

ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DOS ADOLESCENTES: PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOSSA SENHORA DA VITÓRIA I DO MUNICÍPIO DE ILHÉUS, BAHIA, BRASIL.

WHOLE ATTENTION TO ADOLESCENT HEALTH: PERCEPTION OF HEALTH WORKERS AT FAMILY HEALTH UNITY NOSSA SENHORA DA VITÓRIA I, IN ILHEUS, BAHIA, BRAZIL

1. David Reis (Acadêmico de Enfermagem da UESC – e bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde - PET/Saúde - Ilhéus - **davir_12@hotmail.com**)
2. Kaíque Ryan Novais (Acadêmico de Medicina da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC - e bolsista do PET/Saúde – Ilhéus - **kaiquenovais@hotmail.com**)
3. Luan Montalvão Galvão (Acadêmico de Medicina da Universidade Estadual de Santa Cruz e bolsista do Programa PET/Saúde – Ilhéus - **luanmontalvao@hotmail.com**)
4. Meire Núbia (Tutora acadêmica do Projeto PET/Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz – **meirenubia@yahoo.com.br**)
5. Rita de Cássia (Enfermeira, preceptora do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde – PET/Saúde, Ilhéus - **ritinhaalmeida33@hotmail.com**)
6. Sarah Senna (Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz – Bolsista do PET/Saúde – Ilhéus - **sarahsenna@msn.com**)

RESUMO: A adolescência é uma fase de transição, transformações e inúmeras descobertas, representando um período de risco para o estabelecimento de inúmeros agravos. Na USF Nossa Senhora da Vitória I, município de Ilhéus, Bahia, realizou-se uma pesquisa qualitativa entre os trabalhadores de saúde envolvidos, buscando identificar a percepção, as facilidades, as dificuldades para o funcionamento do Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD. Para coleta dos dados, utilizou-se entrevista semi-estruturada com treze profissionais e os resultados foram analisados e divididos em cinco categorias de acordo com a temática específica: (i) adolescência; (ii) O adolescente e o serviço de saúde; (iii) atenção Integral a Saúde do Adolescente: (des)necessário?; (iv) implantação do PROSAD: facilidades e dificuldades; (v) multiprofissional e intersetorial. Desse modo, percebe-se a multiplicidade de opiniões acerca do tema e a complexidade na estruturação de atividades, sendo necessária a adoção de práticas criativas e parcerias para otimizar o atendimento aos adolescentes.

Palavras-chave: adolescência, atenção básica, Estratégia de Saúde da Família

ABSTRACT: Adolescence is a transition phase with transformations and numerous discoveries, representing a risk period for the establishment of numerous diseases. . At Family Health Unity Nossa Senhora da Vitória I, in the city of Ilheus, Bahia, was conducted a qualitative research among health professionals involved in order to identify the perception, the facilities, difficulties in the functioning of the Adolescent Health Program –PROSAD. . For data collection, we used semi-structured interviews with thirteen professionals and the results were analyzed and divided into five categories according to specific themes: (i) adolescence, (ii) The adolescent and health services, (iii) Integral attention Adolescent Health: (un) necessary? (iv) implementation of PROSAD: facilities and difficulties, (v) multidisciplinary and intersectoral. Therefore, we find the multiplicity of

opinions about the topic and complexity in structuring activities, requiring the adoption of practices and creative partnerships to optimize care for adolescents.

Key Words: adolescence, Basic Attention, Family Health Strategy

Introdução

Segundo o Censo-2000 a população de adolescentes no Brasil, faixa etária de 10 a 19 anos de idade, corresponde a 31.827.832 habitantes, o que representa aproximadamente 18,7% da população total brasileira, sendo que 54,5% desse total encontram-se na faixa etária de 10 a 14 anos e 45,5% na faixa etária de 15 a 19 anos (IBGE, 2003). Apesar deste expressivo número de adolescentes no país, as políticas públicas para adolescentes, criadas e regulamentadas na década de 80, se desenvolvem de forma fragmentada e desarticulada, *“cada setor do governo desenvolve suas políticas, estratégias e ações isoladamente (...) não representando um trabalho intersectorial expressivo dirigido à integralidade da atenção a saúde do adolescente”* (FERRARI, 2006)

Ayres, França Jr. (1996, p.68) define o adolescente como “grupo social que se encontra em fase de importantes transformações biológicas e mentais, articuladas a um redimensionamento de identidades e de papéis sociais”. Estes sujeitos, portanto, necessitam de uma atenção direcionada exclusivamente para eles, assim como as crianças, mulheres e idosos que já possuem linhas específicas de cuidados inseridas na agenda básica dos serviços da Estratégia de Saúde da Família - ESF.

