu relatório final continha as diretrizes para a formulação de um novo sistema de atenção à saúde no país: que fosse universal, equitativo e de fácil acesso e que oferecesse um atendimento integral à saúde através da descentralização do atendimento (OLIVEIRA & LYRA, 2010). Este percurso histórico revela particularidades no atendimento ao adolescente e jovem brasileiro, e sua análise torna-se um dispositivo para a reflexão crítica das políticas em saúde.

As políticas públicas em saúde voltadas ao adolescente e ao jovem brasileiro estiveram historicamente vinculadas aos significados sociais desta parcela da população (MEDRADO & DANTAS, 2002). Assim, de uma concepção de adolescência e juventude associada a problemas sociais e delinquência, passou-se a uma concepção, ainda tímida, caracterizada por sua capacidade de transformação positiva e autonomia nas decisões políticas (KERBAUY, 2005). Um elemento central nas técnicas de governo das populações foi discutido por Medrado-Dantas (2002) através da problematização da noção de curso de vida do indivíduo. A institucionalização da adolescência estabeleceu a sua governamentalidade como a idade de risco, justificando o uso de estratégias de controle (MEDRADO & DANTAS, 2002).

No Brasil, os primeiros serviços voltados especificamente a essa população surgiram na década de 1970. Estes serviços tinham caráter assistencial e estavam associados às universidades. Exemplos desses serviços são os desenvolvidos nos Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e no Departamento de Clínica Médica da

Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) (Dias & Oliveira, 2009). Anteriormente a esse período, apenas um programa incluía a população adolescente e jovem: o programa de proteção à maternidade, à infância e adolescência. Este programa foi instituído durante o período do Estado Novo (1937-1945) (Ministério da Saúde, 2011).

A partir da década de 80, surgiram comitês que se preocupavam com a saúde do adolescente. Estes comitês estavam vinculados às Sociedades de Pediatria Regionais e impulsionaram a área da Medicina do Adolescente. Essa década foi marcada por um grande número de organizações não governamentais (ONGs) e movimentos civis que buscavam sensibilizar a sociedade e o governo para incluir o adolescente e o jovem nas políticas públicas e desmitificar sua concepção vinculada à criminalização e violência. Em 1986, o Estado, através do Ministério da Saúde, englobou a assistência primária à saúde desta população. As primeiras ações de programas aos adolescentes e jovens, na área da saúde, caracterizaram-se pelo foco nas doenças sexualmente transmissíveis, HIV e AIDS, drogadição, acidentes de trânsito e gravidez precoce (Ministério da Saúde, 2011). Essas ações eram destinadas aos segmentos jovens considerados vulneráveis e que se encontrassem em situação de risco social. As ações eram baseadas em concepções de adolescência e juventude associadas ao risco, sendo adotada uma visão assistencial e curativa de saúde (HORTA & SENNA, 2010; MEDRADO & DANTAS, 2002).

A década de 90 é considerada um marco histórico para as políticas públicas para os adolescentes através da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O ECA, juntamente com os ordenamentos jurídicos da Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas de Saúde, proporcionou a criação e legitimação de um novo paradigma e compreensão do adolescente na sociedade. Os adolescentes passaram a ser considerados sujeitos sociais e autônomos, devendo ser inseridos nas decisões do Estado (KERBAUY, 2005; LEÃO, 2005).

No período entre 1995 e 2002 houve um aumento das políticas públicas para adolescentes e jovens. Esse período diz respeito, principalmente, ao segundo governo de Fernando Henrique Cardoso, no qual os programas voltados para a juventude estavam divididos entre oito ministérios. Estes programas eram executados de forma isolada e as ações se desenvolviam de forma não articulada (HORTA & SENA, 2010).

As ações eram voltadas à criminalidade a partir de uma perspectiva de salvação da adolescência/juventude dos riscos a que estavam expostos, como o crime, o tráfico e a violência. A perspectiva subjacente de adolescência e juventude que orientava as ações e programas estava vinculada à ideia de problema social, que não estimulava a participação desses atores na implantação e avaliação das políticas (HORTA & SENA, 2010; KERBAUY, 2005; LEÃO, 2005).

Por outro lado, o governo Fernando Henrique Cardoso também foi marcado pelas parcerias com a sociedade civil e com o Terceiro Setor, que buscaram realizar intercâmbios de informações, negociações e cooperações entre os diversos atores sociais. Essas parcerias foram e são importantes quando se enfrentam questões como, por exemplo, a descentralização das políticas públicas brasileiras; contudo, cabe ponderar que o estabelecimento de parcerias com a sociedade civil não deve significar a desresponsabilização do Estado pela prestação de serviços a essa população. Esta é uma questão delicada até o momento presente. A função da sociedade civil é facilitar e abrir espaços para intervenções públicas de setores negligenciados ou até sem atendimento algum (LYRA & SOBRINHO, 2010).

Seguindo as diretrizes de descentralização e de territorialização das ações e dos serviços de saúde do SUS, a saúde do adolescente foi redirecionada para a Atenção Básica, em que foram utilizadas algumas das principais estratégias desse âmbito, entre elas o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esse redirecionamento também ampliou a perspectiva de intervenção, incorporando

os jovens entre 20 e 24 anos. Esse processo desencadeou a necessidade de elaborar documentos e diretrizes que estivessem de acordo com o novo contexto histórico e governamental do presidente Lula (LYRA & SOBRINHO, 2010).

Lyra e Sobrinho (2010), ao descreverem o processo de elaboração dos documentos, observam que estes são fruto de alianças e disputas, e, embora importantes, não substituem a necessidade de estabelecer uma agenda de atendimento a adolescentes e jovens em saúde. Foi elaborado o texto “Políticas de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens”, fruto da primeira reunião, realizada em fevereiro de 2004, com representantes de diversos e diferentes segmentos de atores envolvidos nesse campo. Em novembro daquele ano o Ministério da Saúde promoveu a I Oficina de Elaboração do Marco Teórico-Referencial da Sexualidade e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens. Esses documentos foram impulsionados pelos movimentos sociais, incorporando a participação dos jovens na criação da política.

