

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE SOB A ÓTICA GERENCIAL: ENFOQUE NA SAÚDE INTEGRAL DO ADOLESCENTE

PERMANENT EDUCATION UNDER THE MANAGEMENT VIEW: ADOLESCENT HEALTH

Paula Roberta Rozada Volponi Radaelli¹, Lierge Gallo Zavareza²

¹ Nutricionista, Pós graduada em Saúde da Família na modalidade residência multiprofissional pela Faculdade Santa Marcelina.

² Enfermeira, Mestre em Enfermagem, docente da Faculdade Santa Marcelina

Correspondência: **Paula Roberta Rozada Volponi Radaelli** (prvolponi@hotmail.com)

RESUMO

A atenção à saúde do adolescente é assegurada por lei, em uma atribuição a ser desenvolvida pela Estratégia Saúde da Família. Este trabalho teve como objetivos: caracterizar o planejamento e a execução das estratégias de educação permanente que visam capacitar os profissionais da ESF para trabalhar a atenção à saúde do adolescente; descrever a visão dos gerentes sobre essa capacitação e verificar o conhecimento a respeito dos manuais do Ministério da Saúde referentes ao tema. Trata-se de uma pesquisa qualitativa; para a coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturadas, realizada com seis gerentes atuantes em Unidades de Saúde da Família (USF), localizadas numa região da Zona Leste de São Paulo. A análise dos dados e a apresentação dos resultados se deram por categorias de análises, devidamente fundamentadas a partir de embasamento teórico. Considerou-se que os profissionais das unidades não estão capacitados para a atenção à saúde integral do adolescente; que a motivação, o interesse e a afinidade por determinado ciclo de vida ou tema parecem orientar a busca por capacitação desse profissional. Deparamos com poucos conhecimentos dos gestores locais relacionados aos conceitos de Educação Permanente em Saúde e das responsabilidades das unidades em sua execução. Há necessidade de implantar localmente a EPS, tornar os momentos de educação e capacitação mais participativos, problematizando o cotidiano e a realidade local, respeitando o conhecimento dos profissionais e as habilidades adquiridas com a prática, cooperando para que a saúde do adolescente seja abordada de forma integral e efetiva.

Descritores: Saúde do Adolescente; Educação em Saúde; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

The attention to adolescent health is ensured by law, on an attribution to be developed by the Family Health Strategy (ESF). This study aimed to characterize the planning and execution of the Health Permanent Education (EPS) Strategies, that intends to better qualify the ESF professionals; to describe the managers vision about their capacity to work with adolescent health in a comprehensive reform and to verify the knowledge about the health ministry manuals about the subject. It is a qualitative research that used a semi-structured interview for data collection with six managers of the Family Health Units (USF) located in the East Zone of São Paulo. Data analysis and results presentation is given by categories of analysis properly substantiated from theoretical base. We found out that the units professional are not trained to care for comprehensive health of adolescents. Motivation, interest and affinity for certain life cycle or theme seems to guide the training of these professionals. The local managers showed little knowledge related to EPS concepts and about their responsibilities in its implementation. There is a need to deploy locally EPS, turning the education and training moments more participatory, questioning the everyday and the local reality, respecting the professional knowledge and skills acquired through practices, broaching the adolescents health in a fully and effectively form.

Key words: Adolescent Health; Health Education, Health Management.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as políticas públicas voltadas ao adolescente foram criadas e regulamentadas na década de 80, seguindo uma perspectiva de um movimento internacional de interesse por esse ciclo de vida¹.

Apesar de terem se desenvolvido de maneira fragmentada e desarticulada, tais políticas ganharam apoio com o movimento da mudança hegemônica. A assistência à saúde passou a ter uma visão sistêmica e concepção de saúde ampliada para além dos limites do indivíduo e da ausência de doença².

Aspectos como moradia, educação, trabalho foram contemplados com a apresentação do Programa Nacional de Atenção Integral ao Adolescente (1989) e com as Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente (1993)².