Na busca de implementar uma atenção integral a saúde do adolescente, o Ministério da Saúde, em 1989, criou o Programa de Saúde do Adolescente - PROSAD, que fundamenta-se numa política de promoção de saúde, de identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos com tratamento adequado e reabilitação, respeitadas as diretrizes do Sistema Único de Saúde, garantidas pela Constituição Brasileira de 1988. O PROSAD é dirigido a todos os jovens entre 10 a 19 anos e é caracterizado pela integralidade das ações e pelo enfoque preventivo e educativo. Ele visa garantir aos adolescentes o acesso à saúde, com ações de caráter multiprofissional, intersectorial e interinstitucional.

A atenção integral a saúde do adolescente, assim como de qualquer outro grupo etário, requer a participação de todos os trabalhadores de saúde, que devem trabalhar de forma conjunta e interdisciplinar. Neste contexto, o presente trabalho teve como objetivo conhecer a percepção dos trabalhadores de saúde de uma determinada Equipe de Saúde da Família - ESF a respeito da atenção integral a saúde do adolescente e como essa influencia a adesão destes sujeitos às ações voltadas para este público.

Material e Métodos

O campo de estudo foi uma Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro Nossa Senhora da Vitória, localizado no município de Ilhéus-Bahia. O referido município, conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) para o ano de 2009, apresenta uma população de aproximadamente 220 mil habitantes. Neste, de acordo com dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) de junho de 2010, existem 29 Equipes de Saúde da Família (ESF). A cobertura da população do Nossa Senhora da Vitória, bairro periférico de Ilhéus com aproximadamente oito mil habitantes, é realizada por três ESF's (ESF I, II e III) que dividem o mesmo espaço físico de unidade de saúde.

Os sujeitos da pesquisa foram os trabalhadores da ESF I, que é constituída por dezessete pessoas. Dentre elas incluem-se médico, enfermeira, nutricionista, fisioterapeuta, recepcionista, técnicas de enfermagem, vacinadoras, agentes comunitários de saúde, funcionários da farmácia e higienização, além de vigilantes. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Santa Cruz (parecer CEP 568 em 16 de junho de 2010).

Neste estudo optamos por uma visão ampliada de trabalhador de saúde conforme defende Farias (2010) em sua tese de doutorado. Segundo esta autora, deve-se considerar trabalhador da saúde toda pessoa inserida no contexto produtivo da unidade, aqueles que realizam procedimentos específicos e considerados “de saúde”, aqueles que realizam atividades administrativas e tarefas de apoio como limpeza e vigilância, condução e entrega. Para Farias (2010), todos estes sujeitos, mesmo sem o conhecimento técnico da área de saúde, intervêm na cadeia produtiva do cuidado no contato que estabelecem com o usuário.

Participaram, assim, da pesquisa os profissionais que atenderam aos seguintes critérios: (i) Consentir com a participação, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos sujeitos; (ii) Não participar do PET-Saúde Ilhéus; (iii) Estarem trabalhando no período que foi realizada a coleta de dados.

Para coleta de dados, utilizou-se da técnica de entrevista semi-estruturada, com roteiro composto por oito questões abertas e testado previamente para este fim. As entrevistas foram realizadas por duplas de pesquisadores: um entrevistador e um redator. O entrevistador explicava o objetivo da pesquisa ao entrevistado; lia conjuntamente com este o TCLE e após assinatura deste termo, realizava a entrevista. O redator transcrevia instantaneamente a respostas dadas pelo entrevistado.