Nesse cenário destaca-se a criação de ações por instituições que trabalhavam com adolescentes e jovens (Projeto Juventude do Instituto Cidadania), a Comissão de Políticas Públicas de Juventude da Câmara de Deputados (CEJUVENT) e o Grupo Interministerial de Juventude (BRENNER e copl, 2005). As discussões sobre as políticas públicas de adolescentes e jovens são promovidas pelo Conselho Nacional de Juventude (CNJ) e pela Política Nacional de Juventude (PNJ) do Governo Federal. O CNJ e a PNJ foram criados pela Secretaria Nacional da Juventude, em 2005. O CNJ tem como uma de suas atribuições formular e propor diretrizes voltadas às políticas públicas de juventude, desenvolver estudos e pesquisas sobre a realidade socioeconômica dos jovens e promover o intercâmbio entre organização juvenis nacionais e internacionais. A PNJ veio mostrar que a juventude é um segmento social estratégico, com direito a políticas específicas capazes de atender às suas necessidades (HORTA & SENA, 2010; SILVA & SILVA, 2011).

Esses órgãos, em suas discussões, procuraram sanar as lacunas existentes em relação à inclusão efetiva de jovens na criação, execução e

avaliação das políticas públicas na área da saúde. Assim, esse processo de formulação e implementação de políticas para os adolescentes e jovens foi marcado por um debate complexo, envolvendo sentidos e concepções sobre questões que eram consideradas demandas e problemas dessa população (HORTA & SENNA, 2010; LYRA & SOBRINHO, 2011). Além disso, em 2005, seguindo na ideia de participação efetiva dos atores sociais, foram lançados o “Marco Legal da Saúde dos Adolescentes” (Brasil, 2005a) e “Saúde Integral de Adolescentes e Jovens – orientações para a organização dos serviços de saúde” (BRASIL, 2005). Estes documentos embasaram-se nas concepções: a) a saúde como um direito dos adolescentes; e b) o atendimento do adolescente realizado de forma integral, resolutiva e participativa.

Em junho de 2006 o Ministério da Saúde publicou a versão preliminar do “Marco Teórico e Referencial da Sexualidade e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens”, com dados e informações sobre essa população e suas necessidades específicas. Esse documento problematizou a situação de grupos específicos de adolescentes. Todos esses movimentos convergiram para a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, que contou com a ampla participação dos movimentos sociais e se encontra em consonância com a Constituição Federal e o ECA.

Observa-se, a partir desse percurso histórico, que o modo de entender a adolescência e juventude, em cada período, interferiu na construção das políticas públicas. Houve o foco em ações de assistência, na inclusão de jovens carentes e na aplicação de medidas para evitar a violência, porém houve pouca visibilidade nos desenhos e conteúdos teórico-metodológicos que guiaram a implantação dessas ações. Além disso, houve pouca articulação e valorização da intersetorialidade, necessária à eficácia das ações para o público adolescente e jovem. Consequentemente, houve certa dificuldade em concretizar e dar continuidade a políticas públicas voltadas a esse segmento populacional (LEÃO, 2005; SPÓSITO & CARRANO, 2003).

Destaca-se, também, a falta de incentivo ao protagonismo de adolescentes e jovens, ou seja, não se observa a efetiva participação desse público na construção, execução e avaliação dos programas. Apesar de o ECA ter reconhecido o adolescente como um sujeito de direitos, essa parcela da população não é visualizada nas políticas públicas como protagonista de sua história, com identidade própria (LEÃO, 2005; KERBAUY, 2005). Os aspectos culturais/sociais vividos pelos adolescentes e questões de gênero, que mostram diferenças nas vivências de adolescentes, frequentemente não são considerados no planejamento das ações em saúde (DIAS & OLIVEIRA, 2009).

Além disso, as políticas públicas destinadas a esta população foram caracterizadas por uma assistência em saúde permeada, predominantemente, por práticas profissionais verticais, baseadas em uma lógica tradicional e tecnicista, na qual o saber técnico predomina sobre a compreensão integral do indivíduo. Esta postura coloca o adolescente que procura o serviço de saúde em uma posição de inferioridade e passividade (DIAS & OLIVEIRA 2009; LEÃO, 2005; SANTOS & RESSEL, 2013).

3.4 PROGRAMA SAÚDE DO ADOLESCENTE

O Programa governamental “Saúde do Adolescente” (PROSAD), instituído pela Portaria do Ministério da Saúde, nº 980/GM em 21/12/1989, foi o primeiro programa criado para intervir na prevenção de doenças e promoção da saúde de todos os adolescentes de idade entre 10 e 19 anos. Nasceu para atender aos novos direitos do adolescente à saúde instituídos pelo ECA, em 1990. Teve suas diretrizes e ações revisadas em 1996 e uma finalidade de promover, integrar, apoiar e incentivar práticas em prevenção de doenças e promoção da saúde nos locais onde o Programa fosse implantado (estados, municípios, universidades, ONGs ou outras instituições). Suas ações se concentravam nos aspectos promoção da saúde, identificação dos grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

O PROSAD é um programa que definiu uma série de diretrizes e ações a serem implantadas e realizadas na saúde dos adolescentes brasileiros. Suas diretrizes preconizavam que todas as ações deveriam partir de uma visão de adolescência como um fenômeno socialmente construído. Neste sentido, deveriam considerar o desenvolvimento, os processos de saúde-doença, as características pessoais dos adolescentes resultantes de interações biológicas, psicológicas e sociais em diferentes contextos. Os princípios das ações reconheciam que nessa fase da vida o adolescente passa por transformações físicas, psíquicas e sociais que conduzem à definição da identidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Neste contexto, as ações direcionadas a este público eram embasadas nos princípios básicos do SUS: equidade, resolubilidade, acessibilidade e integralidade. Assim, todo adolescente deveria ter direito igual à saúde integral e ao acesso aos serviços de saúde pública, nos quais os profissionais deveriam ser capazes de resolver seus problemas, evitando a transferência de responsabilidade profissional. Com base nessas concepções, as atividades realizadas pelo programa buscavam contemplar intervenções capazes de promover a saúde integral dos adolescentes através de ações que incluíam diferentes áreas temáticas: o crescimento e o desenvolvimento, a sexualidade, a saúde bucal, mental, reprodutiva e escolar, a prevenção de acidentes, a abordagem da violência e dos maus-tratos, a família, o trabalho, a cultura, o esporte e o lazer. Estas ações deveriam ser dirigidas e executadas por profissionais capacitados a prestar serviços de qualidade na promoção de saúde dos adolescentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Não obstante, embora as ações prioritárias do PROSAD considerassem o atendimento integral da saúde do adolescente, é importante destacar que suas ações se concentravam na sexualidade e na saúde reprodutiva desta população. Isto foi consequência de uma visão de feminino pautada na reprodução que caracterizou programas anteriores voltados à saúde da mulher brasileira, como evidencia, por exemplo, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983 (OSIS, 1998).