Atualmente, a fim de melhor intervir sobre essa população, é percebida uma orientação no sentido de transformar a atenção à saúde do adolescente em uma assistência assegurada sob forma de lei. É uma atribuição a ser desenvolvida pela Estratégia Saúde da Família (ESF), por se aproximar mais das condições socioculturais e assim cumprir os princípios que norteiam o SUS³⁻⁵.

Espera-se que o profissional da saúde, que trabalha inserido nessa estratégia, reflita sobre o sujeito e suas necessidades, analise seu próprio trabalho e o conhecimento advindo de suas práticas, unindo o conhecimento especializado com o operacional⁶.

Para fazer parte da nova concepção de atenção à saúde integral e oferecer uma resposta às necessidades reais de saúde dos adolescentes, em acordo com o perfil esperado, fazem-se necessárias mudanças na formação dos profissionais⁶.

Na prática diária em Unidade Básica de Saúde da ESF, observa-se que os profissionais de saúde, em geral, apresentam pouco conhecimento e dificuldade em lidar com as demandas desse ciclo de vida, a adolescência. É comum ouvir-se que o processo de formação da graduação não cumpre seu papel na formação do cuidado nesse ciclo de vida, sendo imprescindíveis atividades de educação permanente aos profissionais nos serviços de saúde para que viabilizem assim a implementação da assistência integral à saúde do adolescente.

A educação permanente, segundo o manual da Política de Educação Permanente em Saúde (2009) é:

“a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações”. (p.20).

A política propõe que o processo de educação permanente seja a partir da vivência dos problemas enfrentados pelos próprios profissionais partindo do seu conhecimento e experiência para a transformação e organização da prática.

Entendo que se faz relevante o objeto do qual me ocupei neste projeto, e parto do pressuposto de que existam políticas de educação permanente aos profissionais da ESF e que lhes ofereçam caminhos para lidar com as questões da adolescência.

O projeto teve como objetivo caracterizar o planejamento e a execução das estratégias de educação permanente que visam capacitar os profissionais da USF para trabalhar a atenção à saúde do adolescente; descrever a visão dos gerentes sobre a capacitação dos profissionais da unidade para trabalharem com a saúde integral do adolescente; conhecer as dificuldades para a realização da educação permanente a saúde e verificar o conhecimento a respeito dos manuais do Ministério da Saúde referentes à Saúde integral dos Adolescentes.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, do tipo qualitativa, sendo realizada com gerentes, atuantes nas Unidades de Saúde da Família (USF), localizadas numa região da zona leste do município de São Paulo.

Configura-se como um grande conjunto periférico e monofuncional, do tipo “**bairro dormitório**”, com alta densidade populacional, abrangendo uma grande concentração de adolescentes, aproximadamente 18,41% da população (SMS/SP, 2008), constituindo-se em uma região de grande vulnerabilidade social⁸.

É parte de um projeto guarda-chuva, realizado durante a residência multiprofissional em saúde da família, com cinco eixos temáticos:

saúde sexual e reprodutiva, saúde bucal, prevenção à dependência química, educação permanente e ações intersetoriais, relacionados à saúde integral dos adolescentes sob a ótica gerencial.

Os sujeitos da pesquisa abrangeriam todos os gerentes de unidades de saúde da família de uma região da zona leste de São Paulo, porém, por não se enquadrarem no critério de inclusão, atuação mínima de seis meses na unidade, dois gerentes dessa região foram excluídos da pesquisa, totalizando seis gerentes.

A escolha do sujeito deu-se com embasamento na 11ª Conferência Nacional de Saúde que atribui, como função dos gestores de unidades básicas de saúde, os processos de planejamento local e gerenciamento participativo com trabalhadores e usuários, à luz do controle da sociedade sobre o SUS⁹.