A análise do material transcrito se definiu em duas etapas: construção de síntese de cada entrevista e síntese temática do conjunto das entrevistas realizadas. A análise das entrevistas seguiu os passos: (i) leitura dos conteúdos, deixando aflorar os sentidos sem se preocupar em eleger temas ou categorias, mas tão somente em termos de uma maior aproximação com os relatos dos participantes; (ii) esboço da entrevista, com identificação de algumas categorias temáticas; (iii) elaboração de narrativa, descrição acerca do contexto da entrevista, conteúdos, postura do entrevistado e principais temas abordados pelo sujeito da pesquisa; (iv) identificação dos repertórios interpretativos, seguida de uma breve análise sobre o uso dos mesmos durante a entrevista. Os repertórios foram definidos, segundo Spink e Medrado, (1999), como o conjunto de termos, descrições, lugares-comuns e figuras de linguagem que demarcam o rol de possibilidades de construções discursivas, tendo por parâmetros o contexto em que essas práticas são produzidas e os estilos gramaticais específicos.

Resultados e Discussões

Realizou-se um total de 13 entrevistas individuais nos meses de novembro a dezembro do ano de 2010. Buscou-se contemplar ao menos um representante de cada categoria de trabalhadores que compõe a ESF pesquisada. Não participaram das entrevistas, porém, o médico e a enfermeira por participarem do PET-Saúde e a nutricionista que se encontrava de licença.

A análise das entrevistas foi categorizada em cinco temas: (i) adolescência; (ii) O adolescente e o serviço de saúde; (iii) atenção Integral a Saúde do Adolescente: (des)necessário?; (iv) implantação do PROSAD: facilidades e dificuldades; (v) multiprofissional e intersetorial.

Adolescência

Para compreender qual a concepção dos sujeitos da pesquisa com relação ao tema adolescência, analisou os discursos referentes ao questionamento: *o que você entende por adolescência?* A partir desta análise foi possível perceber que a maioria dos entrevistados reconhece a adolescência como uma fase de transição, transformações e inúmeras descobertas, sendo o período em que o adolescente desenvolve as características sexuais, muda o comportamento, descobre o próprio corpo.

Alguns dos entrevistados referem, ainda, que a adolescência é uma fase muito “ambiciosa”, pois os indivíduos, neste período da vida, querem experimentar tudo, expondo-os a inúmeras situações de risco, como drogadição, prostituição e gravidez precoce.

Parece-nos que, em sua construção de sentido de adolescência, os profissionais pesquisados trazem alguns valores socialmente partilhados, que, de forma geral, a universalizam e naturalizam. Tratam-na como fase, como algo natural do ciclo de vida e que, portanto, todos vivenciarão, sem diferença em seus aspectos essenciais. Este achado corrobora com a idéia de Fonseca (2010), para a qual os profissionais de saúde entendem a adolescência como uma fase de desnorteio, dificuldades, desencontros, confusão e vulnerabilidade, correspondendo ao modelo de adolescência social e culturalmente predominante, a que nomeia de visão universalizada, natural e patológica, já que em nenhum momento esses profissionais indicam a compreensão de que adolescência possa ser diferente para cada sujeito, em cada cultura.

O adolescente e serviço de saúde

No que se refere à relação dos adolescentes com o serviço de saúde, os discursos dos trabalhadores demonstram o incipiente vínculo estabelecido entre a ESF e os adolescentes que apesar de representarem uma representativa parcela da população da

área de abrangência da USF I, raramente, freqüentam o referido serviço de saúde. Com este afastamento o adolescente acaba procurando o serviço apenas por motivo de agravos ou gravidez, sendo ignorada a atenção a prevenção e promoção a saúde.

As causas para essa baixa frequência e do adolescente no referido serviço de saúde são variadas, destacando-se segundos os entrevistados: o fato de ser o serviço pouco atrativo a este público; os adolescentes serem tímidos, não terem diálogo em casa, recearem que outras pessoas além dos profissionais fiquem sabendo os motivos de sua ida ao serviço, principalmente, quando a demanda deles envolvem aspectos relacionados à sexualidade (consulta de planejamento familiar, e busca de métodos contraceptivos). Então, para viabilizar o acesso do adolescente no serviço de saúde é fundamental que a atividade seja interessante e escolhida por eles, caso contrário, mesmo quando profusamente oferecida, o comparecimento tenderá a ser muito baixo.