Assim, o foco na sexualidade e na reprodução durante a adolescência não nasce, necessariamente, com o PROSAD e não foi uma inovação, uma vez que preocupações relacionadas à área já haviam sido demarcadas em outros programas voltados especificamente para a saúde da mulher e da criança. A condução dessas questões, em termos de políticas públicas, foi influenciada pela IV Conferência Mundial de População e Desenvolvimento, realizada em 1994 na cidade do Cairo. Esta Conferência apontou a necessidade de se abordar à saúde sexual e reprodutiva a partir da perspectiva dos direitos humanos. Além disso, foi destacado que os jovens deveriam ser a população-alvo, por exemplo, de campanhas que destacassem a importância da igualdade de gênero ou que estivessem voltadas à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (OLIVEIRA & LYRA, 2010).

A partir das diretrizes do PROSAD, de suas reformulações e do controle social exercido pela participação da sociedade civil organizada, nesse debate sobre afirmação dos direitos humanos e igualdade de gênero foi possível gradualmente incorporar a uma visão de promoção de saúde e de direitos sexuais e reprodutivos na formulação e execução de políticas públicas de saúde. Isto se configurou como inovador, gerando uma nova perspectiva, na qual os adolescentes e jovens são sujeitos de direitos (OLIVEIRA & LYRA, 2010).

O programa reconheceu a necessidade de um preparo “estrutural” dos serviços de saúde, no sentido de proporcionar um espaço para discussões de assuntos de interesse dos adolescentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996). Estas discussões poderiam acontecer individualmente, em grupo, na comunidade ou na escola. No âmbito da Educação essas discussões tiveram respaldo nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN). Estes parâmetros entendiam a orientação sexual como um tema transversal que deveria ser trabalhado em todas as disciplinas escolares (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1997). A justificativa para tal ação era que a participação do adolescente como promotor de saúde junto a seus pares seria um meio efetivo de promover conhecimentos, detectar situações e discutir o fenômeno da adolescência, levando em consideração sua multiplicidade.

O Ministério da Saúde (1996) definiu algumas estratégias para a efetividade do Programa: incentivo às práticas em saúde que viam o adolescente como um ser integral; adequação das ações à cultura local; aumento da cobertura de maneira que as ações estivessem disponíveis a todos; aperfeiçoamento dos sistemas de referências; capacitação de profissionais para atuar conforme as diretrizes do Programa; promoção da participação do adolescente em ações educativas que lhe permitam se conhecer melhor, tanto individualmente quanto como parte de seu contexto sociocultural; criação de fóruns de debates sobre os direitos dos adolescentes; supervisão e avaliação constantes do programa através de indicadores institucionais, percepções da comunidade e dos adolescentes/usuários. Cabe ressaltar que essas estratégias correspondem a uma proposta de atenção à saúde baseada num modelo centralizado (de média e alta complexidade), especializado e multidisciplinar. Com a incorporação das ações do PROSAD no modelo de atenção básica à saúde, via Estratégia de Saúde da Família, algumas reformulações foram necessárias a fim de preservar os eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão.

3.5 O PROSAD E O ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE NA PRÁTICA

A população-alvo do PROSAD constitui-se de todos os adolescentes brasileiros. As ideias expressas nas normativas do programa reconhecem, teoricamente, a adolescência como um fenômeno socialmente construído, e destacam a necessidade de considerar as características das diferentes realidades locais. Não obstante, a análise global das ações do programa permitiu identificar que na esfera sexual e reprodutiva, por exemplo, o programa desconsiderou que a gestação, a maternidade e a paternidade durante o período poderiam ser planejadas. Apesar de isto não estar descrito no documento, as ações propostas derivaram da concepção de que toda e qualquer

gravidez ocorrida durante a adolescência é precoce e indesejada e, inevitavelmente, traz problemas biopsicossociais para a/o jovem.

Prevenir a gestação durante a adolescência é importante, uma vez que gestar durante este período da vida pode trazer problemas biopsicossociais para as adolescentes, embora, em alguns casos, a gestação e a maternidade possam fazer parte de um projeto de vida familiar e social de algumas adolescentes e representar amadurecimento pessoal. Em alguns contextos sociais, principalmente os populares, a maternidade pode fazer parte de um projeto de vida que possibilita a inserção da adolescente no mundo adulto e uma realização feminina (DIAS et al, 2013).

No caso dos meninos amparados familiar e socialmente, a situação de paternidade pode significar crescimento e amadurecimento pessoal (LYRA, 1997). A percepção de que a gravidez e maternidade na adolescência traziam repercussões biopsicossociais essencial e predominantemente negativas para as adolescentes contribuiu para justificar intervenções estritamente preventivas e, por vezes, punitivas, que dificultavam a adoção de estratégias de promoção de saúde junto a essa população. A ausência de diretrizes claras e objetivas sobre o atendimento em saúde pública no contexto de gravidez e maternidade na adolescência constitui um quadro de precariedade do atendimento preventivo e assistencial às adolescentes comumente observados nas Unidades Básicas de Saúde (TEIXEIRA e col, 2013).

Por outro lado, é possível visualizar mudanças gradativas na compreensão das experiências sexuais e/ou reprodutivas dessa população, se compararmos documentos do PROSAD com outras ações baseadas em políticas públicas de saúde brasileira destinadas aos adolescentes. Estas mudanças se referem, principalmente, ao reconhecimento das particularidades contextuais que caracterizam a forma de perceber e viver o exercício da sexualidade durante a adolescência (LEÃO, 2005).

Outro aspecto que revelou que as ações do programa não contemplavam todos os jovens brasileiros foi o atendimento prestado ao

adolescente do sexo masculino. Este adolescente aparece apenas timidamente em considerações sobre a saúde sexual e reprodutiva, uma vez que o programa o reconhece como corresponsável pela gravidez da adolescente. Apesar da existência de ações que incluíam essa população, havia dificuldades em reconhecer a diversidade das vivências dos adolescentes e discutir sua participação efetiva como sujeitos ativos no desenvolvimento de ações prioritárias (OLIVEIRA & LYRA, 2010). O não reconhecimento da adolescência em suas múltiplas dimensões gerou tanto uma não legitimação de políticas públicas como certa fragilidade na identificação das demandas reais dos adolescentes brasileiros. Estes aspectos se estendem às políticas públicas brasileiras voltadas aos jovens de uma forma geral (LOPEZ & MOREIRA, 2013).