O convite aos gerentes para a participação da pesquisa deu-se por meio da Internet (e-mail), no qual foram elucidados os objetivos da pesquisa, o motivo de sua escolha e solicitação de agendamento, com horário e local para a realização da entrevista, de acordo com sua disponibilidade.

Apenas dois gerentes enviaram resposta de aceitação via e-mail; em seguida, realizamos contato telefônico para agendamento das datas e horários para realização das entrevistas. Com os demais gerentes, realizamos novo contato via telefone, com o objetivo de confirmar o recebimento do e-mail, reforçar o convite e verificar o interesse na participação da pesquisa, bem como agendamento da data e do horário para a realização das entrevistas, caso houvesse interesse pela participação. Um dos gerentes requisitou as questões a serem respondidas, porém em respeito ao comprometimento ético e para não interferir na entrevista, foram enviados apenas os eixos temáticos.

O instrumento metodológico escolhido para a coleta das informações foi a entrevista, semiestruturada, gravadas em mp3, realizadas em datas e horários pré-agendados, por dois pesquisadores, em local escolhido pelos gerentes, sendo solicitado que a entrevista fosse feita em um ambiente calmo e tranquilo, evitando interrupções.

No início de cada entrevista, foram dadas orientações sobre os objetivos das pesquisas de acordo com os eixos temáticos e apresentou-se o termo de consentimento livre e esclarecido aprovado pelo comitê de ética em pesquisa para assinatura. A entrevista seguiu utilizando as perguntas pré-estabelecidas para ser

disparadora do diálogo, (1. Você considera que os profissionais da unidade estão capacitados para a atenção à saúde integral do adolescente? 2. Essa unidade desenvolveu atividade de educação permanente relacionada à saúde do adolescente? 3. Se desenvolveu, qual foi a estratégia utilizada? Como foi planejada? Quem esteve envolvido no processo? 4. Tem conhecimento de algum manual para nortear as ações? 5. Se não realizou, qual foi o motivo?) Ao final, foi dado espaço para os gerentes, caso quisessem comentar alguma abordagem do tema não contemplada pelas entrevistadas.

As entrevistas foram transcritas integralmente respeitando a livre expressão do sujeito da pesquisa. Os conteúdos das entrevistas foram então analisados de acordo com a orientação de Franco¹⁰.

Inicialmente organizamos o conteúdo para uma primeira leitura, segundo realizamos a exploração do material para a codificação e registro dos dados e em seguida agrupou-se de maneira relevante com o propósito de inferir, interpretar as informações obtidas.

Os resultados deste estudo foram agrupados em 3 categorias: Capacitação dos profissionais da unidade, Educação Permanente relacionada à saúde do adolescente e Conhecimento a respeito dos manuais do Ministério da Saúde referentes à saúde integral dos adolescentes.

A realização deste estudo deu-se em conformidade com as orientações da Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo sob o parecer N°129/09 – CEP/SMS. Os gerentes das UBSF pesquisados foram informados sobre o caráter confidencial de sua participação e sobre o objetivo da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Capacitação dos profissionais da unidade

Para que o profissional possa se capacitar é necessário obter informação sobre aquele ser, manter uma ligação estreita com o intuito de ganhar experiência para poder apreciar, julgar e agir.

O gestor manifesta a dificuldade na fala a seguir:

[...] o profissional muitas vezes não está preparado pra trabalhar com o adolescente; infelizmente hoje na

rede ele não tem nada que aproprie o profissional pra trabalhar com... Com o adolescente né? (G3).

O Ministério da Saúde, por meio do manual "Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde" (2005) recomenda que os profissionais que atendem adolescentes e jovens adquiram:

"uma série de competências que permitam a realização adequada das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência e reabilitação".¹¹ (p.10).

Princípios estes que norteiam as atividades nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF).

Necessita-se de um profissional que busque uma atualização constante e dinâmica, que, por via da Educação permanente, alcance o objetivo de propiciar o aperfeiçoamento contínuo do profissional, unindo o conhecimento especializado, adquirido com a teoria e o conhecimento operacional desenvolvido a partir da experiência em seu ambiente de trabalho⁶.