A acolhida aos adolescentes nos serviços deve ser cordial e compreensiva, para que se sintam valorizados e à vontade nos mesmos. Uma acolhida hostil, que imponha uma série de exigências, pode afastar o adolescente, perdendo-se a oportunidade de adesão ao serviço. Pelas características próprias dessa etapa do desenvolvimento, muitas vezes eles têm dificuldades em respeitar os horários e as datas de agendamento, determinando que o serviço construa mecanismos de organização mais flexíveis.

Atenção Integral a Saúde do Adolescente: (des)necessário?

A percepção das particularidades da adolescência, bem como, da baixa oferta de serviços a este público apesar da grande demanda existente, levou, a unanimidade de opinião entre os entrevistados, a respeito da necessidade de um programa de saúde direcionado ao adolescente porque eles estão descobrindo o sexo, a transformação do corpo, sendo importante a apoio de uma equipe multidisciplinar. Um programa específico implantado na unidade, segundo os entrevistados, tornaria o serviço mais atraente ao adolescente e conseqüentemente ajudaria a fortalecer o vínculo entre eles e a ESF.

Durante a adolescência o indivíduo passa por um período de rápidas mudanças tanto biológicas quanto psicossociais que propiciam comportamentos ambivalentes, ora infantis, ora maduros (Aberastury, 1971). Por isso, até chegar à fase adulta ele tem que tomar decisões, na maioria das situações sem o devido preparo, que podem implicar em

riscos desnecessários (Igra & Irwin, 1996). Motivados por exemplos de comportamento na família, pressão de grupo, auto-afirmação na comunidade, ou mesmo por dificuldades na esfera emocional, pode ocorrer a formação de hábitos pouco saudáveis, principalmente os ligados ao consumo de alimentos inadequados, experimentação de bebidas alcoólicas, fumo e drogas, entre outros. Portanto, o cerne da questão está no fato de que esses hábitos podem originar enfermidades na idade adulta que poderiam ser evitadas com medidas preventivas.

Apesar de perceberem tal importância, 70% desta ESF desconheciam estar ocorrendo, na unidade em que trabalham, um processo de implantação de um Programa de Atenção Integral a Saúde do Adolescente - PROSAD desde janeiro de 2010, desenvolvido pelo integrantes do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde - PET-Saúde: *“não tinha conhecimento de nenhum programa voltado ao adolescente sendo implantado aqui (na unidade) não....acho que deveria ter mais divulgação dessas atividades”* (Entrevistado 03); *“Fiquei sabendo agora por você (entrevistador)”* (Entrevistado 06).

Onze dos treze profissionais pesquisados ignoravam, também, em que consistia o PROSAD instituído pelo Ministério da Saúde desde 1989. Quando questionados, porém, sobre as ações que envolveriam um programa como PROSAD, a maioria relacionou este programa quase exclusivamente às ações de educação em saúde, principalmente, no que diz respeito à sexualidade, drogadição e gravidez na adolescência: *“seria um programa direcionado para esclarecer as duvidas, falar sobre a importância do sexo seguro, sobre o uso de drogas, camisinha”* (entrevistado 07); Com estas ações os adolescentes teriam acesso a informações corretas, esclareceriam suas dúvidas e uma vez bem informados diminuiriam a exposição às situações de risco.

Quanto às ações complementares a educação em saúde, os trabalhadores restringiam, em sua maioria, a citar a consulta médica: *“... além das atividades educativas teria também a consulta medica.(entrevistado 10)*. Apenas dois dos entrevistados visualizaram o PROSAD como um programa amplo e abrangente que envolve o trabalho multiprofissional, intersetorial e interinstitucional: *“as ações deste programa devem ir além da consulta médica, a consulta com psicólogos, dentistas, assistentes sociais, fisioterapeuta, entre outros profissionais...(entrevistado 9)*.