Quanto à variabilidade de metas consideradas importantes na avaliação de programas (MINAYO e col, 2005), observa-se que existiu uma preocupação particular do PROSAD com a saúde reprodutiva e sexual dos adolescentes. O predomínio excessivo, no programa, de ações voltadas à sexualidade e reprodução demonstrou pouca variabilidade de metas, apesar de o PROSAD prescrever atenção a outras esferas da saúde do adolescente, como, por exemplo, a saúde bucal, a família e o trabalho. Além disso, cabe lembrar que o PROSAD foi criado na década de 1980, quando o governo estava preocupado em criar programas e ações para a área de saúde sexual e reprodutiva, tendo em vista a necessidade de oferecer resposta ao impacto da epidemia do HIV/AIDS que atingia adolescentes brasileiros a partir dos quinze anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Este aspecto pode justificar o foco das ações definido em 1989, uma vez que o contexto político, econômico e social influencia o direcionamento das ações de programas sociais (MINAYO e col, 2005); entretanto, após o controle da epidemia, levando-se em consideração que as diretrizes do programa foram revistas em 1996, este foco deveria ter sido (re)avaliado e redimensionado, dando espaço para ações voltadas à saúde integral.

Destaca-se que a preocupação com questões relacionadas à vida sexual e reprodutiva dos jovens é válida, uma vez que o principal motivo que

leva os adolescentes a buscar os serviços de saúde são questões ligadas à sexualidade e reprodução; porém o foco não deve restringir-se a estes aspectos, pois os adolescentes podem demandar outros cuidados em saúde, uma vez que são sujeitos de direito e devem ser percebidos em sua integralidade (SANTOS & RESSEL, 2013).

Outro aspecto discutido foi a articulação de ações para contemplar o público-alvo. Essas ações foram frágeis, especialmente no que se refere ao protagonismo. As políticas públicas em saúde, no geral, incluindo o PROSAD, dificilmente rompem com a visão estigmatizada da condição juvenil e acabam não promovendo a participação de adolescentes e jovens na construção de sua cidadania (KERBAUY, 2005). Algumas ações negligenciam as necessidades específicas dos adolescentes, pois não abrem espaço para escutá-los, seja na elaboração e execução seja nos processos de avaliação das ações (LOPEZ & MOREIRA, 2013).

Neste sentido, o PROSAD apresentou pressupostos teóricos interessantes, mas enfrentou, na prática, o desafio da mudança real do enfoque do adolescente “problema-passivo” para o adolescente “solução-ativo”. Considera-se que esta mudança é possível através do incentivo à participação dos adolescentes nos serviços e nas atividades de promoção da saúde na comunidade e no processo de avaliação dos programas (BURSZTYN & RIBEIRO 2005).

Cabe lembrar ainda que as ações em saúde são colocadas em prática através de uma equipe de intervenção capaz de atender às demandas da população-alvo. A disponibilidade destes profissionais é uma das principais ferramentas para tornar as ações de um programa reais, eficazes e eficientes (MINAYO e col, 2005). O PROSAD reconheceu a importância da capacitação profissional para o atendimento qualificado ao adolescente, mas ainda hoje se reconhece que existe carência de profissionais de saúde que se disponibilizem, motivem-se e estejam capacitados para o trabalho com adolescentes. Observa-se que muitos profissionais que realizam trabalhos educativos com adolescentes

possuem uma visão estigmatizante sobre o adolescente. Esta perspectiva é intensificada quando se fala em educação e em intervenções na esfera da sexualidade adolescente, uma vez que a sexualidade nesta fase do desenvolvimento humano é percebida por muitos profissionais como negativa (OLIVEIRA & LYRA, 2010).

Neste sentido, o foco nas mudanças de conceitos dos profissionais em relação aos adolescentes e às particularidades desenvolvimental desse período e sua capacitação para esse trabalho devem ser atividades prioritárias e sistemáticas em programas que busquem ser efetivos com essa população (LEÃO, 2005). É fundamental que o adolescente, ao buscar o serviço de saúde, sinta-se acolhido e perceba o profissional de saúde como um mediador importante para o cuidado de sua saúde e bem-estar (LEÃO, 2005; SANTOS & RESSEL, 2013). No modelo de Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família configura-se como a porta de entrada no sistema de saúde. Neste sentido, é importante articular ações e relações que favoreçam o acolhimento e a territorialização da atenção, transformando os profissionais e locais de atendimento em uma referência para o cuidado em saúde (OLIVEIRA & LYRA, 2010).

Constata-se que o Ministério da Saúde (Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem) vem procurando orientar e capacitar profissionais que trabalham no atendimento ao adolescente nas unidades de saúde. Isto se dá por meio da divulgação de programas e materiais como: “A saúde de Adolescentes e Jovens – uma metodologia de autoaprendizagem para equipes de atenção básica de saúde: módulo básico” (Ministério da Saúde, 2007), a “Caderneta de Saúde do adolescente” (Ministério da Saúde, 2005a, 2005b) e o “Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde -”, do Ministério da Saúde (2005).

Estes materiais fornecidos pelo Ministério da Saúde são ferramentas importantes na capacitação de profissionais, mas por si só não garantem a efetividade das ações em saúde. Os materiais abordam os principais

aspectos do crescimento e o desenvolvimento puberal, e orientam a prática profissional no atendimento em saúde. A visão de saúde, nestes materiais, não alcança sua definição ampliada (bem-estar físico, psíquico e social), conforme preconiza o SUS, uma vez que as questões relativas à cultura, ao lazer e à educação, por exemplo, não são suficientemente exploradas. Os materiais partem de uma abordagem biologista e de procedimentos médico-biológicos, prescrições e orientações que direcionam, de forma reducionista, a promoção e a prevenção de saúde (HÜNING & LUZ, 2011).

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, descritivo e com abordagem qualitativa.

Segundo Bruyne (1991), a metodologia é a lógica dos procedimentos científicos em sua gênese e em seu desenvolvimento, não se reduz, portanto, a uma “metrologia” ou tecnologia da medida dos fatos científicos.

