

## La participación de los adolescentes en la Estrategia de Salud de la Familia desde la estructura teórico-metodológica de un facilitador a la participación

Roberta Peixoto Vieira<sup>1</sup>  
Sílvia Helena Pereira Gomes<sup>2</sup>  
Maria de Fátima Antero Sousa Machado<sup>3</sup>  
Italla Maria Pinheiro Bezerra<sup>4</sup>  
Caroline Antero Machado<sup>5</sup>

Objetivo: evaluar la participación de los adolescentes en la Estrategia de Salud de la Familia, de la estructura teórico-metodológica de un facilitador a la participación. Método: un estudio cuantitativo, realizado a partir de diciembre de 2010 a marzo de 2011, con 213 profesionales de la ESF en la región de Cariri-Ceará-Brasil. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario y se organizaron en SPSS 18.0. Resultados: el nivel de participación normativo se pone de manifiesto comenzando la búsqueda de servicios de salud por los adolescentes, motivados por enfermedad (77,9%). Aparecen la participación normativa + independencia cuando buscan atención prenatal y planificación familiar. Se identificó la participación emancipadora por la frecuencia de adolescentes en actividades de grupo, en las escuelas, y se observó un movimiento en la dirección del nivel de participación transformadora. Conclusión: en este contexto, se entiende que existe una necesidad de estimular el proceso de participación de los adolescentes para un cambio en la promoción de la salud en este grupo.

Descriptor: Adolescente; Salud de la Familia; Participación Comunitaria.

<sup>1</sup> Estudiante de maestría, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. Professor, Universidade Regional do Cariri, Unidade Descentralizada Iguatu, Departamento de Enfermagem, Iguatu, CE, Brasil. Professor, Faculdade Vale do Salgado, Icó, CE, Brasil.

<sup>2</sup> Estudiante de Maestría, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Asociado, Universidade Regional do Cariri, Crato, CE, Brasil.

<sup>4</sup> Estudiante de doctorado, Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil. Profesor, Universidade Regional do Cariri, Crato, CE, Brasil. Profesor, Faculdade de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte, CE, Brasil.

<sup>5</sup> MSc, Profesor, Faculdade Maurício de Nassau, Fortaleza, CE, Brasil.

Correspondencia:

Roberta Peixoto Vieira  
Universidade Regional do Cariri. Unidade Descentralizada Iguatu  
Departamento de Enfermagem  
Rua Dr. Vicente Bezerra da Costa, 21  
Bairro: São Sebastião  
CEP: 63500-250, Iguatu, CE, Brasil  
E-mail: roberta.peixotovieira@gmail.com

**Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

## Introducción

Se entendió que el desarrollo de acciones dirigidas a los adolescentes, ya sea en el área de la salud o no, requiere de un enfoque más amplio, que abarque no sólo los aspectos técnicos y biológicos, sino también los aspectos psicosocial, histórico, social, cultural, político y de comportamiento<sup>(1)</sup>, la visión puramente biológica no permite el proceso de comprensión del adolescente en su totalidad, lo que restringe las relaciones y el direccionamiento de las necesidades de este público.

Dada esta complejidad de la atención del adolescente, con respecto a sus experiencias y manifestaciones en situaciones de vulnerabilidad, especialmente aquellos relacionados con su salud, se puede afirmar que la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) es considerado como un modelo de atención que puede promover un cambio de salud de los adolescentes a través de la capacidad de promover la atención integral continua, con el apoyo de los principios del Sistema Único de Salud (SUS)<sup>(2)</sup>.

A pesar de la relevancia de la ESF, hacia la salud de los adolescentes encontramos, en el cuidado de rutina de las Unidades Básicas de Salud (UBS), una baja frecuencia de adolescentes en atención y lo poco que se ofrece en términos de acciones específicas para ellos, demuestra que las acciones dirigidas a la salud se están quedando cortas<sup>(3)</sup>.

Existe, por lo tanto, la necesidad de efectuar políticas públicas existentes para ampliar el acceso de los adolescentes a los servicios de salud y cambios en las prácticas de los profesionales en salud de la familia<sup>(1)</sup>, quienes son los responsables del desarrollo de las acciones que se adapten a las necesidades locales y las particularidades de la atención a los adolescentes<sup>(4)</sup>, y estrategias de contratación que faciliten el acceso y el fortalecimiento de las relaciones.