Pode-se perceber que a organização de programas voltados à saúde do adolescente requer, efetivamente, a consideração das dimensões social e coletiva,

abordadas de forma multiprofissional e interdisciplinar, envolvendo os diferentes aspectos que interagem no cotidiano dos adolescentes e no contexto em que estão inseridos, procurando adaptar os conteúdos desses programas às diferentes modalidades de demandas individuais e coletivas. Os profissionais de saúde, para atenderem o adolescente, além de lidar com questões biológicas, têm que ter competência também na esfera comportamental (Ruzany, 2002).

Portanto, é possível observar a necessidade de uma assistência direcionada à saúde do adolescente, a fim de especificar o cuidado a ser prestado, englobando assim todas as vertentes geradas pelo adolecer: psicológico, biológico e social.

Implantação do PROSAD: facilidades e dificuldades

Ainda que os trabalhadores concordem em relação aos benefícios da implantação de um programa como o PROSAD na unidade que trabalham, os discursos destes sujeitos evidenciaram uma grande discordância a respeito das facilidades e dificuldades que envolveriam o processo de implantação do referido programa.

Entre as facilidades foi destacado o fato da unidade de saúde ser ampla e possuir muitas salas. Já para alguns profissionais, apesar do espaço físico adequado, falta na unidade sala específica para ações de educação em saúde, e, além do mais, a existência de 3 equipes numa única unidade, dificulta a organização do serviço. Estes trabalhadores relataram que as atividades educativas muitas vezes são realizadas no fundo da unidade sobre um calor escaldante ou em salas de enfermeiras ou médicos adaptadas para consultas individuais e não atividade em grupo.

Em geral, os adolescentes preferem uma sala de espera exclusiva para sua utilização nos horários de atendimento. Esse espaço deve ser, acima de tudo, acolhedor, agradável e confortável para os clientes e seus acompanhantes. Isto pressupõe locais amplos, bem ventilados e limpos, adequados para o desenvolvimento de atividades de grupo que podem ter múltiplos objetivos, tais como a apresentação do serviço, integração com a equipe e educação para a saúde. Donabedian (1982), afirma ainda que a estrutura é relevante na qualidade da atenção, pois aumenta ou diminui a probabilidade da boa atuação do profissional.

Além da falta de uma estrutura física adequada, certos profissionais visualizam que uma dificuldade a ser vencida seria a falta de motivação da ESF. Para estes

trabalhadores a implantação de um novo programa representaria uma sobrecarga a já exaustiva e estressante jornada de trabalho da equipe. Ademais, experiências anteriores na implantação de outros programas já foram frustradas. Para Fonseca (2010), existe falta de oportunidades para o profissional aprender a trabalhar, acarretando, mais uma vez, a não priorização da adolescência.

Outro ponto em que houve discordância entre os trabalhadores foi a respeito da boa relação entre os integrantes da equipe. Dos entrevistados, 70%, relataram que existe uma boa relação interpessoal na ESF, visto que grande parte da equipe já trabalha junto há mais de dez anos. Já para 30% dos entrevistados falta entrosamento na equipe o que se reflete na dificuldade que a ESF em questão tem em realizar atividades interdisciplinares: “... *Os profissionais que trabalham aqui já se conhecem, se dão bem, estão acostumados a trabalhar juntos*” (entrevistado 08); “*trabalho em equipe aqui na unidade não há... cada um faz o seu trabalho e pronto, mas não há atividade em conjunto...essa é a verdade*” (entrevistado 10).

Trabalhar com o usuário adolescente mostra-se uma tarefa difícil, principalmente, no que tange à comunicação e à captação destes jovens, reconhecem os profissionais pesquisados: “é complicado lidar com o adolescente... o funcionário tem que saber como chegar neste adolescente... tem que saber falar a língua deles e como acolhê-los” (entrevistado 06). Torna-se necessário, portanto, a capacitação específica da equipe para trabalhar com o adolescente, além da importância de inserir outros profissionais de saúde na ESF: “*aqui (na USF I) faltam alguns profissionais específicos como dentistas, psicólogos e assistentes sociais... e acima de tudo falta capacitação dos profissionais existentes na unidade para o trabalho com o adolescente*” (entrevistado 09).