A metodologia deve ajudar a explicar não apenas os produtos da investigação científica, mas principalmente seu próprio processo, pois suas exigências não são de submissão estrita a procedimentos rígidos, mas antes da fecundidade na produção dos resultados (BRUYNE, 1991 p. 29)

Segundo Strauss & Corbin (1998), o método de pesquisa é um conjunto de procedimentos e técnicas utilizados para se coletar e analisar os dados. O método fornece os meios para se alcançar o objetivo proposto, ou seja, são as “ferramentas” das quais fazemos uso na pesquisa, a fim de responder nossa questão.

A pesquisa segundo Minayo (1993, p.23) é considerada como “atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo

intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados”.

Segundo Valdeci Santos (2012) A revisão da literatura, também chamada “revisão bibliográfica”, “estado da arte” ou “estado do conhecimento”, visa a demonstrar o estágio atual da contribuição acadêmica em torno de um determinado assunto. Ela proporciona uma visão abrangente de pesquisas e contribuições anteriores, conduzindo ao ponto necessário para investigações futuras e desenvolvimento de estudos posteriores. Enfim, ela comprova a relevância acadêmica do trabalho realizado por um pesquisador.

A pesquisa é bibliográfica e telematizada pela utilização de teses, dissertações, artigos, livros, jornais e sites na internet para desenvolver e suportar os objetivos propostos nesse estudo.

A pesquisa quanto aos seus objetivos pode ser: exploratória, descritiva ou explicativa. Segundo Silva & Menezes (2000, p.21), “a pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento”.

Segundo Gil (1991) e Vergara (2000), a pesquisa pode ser caracterizada quanto aos fins e aos meios: Quanto aos fins, a pesquisa é descritiva. Segundo Vergara (2000, p.47), a pesquisa descritiva expõe as características de determinada população ou fenômeno, estabelece correlações entre variáveis e define sua natureza. A autora coloca também que a pesquisa não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação.

Seguindo a mesma linha, Mattar (1999) ressalta a inter-relação com o problema de pesquisa, ao afirmar que a utilização desse tipo de pesquisa deverá ocorrer quando o propósito de estudo for descrever as características de

grupos, estimar a proporção de elementos que tenham determinadas características ou comportamentos, dentro de uma população específica, descobrir ou verificar a existência de relação entre variáveis.

A pesquisa do presente estudo, portanto, é descritiva por tentar descrever as características dos portadores de cartão de crédito do segmento da Terceira Idade 50 assim como seu comportamento em relação ao uso do cartão, mediante entrevistas em profundidade e questionários, na fase da pesquisa de campo. Quanto aos meios, a pesquisa é bibliográfica, telematizada e de campo.

Segundo Rodrigues (2017) Pesquisa descritiva são fatos observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem interferência do pesquisador. Uso de técnicas padronizadas de coleta de dados (questionário e observação sistemática)

De acordo com Rodrigues (2007) Pesquisa qualitativa É uma pesquisa descritiva, As informações obtidas não podem ser quantificáveis, os dados obtidos são analisados indutivamente, a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa.

Segundo Ludke e André (2003) A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como eu principal instrumento. Segundo os dois autores, a pesquisa qualitativa supõe o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada, via de através do trabalho intensivo de campo.

Na forma de abordagem do problema, a pesquisa pode ser quantitativa ou qualitativa. Segundo Silva & Menezes (2000, p. 20), “a pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e atribuição de significados são básicos no processo qualitativo. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para

coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem”.

Para execução deste trabalho foi realizado um levantamento no portal BVS. As palavras chaves usadas para a pesquisa foram: PROSAD, Políticas Públicas de Saúde, ações de enfermagem, assistência de enfermagem na adolescente, programa de saúde ao adolescente.

Os critérios de inclusão neste presente estudo foram: artigos indexados nas bases de dados mencionados e publicados na íntegra em períodos nacionais, compreendidos entre 2000-2016 e disponível no idioma português. Já os critérios de exclusão foram: artigos que não abordavam a referida temática, artigos que não estavam publicados na íntegra e que sua abordagem não contribuía para o conhecimento da enfermagem.

Para a seleção das publicações, foi lido o resumo de modo a confirmar se eles contemplavam a pergunta norteadora desta investigação e se atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos.

A busca foi realizada através do acesso online no periódico em agosto de 2017. A mostra final desta revisão foi constituída de 10 Artigos encontrados na BVS que contemplavam a questão norteadora e que também atendiam aos critérios previamente instituídos.

5 RESULTADOS

TITULO	NOME DA REVISTA	BASE DE DADOS	ANO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO	RESULTADO	CONCLUSÃO
Importância da bioética na formação do enfermeiro para o atendimento do adolescente enfermo crônico	Reme – rev. Min. Enf	BVS	2007	Revisão não sistemática da literatura	Discutir a bioética na formação do enfermeiro como recomendação para a assistência ao adolescente enfermo. Com relação à assistência de enfermagem, o objetivo era que o adolescente fosse reconhecido como pessoa autônoma e	Demonstrou a necessidade de aumentar o enfoque humanista no ensino de enfermagem, valorando a interdisciplinaridade.	Para tal, deve-se construir um processo sistemático de plena interação com participação de adolescentes.

					recebesse assistência holística especial.		
A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde.	Ciência & saúde coletiva	BVS	2003	Socioepidemiológico	Objetiva conhecer a representação social Que esses adolescentes fazem de si próprios.	Indicam que os adolescentes têm Uma visão muito positiva de si próprios, conjugando a idéia de alegria/bom humor/extroversão e satisfação com o corpo, a despeito da Visão que os adultos e a sociedade em geral têm Deles.	Conclui-se que a otimista Visão de si do adolescente precisa ser reconhecida E implementada nas estratégias de promoção Da saúde, prevenção e atenção dos agravos à saúde.
O comportamento dos pais em relação à comunicação com os filhos Adolescentes sobre	Rev. Rene.	BVS	2008	Descritivo - exploratório	Conhecer como ocorrem as conversas entre pais e filhos adolescentes sobre sexo/sexualidade	Mostraram que a maioria dos pais tem motivação e Interesse de conversar com os filhos sobre a temática, apesar de alguns terem relatado	É preciso que os profissionais De saúde adotem estratégias para a adoção do diálogo informativo com os pais e adolescentes a respeito das