La ampliación de dicho acceso tiene como objetivo proporcionar la consolidación de la atención integral de salud para este grupo, al tiempo que estimula la participación de los adolescentes en los servicios de atención primaria, contribuyendo a la mejora de su calidad de vida y, en consecuencia, cambiar el perfil de la salud en la comunidad.

En este punto, se hace una referencia a la importancia del proceso de participación de los adolescentes, destinado a la promoción de la salud y la efectuación del Sistema Único de Salud, que puede ser evidenciado a través de la conceptualización del término, promoción de la salud, como un proceso de empoderamiento de la comunidad para actuar en la mejora de la calidad de vida y la salud,

que implica una mayor participación en el control de este proceso<sup>(5)</sup>.

Esta participación permite a la persona formar una conciencia crítica de la realidad en la que pertenece, y, a partir de eso, puede llegar a ser autónomo y emancipado. Este tipo de participación se conoce como un facilitador a la participación, cuyo objetivo es establecer un proceso participativo, porque es una tarea importante para los profesionales de la salud, desarrollar y mejorar la acción y las habilidades participativas de los individuos, para que puedan ejercer una fuerza social y actuar en apoyo a la comunidad<sup>(6)</sup>.

En este sentido, los profesionales de la ESF deben reconocer el nivel de participación de los adolescentes en los servicios de salud, la influencia del proceso de participación en su promoción de la salud, para reflexionar sobre la relevancia de sus acciones y de usar estos resultados en la reorientación de las prácticas de cuidado.

De las reflexiones que aquí se plantean, este estudio se realizó en base a las siguientes preguntas de guía: ¿Cuáles son las formas de participación de los adolescentes en la Estrategia de Salud de la Familia? ¿Cuál es el nivel de participación de los adolescentes en la ESF? ¿Qué acciones se llevan a cabo por los profesionales de la ESF hacia la participación de los adolescentes? ¿Qué dificultades se destacan por estos profesionales en el proceso de participación de los adolescentes? Con el fin de responder a estas preguntas, el objetivo fue evaluar la participación de los adolescentes en la Estrategia de Salud de la Familia sobre la base de la estructura teórico-metodológica de un facilitador a la participación.

## Método

Este fue un estudio exploratorio descriptivo, transversal, en el ambiente, financiado por la Fundación de Ceará para el Desarrollo Científico y Tecnológico (FUNCAP), llevado a cabo en los municipios de la Región Cariri, en el sur del estado de Ceará, Barbalha, Crato y Juazeiro do Norte, además de la adopción de un enfoque cuantitativo. La población del estudio incluyó a odontólogos, enfermeras y médicos que trabajan en el ESF en los municipios antes mencionados.

El proceso de enfoque probabilístico fue el de muestreo estratificado, en el que el número de profesionales en cada clase, trabajando en las Unidades Básicas de Salud, se estratificó según los municipios. En cada estrato, el tamaño de la muestra se calculó considerando un margen de error de 10 puntos porcentuales (pp), un nivel de fiabilidad de 95% y una relación de  $p=0,5$ , a fin de maximizar el tamaño de la muestra.

Los datos fueron recogidos a partir de diciembre de 2010 hasta marzo de 2011, un período en el que hubo 110 Equipos de Salud Familiar desplegados en los tres municipios (21 en Barbalha, 28 en Crato y 61 en Juazeiro do Norte), por un total de 289 profesionales. Con base en el cálculo del tamaño de la muestra, había 213 sujetos que participaron en el estudio. Se llevó a cabo una selección aleatoria de las unidades de salud en *Excel*.

La técnica empleada para la recolección de datos fue la aplicación de un cuestionario, construido a partir de las directrices recomendadas por el Ministerio de Salud<sup>(7)</sup>, en relación con las acciones que se deben brindar a los adolescentes en la atención primaria. El cuestionario abordó aspectos que trataron las acciones desarrolladas y el modo de participación de los adolescentes, en estos momentos

ofrecidos en el ESF, y así clasificandos, con referencia a los niveles de participación de la estructura teórica.

Las variables se analizaron de manera descriptiva (frecuencia, media, desviación estándar, etc) y comparativamente. Cuando las variables fueron dicotómicas y / o categóricas, se utilizó la prueba de chi cuadrado. El nivel de significación utilizado para las pruebas estadísticas fue de 0.005. Los datos fueron organizados con el apoyo del programa SPSS 18.0 (SPSS para *Windows*, SPSS Inc., Chicago, IL, EE.UU.).