Nas UBSF pesquisadas, não encontramos respostas em acordo com o perfil descrito. A maioria dos gerentes entrevistados considerou que, de uma forma geral, os profissionais das unidades não estão capacitados para a atenção à saúde integral do adolescente.

Portanto de uma forma legal é necessário apropriar-se para poder aplicar de forma conveniente, vantajosa e adequada.

A motivação, o interesse e a afinidade por determinado ciclo de vida ou tema parecem orientar a busca por uma maior ou menor capacitação desse profissional:

"a gente busca de acordo com o problema que a gente encontra [...] acaba se autocapacitando [...] acaba indo buscar, porque capacitado mesmo a gente nunca está". (G2).

Essa postura pode estar relacionada com suas experiências anteriores, visto que cada profissional conhece seus próprios limites e busca a melhoria de suas habilidades e competências⁶.

Os entrevistados afirmaram que os profissionais têm certo conhecimento, mas que, de acordo com os problemas com os quais eles deparam no dia a dia, dependendo da demanda, eles vão buscar capacitar-se e assim começar a desenvolver alguma ação. É o que se observa nesta fala:

"[...] grande parte do trabalho dele vai depender da busca daquele problema

que ele encontra vai ter que buscar, aí sim capacitar com aquilo e começar a desenvolver alguma ação". (G2)

Buscam capacitar-se de acordo com o problema encontrado, mas percebe-se que, para a maioria das unidades, a atenção à saúde integral do adolescente não é tida como um problema. Mas o que é problema? Na literatura, encontra-se que:

"é uma brecha entre um aspecto da realidade e um valor ou desejo sobre como deveria ser essa realidade para um determinado observador (individual ou coletivo), são subjetivos, produtos da percepção das pessoas".¹² (p.152).

As percepções e práticas vividas, quando se tornam objeto de reflexão podem gerar desconforto aos profissionais, mas isso muitas vezes é necessário, a fim de, posteriormente, criarem alternativas de práticas e de conceitos para enfrentar o desafio e produzir assim transformações.

A importância de gerar o desconforto vem de encontro com a oportunidade de "produzir a auto-interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho"¹³.

O objetivo é de atingir a alma do profissional para gerar a transformação. É o descobrimento da identidade profissional e o reconhecimento do Eu + Tu para uma consciência profissional e de cidadania.

Há uma necessidade da busca dos paradigmas, ou seja, dos códigos (significado) que devem ser reconhecidos e compreendidos por meio da sintaxe e da semântica (profissional), das concepções e símbolos (significado) dos adolescentes.

Não é frequente a realização de avaliação das atividades e da cobertura de assistência aos adolescentes. Com isso, não se propicia a reflexão organizada para interpretar coletivamente as experiências e assim construir conhecimentos, nem se possibilita a compreensão cotidiana das ações, da situação e dos resultados.

Os serviços requerem profissionais com base sólida de conhecimentos, aliados a habilidades específicas, além de pensamento crítico, que tenham consciência da necessidade de mudança para transformar suas práticas e que aprendam a aprender, sabendo que consiste em um grande desafio e isso sendo possível apenas, como referencia Paulo Freire, quando o que se

quer aprender tem significado para o sujeito do aprendizado⁶.

Evidencia-se que, de um lado, a concepção de capacitação como transmissão de conhecimentos se fez presente no contexto da entrevista da maioria dos gerentes, o que se traduziu nas falas:

“acredito que depois desse processo, eles vão conseguir desempenhar um pouco melhor o papel, porque as informações que estão recebendo têm um foco muito grande pra isso[...]” (G6);

“tem que ter outras formas de abordar, os outros profissionais que vão passar essa informação estão preparados dessa forma” (G4).