prevenção de hiv/aids					de e medidas preventivas.	dificuldades em abordar o assunto Com os filhos. Percebe-se que a maioria das conversas ocorridas na família apresenta caráter de advertência e não existe maior esclarecimento sobre medidas preventivas de hiv/aids ou de uma gravidez indesejada	Diferentes situações ocasionadas pelas relações sexuais desprotegidas, inovando a forma e a qualidade das informações, De modo a viabilizar maior aderência desta população às práticas de comportamento sexual seguro.
Assistência à saúde e demanda dos serviços na estratégia saúde da família: a visão dos adolescentes	Cogitare enferm	BVS	2011	Estudo descritivo qualitativo	Conhecer a percepção dos adolescentes acerca da assistência à saúde e demanda dos serviços na estratégia saúde da família.	Evidenciou-se que os adolescentes buscam a unidade de saúde da família motivados principalmente pela doença, não se sentem como parte do serviço e expressam o desejo por atividades que conduzam a uma maior participação.	Existe a necessidade de organização do processo de trabalho das equipes de saúde no sentido de captar esta clientela, estimular e fortalecer o vínculo, bem como consolidar a política

							voltada à saúde dos adolescentes.
O cuidado de enfermagem na saúde Sexual e reprodutiva dos adolescentes	Adolescência & saúde	BVS	2013	Pesquisa exploratória e descritiva	Verificar o cuidado de enfermagem na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes	Oriundos do relato de adolescentes, estes afirmam que apesar de serem bem acolhidos nas unidades de saúde não buscam essas instituições para conversar sobre sexualidade Ou procurar algum atendimento relacionado às questões sexuais. Já os enfermeiros afirmam não conhecer os programas Específicos para os adolescentes e, portanto, não implementam nenhuma ação específica para esse público	Faz-se necessário então discutir com os enfermeiros e gestores de saúde sobre o trabalho com os adolescentes, debatendo Sobre metodologias adequadas, educação em saúde, trabalho interdisciplinar, intersetorial e integral, vigilância à saúde, Sexualidade, dentre outros temas.

<p>Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes: identificando dificuldades e perspectivas de transformação</p>	<p>Rev. Enferm. Uerj</p>	<p>BVS</p>	<p>2011</p>	<p>Descritivo-exploratório com abordagem quantitativa.</p>	<p>Identificar as dificuldades existentes na atuação dos enfermeiros da estratégia saúde da família, junto aos adolescentes; e as mudanças necessárias para a melhoria da qualidade no atendimento a esta clientela.</p>	<p>Apontaram a necessidade de otimizar a implementação das políticas públicas voltadas para adolescentes, e que, para tanto, há que se estabelecer maior ênfase na atenção a tal clientela, tanto no processo de formação inicial dos enfermeiros, quanto na educação permanente no trabalho.</p>	<p>O trabalho multiprofissional é fundamental para atender de forma mais efetiva e global às necessidades desse grupo populacional, efetivando as políticas públicas já existentes e propiciando o exercício de um trabalho coletivo e integrado em prol dessa clientela.</p>
<p>Desafios do enfermeiro na atenção à saúde do Adolescente na estratégia de saúde da família</p>	<p>Rev. Eletrônica cursos aprendiz</p>	<p>BVS</p>	<p>2015</p>	<p>Pesquisa exploratória e descritiva</p>	<p>Caracterizar a qualidade do atendimento ofertado aos Adolescentes na atenção primária e, assim, descrever as principais</p>	<p>Parte-se do pressuposto de que o déficit de programas e ações voltadas para o público alvo e a falta de qualidade na assistência Prestada aos adolescentes na</p>	<p>Trabalhar na estratégia saúde da família (esf) e desenvolver habilidades relacionadas à saúde do adolescente, na perspectiva da promoção</p>

					<p>atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na saúde do adolescente e Analisar as dificuldades da prática do profissional quanto à promoção da saúde do adolescente.</p>	<p>atenção primária têm contribuído para o afastamento dos jovens na estratégia de saúde da família. O acesso Da população aos serviços de saúde é fundamental para uma assistência à saúde eficiente.</p>	<p>Da saúde, constitui um desafio para o enfermeiro. Proporcionar a assistência ao adolescente que se encontra em pleno processo de Transformação biopsicossocial e pautar o cuidado, levando em consideração as necessidades e singularidades desse grupo, exige um Anchor-to-top Processo de crescimento e de aquisição de novos conhecimentos. O sucesso do trabalho está vinculado à capacidade de construir ações conjuntamente entre</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

							os adolescentes e o serviço de saúde.
Assistência ao adolescente em um serviço terciário: acesso, acolhimento e satisfação na produção do cuidado	Texto contexto enferm	BVS	2010	Exploratório -descritivo com abordagem qualitativa	Identificar as formas de acesso e acolhimento de adolescentes em um serviço de saúde, descrever a satisfação com o cuidado recebido e as relações estabelecidas com os profissionais.	Perceberam condições satisfatórias de acesso e acolhimento com restrições à porta de entrada. Destacaram aspectos positivos da relação, da comunicação e da resolubilidade dos problemas na unidade de internação.	Há, portanto, necessidade de um agir pautado nos dispositivos da integralidade por todos os membros da equipe de saúde e em todos os espaços na produção do cuidado aos adolescentes.
Avaliação das condições de atendimento do programa de saúde do adolescente no município do rio de janeiro	Cad. Saúde pública	BVS	2012	Pesquisa de campo	Analisar condições básicas para a prestação da atenção integral aos adolescentes nas unidades de saúde (us) do município	Entre as 70 us estudadas, 49 participavam do programa de saúde do adolescente (prosad). Destas, 12% foram classificadas como em “boas” condições e 45%	Para aumentar a efetividade do prosad do município do rio de janeiro, deve-se melhorar as condições dos profissionais para prestar atenção integral a este grupo etário, levando em



					do rio de janeiro.	como “regulares”. O estudo espacial demonstrou que somente seis, das 17 us situadas nas áreas de maior densidade demográfica, estavam em condições boas ou regulares.	consideração os problemas de saúde em nível local, a densidade demográfica da população adolescente por área geográfica e a demanda de serviços.
--	--	--	--	--	--------------------	---	--

5 RESULTADO E DISCURSÃO

A existência de programas de educação exclusivos para adolescentes se constitui em peça importante na prevenção dos problemas específicos nesse período do ciclo vital. Porém, para a implementação dos mesmos se faz necessário um corpo de conhecimento adequado acerca desse grupo, de tal modo a propiciar a efetiva captação dessa clientela (FAUSTINI et al; 2003).