A atenção integral à saúde dos adolescentes e jovens requer a participação de profissionais de diversos campos de saberes que devem interagir por meio de um enfoque interdisciplinar. O atendimento por equipe concentra-se no problema, evitando-se visões fragmentadas, apenas de cada especialidade ou disciplina.

Profissionais que trabalham em programas de atenção à saúde de adolescentes referem dificuldades no trato diário com esse grupo etário, pois os esforços para cumprir a agenda de atividades demonstram não ser satisfatórios, causando-lhes frustração, desmotivação, mal-estar e até mesmo irritação, pois geralmente não comparecem no serviço.

Visualiza-se assim além da capacitação específica sobre o adolescente a necessidade de articulação com núcleos de apoio a equipe, como a exemplo do NASF (Núcleo de apoio à saúde da família). O NASF foi criado em 2008 pelo Ministério da Saúde visando apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e regionalização.

A organização do processo de trabalho dos NASF e sua articulação com a ESF, nos territórios de sua responsabilidade, deve ser estruturado priorizando: O atendimento compartilhado para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos; Intervenções específicas do NASF com usuários e famílias encaminhados pela equipe de SF, com discussões e negociação a priori entre os profissionais responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias; e ações comuns nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF e outros setores.

Nesse contexto, é possível perceber que o apoio do NASF constitui-se numa valiosa ajuda na elaboração e implementação de estratégias visando contornar dificuldades no exercício na atenção integral na Atenção Básica, inclusive na implantação do PROSAD.

Multiprofissional e Intersetorial

A necessidade de um trabalho multiprofissional para o desenvolvimento de uma atenção integral a saúde dos adolescentes foi citada por todos os entrevistados: “... *nesse programa seria importante a participação de todos os profissionais de saúde desde o vigilante ate o médico*” (entrevistado 01).

Embora visualizem a importância do trabalho multiprofissional, os entrevistados mostraram dificuldade em reconhecer como cada profissional poderia contribuir na execução do programa. A maioria referiu, independente da sua função, possuir o papel de informar aos adolescentes a respeito do programa, além de convidá-los para participar deste. Somente quatro dos treze entrevistados referiram seu papel no programa de acordo com a sua função na equipe: “*espero poder prestar um bom*

atendimento, explicar aos adolescentes sobre o programa, na língua deles, para que eles entendam melhor o programa” (entrevistado 08).

Em relação a intersetorialidade, os entrevistados relataram que essa deveria envolver setores governamentais e não governamentais da sociedade sendo de extrema importância para o sucesso de um amplo programa como o PROSAD, principalmente, no que tange à captação de recursos e treinamento dos trabalhadores de saúde “... *é preciso trabalhar juntos com a prefeitura, comerciantes locais, escolas, e universidades...*” (entrevistado 09).

Atuar multiprofissionalmente exige um trabalho em equipe com interação e troca nos campos de competência e abre a possibilidade de cada um usar todo o seu potencial criativo na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado (Franco e Merhy, 1999).

Considerações finais

Diante do exposto, observa-se a complexidade inerente ao trabalho com adolescentes e a multiplicidade de opiniões e fatores envolvidos no processo de cuidado junto a essa faixa etária. Nota-se que ao conhecer o ponto de vista dos trabalhadores da Equipe de Saúde da Família – ESF - abordada, novas questões foram levantadas, como por exemplo: Até que ponto os adolescentes são iguais, passam pelos mesmos dilemas? Como tratá-los de forma individualizada levando em consideração as respectivas particularidades? Como tornar o serviço de saúde mais atrativo, acolhedor e minimizar o constrangimento para os adolescentes? Como conciliar a necessidade de flexibilizar horários e práticas de saúde para essa faixa etária com a motivação necessária a equipe, já tão sobrecarregada e desmotivada?