Por outro lado, há uma tentativa de levantar os problemas com os profissionais e agendar encontros para a capacitação, com cronograma de acordo com as prioridades, para discutir os temas, ajustando-os à realidade da unidade, aproximando-se um pouco mais dos preceitos da EPS.

As capacitações baseadas em transmissão de conhecimentos e trabalhadas de forma descontextualizadas não se mostram eficazes na incorporação de novos princípios e conceitos a práticas estabelecidas. É necessário se discutir a prática no território a ser assistido, problematizar as situações, reavaliar as concepções e propor de forma criativa novas práticas. Aproximando a realidade da educação e a do trabalho. Com a EPS isso é possível, uma vez que é considerada a orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde^{6,13}.

Os trabalhadores não podem ser considerados “caixas vazias”, serem orientados apenas pelas normas, com o trabalho organizado de maneira a fragmentar a assistência, de modo que cada profissional seja responsável apenas pela realização de uma de suas partes, sem participação e compreensão do todo, pois essa fragmentação leva ao desinteresse, à alienação e à não responsabilização em relação aos resultados finais¹².

A participação desse trabalhador confere sentido para situações e ações que parecem muitas vezes incompreensíveis, construindo modelos e critérios para se apoiarem⁶.

Sabemos que as práticas em saúde estão em constante transformação e adaptam-se de acordo com o perfil da população assistida. Assim é importante que se criem mecanismos,

espaços e temas que gerem autoanálise, autogestão, mudanças institucionais, ruptura com fórmulas e modelos pré-existentes, e que por meio da experimentação e reflexão gerem práticas de cuidado integral.

Educação Permanente relacionada à saúde do adolescente

Merhy (2005) defende a ideia de que não é possível sustentar as visões gerenciais que se posicionam pela noção de que a baixa eficácia das ações de saúde é decorrente da falta de competências dos trabalhadores e que pode ser corrigida por cursos compensatórios, uma vez que existe uma pauta nacional de construção de um terreno para a problematização, necessária a um conjunto das práticas dos gestores da saúde quanto às suas intervenções no campo da educação em saúde, iniciadas em 2004¹⁴.

À luz dessa afirmação e com base na existência da política de educação permanente em saúde, a qual se concretiza plenamente, sendo parte constitutiva da agenda dos gestores do SUS, como estratégia indispensável para a construção do SUS que se quer, acreditava-se que os gestores locais detinham também esse conhecimento e que eles o colocavam em prática no cotidiano das unidades.

Apesar do recorte em um ciclo da vida, a adolescência, nos deparamos com pouco conhecimento dos gestores locais relacionados aos conceitos de EPS e das responsabilidades das unidades em sua execução. Ao longo das entrevistas, em geral as respostas quanto ao tema foram subjetivas, curtas e com tentativa de fugir ao foco, não dando espaço ao entrevistador para explorar o tema.

Dos entrevistados, apenas um gerente afirmou ter realizado EP com o foco na saúde do adolescente, com envolvimento de todas as equipes da unidade, com programação realizada em conjunto, a partir de dúvidas levantadas em questionários respondidos pelas equipes, com lista das perguntas mais frequentes dos adolescentes, em confronto com as dificuldades e falta de preparo dos profissionais para lidar com essa população, “[...] cada um deu sua contribuição, vou falar sobre isso da adolescência, sobre aquilo [...] pegou um jeito, um tema [...] e abrangeu”, “como abordar, como conversar, como encaminhar” (G1), além de utilizar um Manual da Prefeitura de São Paulo, para nortear o trabalho.

Assim, vimos que o processo educativo ocorreu no mundo do trabalho, incorporando o fato do saber contextualizado, resgatando a importância do conhecimento significativo, tendo como motivação as experiências dos

trabalhadores, permitindo a expressão de suas capacidades, em termos de autonomia, iniciativa, participação e diálogo¹².