Outra dificuldade referida diz respeito à falta de capacitação dos profissionais para a abordagem e atuação junto aos adolescentes, tendo em vista o reconhecimento, por parte dos enfermeiros, da importância de um preparo profissional para atuar junto a grupos específicos. Além de apontarem para a falta de recursos em geral, considerando que para se trabalhar com os adolescentes seria indicada a disponibilização de um local adequado, com materiais capazes de atrair sua atenção, mobilizando seu interesse, além da disponibilidade de profissionais de diferentes áreas (FAUSTINI et al; 2003).

Entre as mudanças apontadas para a melhoria da qualidade no atendimento aos adolescentes destacam-se a necessidade de investimentos em capacitação/treinamento dos profissionais para atuar junto aos adolescentes, bem como o empenho/vontade/iniciativa dos próprios profissionais. Os enfermeiros, como profissionais de saúde com uma formação generalista, têm a seu favor a possibilidade de uma atuação voltada para a diversidade, tanto na esfera preventiva, quanto na curativa, permitindo assim transitar nesta interface tão importante quando o assunto é a saúde dos adolescentes (OLIVEIRA e col, 2008).

Entende-se que a integralidade da assistência é de suma importância para que o enfermeiro atue com os adolescentes. Porém, a literatura tem apontado uma realidade um tanto ou quanto adversa na qual, em virtude das exigências de serviços burocráticos, do grande número de programas que devem ser colocados em prática, somados à falta de estrutura e de recursos, o atendimento integral aos adolescentes torna-se um desafio, ficando sem continuidade, restringindo-se à consulta de enfermagem realizada por demanda espontânea (OLIVEIRA e col, 2008).

Nesse sentido, ainda que constatado o fato de alguns profissionais apresentarem dificuldades no desenvolvimento de ações de atenção à saúde do adolescente, bem como no processo de captação efetiva desta população para os serviços de saúde, é essencial que exista, por parte dos profissionais, a predisposição para a implantação de um programa desta natureza no âmbito de atuação da equipe da saúde da família; e por parte dos gestores, a garantia de condições para a sua devida implementação e manutenção (CORRÊA & FERRIANI; 2005).

A busca pela realização do trabalho inter e multiprofissional deve ser constante. Ressalta-se que um profissional interessado pode sensibilizar pouco a pouco outros profissionais na execução do trabalho em equipe. Desse modo, todos os profissionais de saúde podem estar qualificados para o atendimento aos adolescentes, tendo em vista que a diversidade é um fator contribuinte para que seja ampliada a atuação e a resolutividade dos problemas. O trabalho em equipe favorece um atendimento centrado no usuário, o que evita visões fragmentadas, assim como as decisões devem ser tomadas em conjunto, o que leva à maior eficácia da ação (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2005).

Ademais, como em qualquer campo de atuação, deve-se observar que, no desenvolvimento de ações junto aos adolescentes, há que serem respeitados princípios fundamentais, tais como a ética, a privacidade, a confidencialidade e o sigilo. Esses princípios reconhecem adolescentes e jovens como sujeitos capazes de tomarem decisões de forma responsável. O atendimento a esta clientela deve, portanto, fortalecer sua autonomia, oferecendo apoio e atenção respeitosa, e evitando a emissão de juízos de valor. A observância de tais princípios contribui para o estabelecimento de uma melhor relação cliente/profissional, favorecendo ainda um diagnóstico mais preciso das necessidades desta população, pela descrição das condições de vida dos mesmos, evidenciando problemas e dúvidas. Esses mesmos princípios também ampliam a capacidade do profissional para o encaminhamento das ações necessárias, favorecendo o vínculo dessa clientela com os serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2005).

6 CONCLUSÃO

A realização deste estudo aponta para a necessidade de implementação de algumas mudanças no panorama da atenção prestada aos adolescentes.

Ao longo dessa pesquisa ficou constatado através citações em artigos que alguns enfermeiros apontaram como principais dificuldades a captação/adesão dos mesmos nas atividades propostas a este público, visto que os adolescentes raramente procuram o serviço de saúde. Nesse sentido, referiram a falta de conhecimento sobre como agir para conquistar essa clientela.

Fica evidente a importância do trabalho de todos os membros da equipe multiprofissional nas questões que envolvem a atenção primária a essa clientela. O impacto de ações mais efetivas neste campo de atuação, e a busca pelo envolvimento cada vez maior desta parcela da comunidade nas ações básicas de saúde poderiam contribuir, sobremaneira, para a prevenção de inúmeros danos futuros, com repercussões não só restritas aos indivíduos atendidos, mas voltadas para a comunidade na qual estes estão inseridos. Nesse contexto, o enfermeiro e sua equipe, em função de sua capacidade de inserção nas comunidades atendidas, constituem-se em importante instrumento para a atuação direta junto ao adolescente.

Salienta-se a necessidade de mudanças basais, no que concerne ao processo de formação inicial dos profissionais, com a ênfase adequada para o trabalho futuro junto a esta clientela. Da mesma forma, a mera existência de programas ou políticas de atenção voltadas para a clientela adolescente, por si só, não se traduz na cobertura assistencial desejável dessa demanda. Há que garantir que sejam efetivados os investimentos governamentais para a sua concretização na prática, seja no processo de formação inicial e continuada de mão de obra qualificada, seja viabilizando condições para a implementação de ações no contexto da atenção básica em saúde.

Por fim, a atuação multiprofissional parece estabelecer-se como estratégia fundamental para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do adolescente, dentro do paradigma da integralidade em saúde e em consonância com os ideais do SUS.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, J. R. C. M. Adolescência e saúde coletiva: Aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). Programação em Saúde Hoje. São Paulo: Hucitec, 1990, p. 139-182.

BECKER D, O que é a adolescência, Editora Brasiliense , Coleção Primeiros Passos , 7 Edição ,1989

BRENNER, A. K., LÂNES, P., & CARRANO, P. C. R. A Arena das políticas públicas de juventude no Brasil: processos sociais e propostas políticas. Jovenes – Revista de Estudos sobre Juventud. México. 22, 202-219. 2005

BURSZTYN, I., & RIBEIRO, J. M. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. Cadernos de Saúde Pública,21(2), 404-416. 2005.