Somam-se a essas dúvidas a necessidade de atuar na divulgação da necessidade e da existência de um programa de saúde voltado para os adolescentes na referida ESF, de forma criativa e capaz de recrutar o máximo de jovens para o serviço de forma organizada. Ademais, pôde-se perceber a importância de adaptar o espaço físico da ESF ao atendimento ao adolescente, já que não existe uma sala de espera nem de atendimento específica, o que incrementa ainda mais a necessidade de desenvolver estratégias criativas, interdisciplinares e eficazes para formar vínculos com o adolescente no serviço.

Além disso, em virtude da falta de alguns profissionais específicos – como dentistas, psicólogos e assistentes sociais – na referida ESF é de extremo valor a parceria com o NASF, não só para ampliar o espectro de profissionais em ação, mas também permitindo a criação de espaços em que haja troca de saberes entre todos os profissionais envolvidos, em uma perspectiva de otimizar o atendimento, minorar dificuldades e maximizar facilidades, promovendo ainda uma maior homogeneização do cuidado por diferentes profissionais.

Portanto, observa-se a longa jornada necessária a melhoria no atendimento ao adolescente com base na análise da percepção dos trabalhadores de saúde da ESF. Nesse contexto, estabelecer parcerias com diversos setores da comunidade local (instituições governamentais e não-governamentais) e aproveitar as potencialidades de cada profissional é de extrema importância para que o programa de atendimento aos adolescentes atue de forma eficiente e atenda aos objetivos do PROSAD em concordância com as diretrizes básicas do SUS.

Referências Bibliográficas

ABERASTURY, A., 1971. **Adolescencia**. Buenos Aires: Ediciones Kargieman.

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JR., I. Saúde do adolescente. In: SCHRIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; GONÇALVES, R.B.M. (Orgs). **Saúde do adulto: programa e ações na unidade básica**. Ed. HUCITEC: São Paulo, 1996.

COSTA, Maria Conceição O.; FORMIGLI, Vera Lúcia A. **Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes**. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 177-84, jun, 2000.

DONABEDIAN, Avedis; WHEELER, Hohn R. C.; WYSZE-WIANSKI, Leon. **Quality, Cost, and Health: An Integrative Model**. Med. Care 20(10): 1975-92, 1982.

FARIAS, Helaynne Ximenes. **No fio da navalha: o processo de trabalho em uma Unidade de Saúde da Família de Vila Velha – Es. Vitória, 2010.**

FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta; THOMSON; Zuleika. MELCHIOR, Regina. **Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família**, disponível em: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(11):2491-2495, nov, 2006, acessado em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/24.pdf>

FONSECA, D.C.; OZELLA, S. **Los conceptos de la adolescencia construidos por profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF)**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14, n.33, p.411-24, abr./jun. 2010.

FRANCO, T.B. e MERHY, E.E.; **O uso de Ferramentas Analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas-SP)**; Artigo de tese defendida junto ao DMPS/FCM/UNICAMP para obtenção de título de mestre em saúde coletiva; Unicamp – Campinas (SP); 1999.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2004. **Contagem da População**, Brasil 2003. Rio de Janeiro: IBGE.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2011. **Contagem da População**, Brasil 2010. Rio de Janeiro: IBGE.

IGRA, V. & IRWIN, C. E., 1996. **Theories of adolescent risk - Taking behavior**. In: **Handbook of Adolescent Health Risk Behavior** (R. J. Di Clemente, W. B. Hansen, L. E. Ponton, ed.), pp. 35-48, New York: Plenum Press.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. **Marco legal - saúde, um direito de adolescentes**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. PROSAD. **Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas**. Brasília: Ministério da Saúde, Nov., 1989, 24 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. 1v, 2v, 3v.

RUZANY, M. H.; ANDRADE, C. L. T.; ESTEVES, M. A. P.; PINA, M.F.C. L. SZWARCWALD. **Avaliação das condições de atendimento do Programa de Saúde do Adolescente no Município do Rio de Janeiro**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2002, 18(3): 639-649

SPINK, M. J. P. & MEDRADO, B., 1999. **Produção de sentido no cotidiano: Uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas**. In: Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Aproximações Teóricas e Metodológicas (M. J. P. Spink, org.), pp. 41-61, São Paulo: Cortez Editora.