Cada profissional contribuiu de acordo com sua competência, definida como:

*“a capacidade de aplicar adequadamente conhecimentos, habilidades e atitudes, ou seja, o saber aliado ao fazer, para que juntos ofereçam resultados que beneficiem o desenvolvimento do trabalho”.*⁶ (p.52).

Apoiaram-se em situações-modelo, vividas ou imaginadas, e associaram-nas a conteúdos aprendidos, construindo assim um novo saber para aperfeiçoar a assistência⁶.

Outro gerente mostrou-se coerente em sua fala que condiz com os conceitos e execução de EPS, apesar de que ainda utiliza educação continuada (EC) como sinônimo de educação permanente (EP):

“é que a gente já tem o hábito de falar educação continuada [...] hoje a gente não trabalha com EC, a gente trabalha com a EP, o que se discute tem que ser refletido para modificar a prática” (G2).

Justifica que devido às unidades estarem passando por um período de reestruturação, decorrente da mudança de gestão da saúde no município, com o repasse da gestão plena às Organizações Sociais (OS), estariam no momento investindo mais em capacitações de protocolos e fluxos, tentando inserir as discussões por ciclos de vida.

A EC e a EP se diferenciam especialmente na estratégia de mudança institucional e no modelo de ação educacional.

Enquanto a EC representa uma continuidade do modelo acadêmico de transmissão de conhecimentos. Utiliza como ferramenta as capacitações, geralmente realizadas de forma descontínua e fragmentada, centradas em cada categoria profissional. Produzindo distância entre o saber e a prática.

A EP propõe inverter a lógica do processo, incorporando o ensino e a prática no contexto real em que ocorrem, modificando as estratégias educativas, utilizando as práticas e situações diárias como fonte de conhecimentos. Problematiza o próprio fazer. Posiciona toda a equipe de trabalho como atores reflexivos, construtores dos conhecimentos e das alternativas de ação. Também contempla a ampliação dos espaços educativos, deixando de ocorrer apenas em sala de aula, contemplando espaços das organizações, comunidades, ações comunitárias, entre outros¹⁵.

Apresentaram como espaços para a EP as reuniões mensais com os funcionários e as reuniões de categorias profissionais (agentes comunitários de saúde e auxiliar de Enfermagem). As diretrizes da EP como estratégia de gestão nos apontam que é necessário:

*“criar oportunidades para a explicitação dos diferentes modos de entender a realidade vivida e de conceber as práticas de saúde. Essas oportunidades devem ocorrer em espaços coletivos que tenham como objeto de discussão o processo de trabalho em cada unidade de produção, de modo que os diferentes atores possam conhecer o conjunto do trabalho que é desenvolvido.”*¹² (p.130).

Há ainda uma responsabilização externa pela EP, responsabilizam a OS e suas parcerias, as equipes matriciais e as preceptorias, não vendo como uma atividade de responsabilidade das unidades.

O apoio matricial e a preceptorria contribuem para esse processo, uma vez que introduzem no processo de trabalho novas possibilidades de trocas de saberes, favorecem maior articulação e qualificação da rede de serviços do sistema de saúde, auxiliam na problematização e análise das dificuldades e estimulam o compromisso das equipes¹⁶.

As Organizações Sociais são também responsáveis pelas capacitações e EP, mas em nível regional. Assim, há que se destacar que as OS são corresponsáveis e dependem da organização e gerenciamento das unidades, responsáveis localmente.

Com relação aos motivos para a não realização da EPS voltadas ao adolescente, ficou enfatizada a não priorização desse ciclo de vida.

“Não é tido como prioridade dentro do Programa.” (Programa de Saúde da Família) (G5).

“Não foi um interesse, surgiram outras prioridades”. (G3).

Na ESF, normalmente os problemas são tantos, que os gestores têm dificuldade em definir as prioridades locais e realizar o planejamento estratégico, seguindo assim as cobranças sobre metas de coberturas em alguns ciclos de vida e em determinadas patologias, exigidas pelos gestores municipais.