CALLIGARIS, C. A adolescência. São Paulo: Publifolha, 2000.

CORRÊA ACP, FERRIANI MGC. A produção científica da enfermagem e as políticas de proteção à adolescência. Rev Bras Enferm. 2005.

DIAS, A.C.G.; JAGER, M.E., PATIAS, N.D., & OLIVEIRA, C.T. Maternidade e casamento: o que pensam as adolescentes. Interações (Portugal). 25, 90-112. 2013.

DIAS, A. C. G., & OLIVEIRA, V. Z. A percepção dos profissionais de saúde acerca do atendimento prestado ao adolescente. In A. C. G. Dias (Org.). Psicologia e Saúde: Pesquisas e reflexões (pp. 63-91). Santa Maria, RS: UFSM. 2009.

ELIAS PE, FERREIRA CW, ALVES MCG, COHN A, KISHIMA V, ESCRIVÃO JUNIOR A ET AL. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciência saúde colet. 2006.

ERMEL RC, FRACOLLI LA. O trabalho das enfermeiras no programa de saúde da família em Marília/SP. Rev esc enferm USP. 2006;

FAUSTINI DMT, NOVO NF, CURY MCFS, JULIANO Y. Program developed with adolescents in a health center: acquired knowledge about the themes studied by a multidisciplinary staff. Ciênc saúde coletiva. 2003;

FERRARI RAP, THOMSON Z, MELCHIOR R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. Cad Saúde Pública. 2006;

FORMIGLI VLA, COSTA COM, PORTO LA. Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. Cad Saúde Pública. 2000;

GIRONDI JBR, NOTHAFT SCS, MALLMANN FMB. A metodologia problematizadora utilizada pelo enfermeiro na educação sexual de adolescentes. Cogitare Enferm. 2006.

HIGARASHI IH, BARATIERI T, ROECKER S, MARCON SS. Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jul/set.

HORTA, N. C., & SENA, R. R. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas Políticas Públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. Physis Revista de Saúde Coletiva, 2010.

HÜNING, S.M., & LUZ, V.C.M. Uma caderneta que “produz” saúde e “adolescentes”. Arquivos Brasileiros de Psicologia. 63(3). 2011.

IBGE; Fundo de População das Nações Unidas. Situação da População Brasileira, Rio de Janeiro, 2002/2003/2004.

KERBAUY, M. T. M. Políticas de Juventude: Políticas Públicas ou Políticas Governamentais? Estudos de Sociologia, 19, 193-203. 2005.

KETT, J. F. Descubrimiento e invención de la adolescencia em la historia. Journal of adolescent health, Nova York, v. 14, p. 664-672, 1993.

LYRA, J. & SOBRINHO, A. Políticas públicas de juventude:saúde em pauta? 2011

LYRA, J.; et al. “A gente não pode fazer nada, só podemos decidir o sabor do sorvete”. Adolescentes: de sujeito de necessidades a um sujeito de direitos. Cadernos Cedes. Campinas, v 22. n. 57., p. 9-21, aug., 2002.

LEÃO, L.S. Saúde do adolescente: atenção integral no plano da utopia. Dissertação de Mestrado. Centro de Pesquisas Aggeio Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife 2005.

LOPEZ, S. B., & MOREIRA, M. C. N. Quando uma proposição não se converte em política? O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ. Ciências e Saúde Coletiva. 18(4), 1179-1186. 2013

MAGRO, V. M. M. Adolescentes como autores de si próprios: cotidiano, educação e o hip hop. Cadernos Cedes, Campinas v. 22, n. 57, p. 63-75, Aug., 2002.

MEDRADO-DANTAS, B. Tempo ao tempo: a gestão da vida em idade. Tese (Doutorado em Psicologia Social). 2002. Pontifca Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

MENOSSE MJ, OLIVEIRA MM, COIMBRA VCC, PALHA PF, ALMEIDA MCP. Interdisciplinaridade: um instrumento para a construção de um modelo assistencial fundamentado na promoção da saúde. Rev enferm UERJ. 2005; 13:252-6.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G., & SOUZA, E.R. (Org.) Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2005.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (Br). Estatuto da Criança e do Adolescente. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Acessória de Comunicação Social. Brasília (DF): MEC, ACS; 2005

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. (2011) Brasília, DF. Recuperado em 26 de maio, 2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas. 2ª ed. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas de atenção à saúde integral do adolescente. Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. Brasília, 2001

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005A). Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005b). Saúde Integral de Adolescentes e Jovens. Orientações para a organização de serviços de saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

OJEDA, E. N. S. et al. adolescencia y juventud: Aspectos demográficos y epidemiológicos. In: La Salud del Adolescente y el Joven en las Americas. Publicación Científica 489. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1985.

OLIVEIRA, A. R., & LYRA, J. (2010). Direitos Sexuais e Reprodutivos de Adolescentes e as Políticas Públicas de Saúde: desafios à Atenção Básica. In J. Lyra, B. Medrado, A. R. Oliveira, & A. Sobrinho (Orgs.), Juventude, mobilização social e saúde: interlocuções com políticas públicas (pp. 49-74). 2. ed. Recife: Instituto Papai/MAB/Canto Jovem.

OLIVEIRA TC, CARVALHO LP, SILVA MA. O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Rev Bras Enferm. 2008;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (www.who.int). 2003

OSIS, M.J.M.D. PAISM: Um marco na abordagem de saúde reprodutiva no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 15(1), 25-32. 1998.

OZELLA, S. Concepções de adolescente/adolescência: os teóricos e os profissionais. Relatório apresentado para curso de promoção na carreira docente não publicado. São Paulo: PUC, 1999.

PERALVA, A. O jovem como modelo cultural. Revista Brasileira de Educação. São Paulo. n. especial, p.15-24, maio/jun.1997.

PERES, F.; ROSENBERG, C. P. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 7, n. 1, 1998, p. 53-86.



SANTOS, C.C., & RESSEL, L.B. O adolescente no serviço de saúde. *Adolescência e Saúde*, 10 (1). 53-55. 2013.

SPÓSITO, M. P., & CARRANO, P. C. R. Juventude e Políticas Públicas no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*, 24, 16-39. 2003.

TRAVERSO, M. A; PINHEIRO, V. S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. *Psicologia e Sociedade*. Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 133-147, jul./dez., 2002.