A ESF operacionaliza-se mediante ações preventivas, de promoção, proteção e recuperação da saúde, comprometidas com a integralidade da assistência, *“focado na unidade*

familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade inserida”¹⁷ (p.804).

Cabe priorização a atenção aos grupos de risco, porém sem que haja a discriminação de clientela¹⁸.

Acreditamos que os adolescentes estão inseridos nos grupos de risco, especialmente na região estudada, visto a vulnerabilidade social da região, os altos índices de criminalidade e violência, risco de uso de drogas ilícitas, frente ao movimento de tráfico presente, crescentes índices de gravidez e risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Ainda motivados por exemplos de comportamento na família, por tentarem autoafirmar-se na comunidade, por pressão de grupo ou mesmo por dificuldades na esfera emocional, os adolescentes podem adotar hábitos pouco saudáveis, em especial ligados ao consumo de alimentos inadequados, experimentação de bebidas alcoólicas, fumo e drogas, entre outros, os quais podem originar enfermidades na idade adulta, as quais poderiam ser evitadas com medidas preventivas¹⁹, medidas estas previstas pelas diretrizes da ESF.

Não menos relevantes, mas não em congruência entre os entrevistados, outros motivos para a não realização da EPS com foco nos adolescentes foram citados: falta de tempo para as capacitações, demanda de consultas, falta de investimentos, dificuldade de motivar os profissionais para que participem e falta de interação entre a educação e a saúde.

Conhecimento a respeito dos manuais do Ministério da Saúde referentes à saúde integral dos adolescentes

Dois manuais foram citados nas entrevistas, um deles publicado pelo Município de São Paulo “baseados no manual de adolescentes, aquele da prefeitura, aquele grande.” (G1), intitulado “Manual de atenção à saúde do adolescente”, desenvolvido pela Secretaria da Saúde, pela Coordenação de desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde (CODEPPS) publicado em 2006²⁰. E outro publicado pelo Ministério da Saúde (2008) “tem um manual do ministério [...] sobre a ação integrada à saúde do adolescente” (G2), intitulado “Saúde do adolescente: competências e habilidades.”²¹.

Os profissionais que os conheciam, diziam utilizá-los, apesar de considerarem que são muito técnicos e que não possibilitavam a troca de conhecimentos sobre aspectos de difícil abordagem:

“é uma coisa muito técnica, muito específica, é gravidez, é DST [...] na verdade não é bem essa a nossa dificuldade, a nossa dificuldade é estabelecer um vínculo, identificar necessidades”. (G2)

O manual do Ministério tem como uma de suas justificativas para sua publicação a falta de incorporação, na grade curricular da grande maioria das escolas de formação profissional na área de saúde, conteúdos técnicos que capacitem o recém-formado a atender, com competência e habilidade, esse grupo, que corresponde a 30% da população brasileira. Consta ainda que o livro “Saúde do Adolescente: competências e habilidades” integram um conjunto de instrumentos educativos que incluem dois módulos de autoaprendizagem, um manual de orientação para facilitadores no uso dos módulos e um curso de educação à distância, via Internet, voltado para a Atenção Básica/Saúde da Família. Ele cumpre assim o papel de ser um manual de conteúdos técnicos²¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que ainda há uma grande dificuldade dos gestores locais em abordar a temática proposta, visto que apenas um dos gestores realizou a EPS voltada à saúde integral do adolescente. Dentre os problemas enfrentados, visualizamos a falta de competência dos gerentes em realizar, na prática diária, uma análise estratégica da atenção à saúde do adolescente prestada localmente, a qual possibilite a realização da EPS nessa temática.

Há necessidade de se ter uma gestão comprometida e sensibilizada com a EPS, que possibilite mudanças na atuação dos profissionais e nas suas relações com o sistema de saúde, nos processos de trabalho, numa melhor articulação inter e intrainstitucional, a fim de atingir um melhor e eficaz atendimento às necessidades da população assistida, de um modo humanizado e qualificado e que produza resultados positivos para a saúde do adolescente.

Tem-se a percepção de que a EPS vem sendo orientada por atores que não têm claramente definida a importância da mudança no modelo de atenção. Precisa-se de profissionais que estejam engajados no processo de trabalho refletindo a prática; que realmente trabalhem em equipe; privilegiem o conhecimento prático em suas ações educativas, favoreçam a reflexão compartilhada e sistemática; preocupem-se com a transformação dos conceitos e atitudes e

minimizem a resistência à incorporação das mudanças. Enquanto esses preceitos não forem realidade, continuará ocorrendo dificuldade em discutir as rotinas que inibem as mudanças.

Dentre os desafios enfrentados, os gestores locais têm necessidade da implementação de novas formas de avaliações, que fortaleçam os trabalhadores das unidades de saúde, valorizem sua criatividade, de modo a que trabalhem realmente dentro do contexto das realidades de cada unidade e comunidade em que estão inseridas, promovendo a comunicação entre equipes e adolescentes, favorecendo assim uma abordagem integral e efetiva à saúde do adolescente.

Implantar localmente a EPS, ampliar o treinamento técnico, aperfeiçoar os momentos de capacitação, tornando-os mais participativos, problematizando o cotidiano e a realidade local. É preciso que se respeite o conhecimento dos profissionais e as habilidades adquiridas com a prática, que se ampliem os espaços de aprendizagem no próprio local de trabalho, sistematizando as avaliações do processo. Isso virá contribuir para a mudança do perfil das organizações para além de profissionais previsíveis, favorecendo que sejam controladas e administradas por aplicação metódica e normativa.

REFERÊNCIAS

1. Rua MG. As políticas públicas e a juventude dos anos 90. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (Org.). **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: Ministério da Saúde/Comissão Nacional de População e Desenvolvimento; 1998; 2:731-49.
2. Vieira SR. **A integralidade numa rede de proteção social ao adolescente um olhar fenomenológico**. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Saúde Materno-Infantil, 2008. [Acesso em 2009 jun 07] Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-01042008-135536/>.
3. Correa ACP e Ferriani MGC. A produção científica da enfermagem e as políticas de proteção à adolescência. **Rev. Bras. Enferm.** 2005; 58(4):449-52.
4. Leão LMS. **Saúde do adolescente: atenção integral no plano da utopia**. [Dissertação de Mestrado]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Departamento de Saúde Coletiva; 2005.
5. Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde da Família – uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade, Brasília, 1998.
6. Pepe CCCA. Competências e habilidades na atenção integral à saúde. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. 1ª. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008:52-4.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
8. **Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo** [acesso em: 2008 dez 09]. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/cqi/deftohtm.exe?secretarias/saude/TABNET/POP>.
9. Brasil. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOBSUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. [Acesso em 2008 nov 15] Disponível em: <http://www.portalsocial.ufsc.br/legislacao/saude/nob96.pdf>.
10. Franco MLPB. **Análise de Conteúdo**. 2.ed. Brasília: Líber Livro Editora; 2005.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 44p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.
13. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** 2004; 9(16):161-8.
14. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** 2005; 9(16):172-4.
15. Davini MC. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
16. Oliveira GN. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: Campos GWS; Guerrero, AVP (Org.). **Manual de prática de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008:273-82.
17. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, et al., (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006:783-836.
18. Cavalcante JHV, Neto FRGX. O adolescente na atenção primária em saúde: uma análise das ações realizadas por enfermeiros na estratégia saúde da família. **Rev Paulista de Enfermagem**. 2005; 23(3/4):242-7.
19. Ruzany MH, et al. Avaliação das condições de atendimento do Programa de Saúde do Adolescente no município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**. 2002; 18(3):639-49.
20. São Paulo. Secretaria da Saúde. Coordenação de desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: SMS, 2006.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

Recebido em 5/10/2009.

Aceito em 10/9/2010.