La discusión de los resultados se basa en la literatura sobre el tema, y el nivel de participación de los adolescentes se identificó a partir de la utilización de la estructura teórico-metodológica de un facilitador de la participación<sup>(8)</sup> (Figura 1).

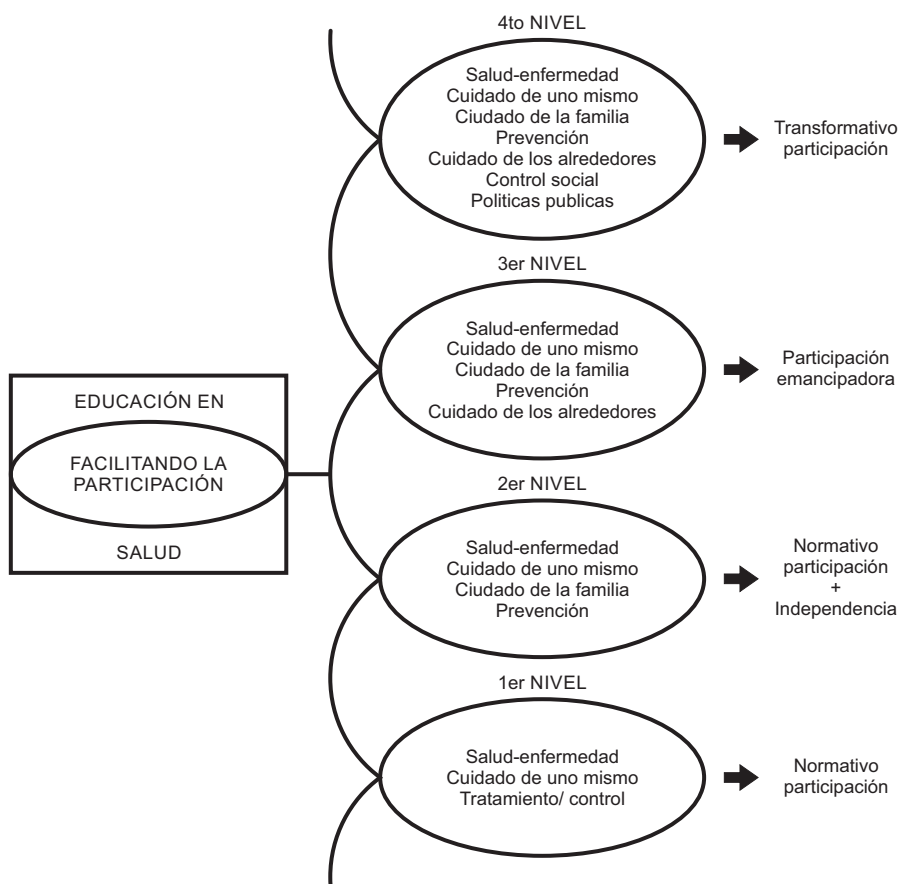


Figura 1 - Estructura teórico-metodológica de un facilitador de la participación. Fortaleza, Brasil, 2006.

Se creó este marco teórico para identificar los niveles de los cambios que ocurren en los individuos y sus familias, junto con su incorporación en la Estrategia de Salud de la Familia, la clasificación de la participación de los usuarios de la ESF en diferentes niveles<sup>(8)</sup>.

El primer nivel representa la *participación normativa*, en el que el usuario es capaz de cuidar de sí mismo, con énfasis en el tratamiento y control de la enfermedad. En el presente estudio, se identificó este nivel cuando los profesionales mencionaron que la búsqueda de

servicios de salud de los adolescentes se guiaba sólo por los aspectos relacionados con la enfermedad, como la consulta, el marcado de los exámenes, y la entrega de los medicamentos.

En el segundo nivel de la estructura teórica, la *participación normativa + independencia*, la participación del usuario se extiende al desarrollo de una conciencia de que es necesario no sólo para cuidar de uno mismo, sino también para cuidar de la familia, la realización de actividades preventivas<sup>(8)</sup>. Se identificó cuando los adolescentes, según los profesionales de las unidades, solicitaron atención para las acciones preventivas, tales como la búsqueda de preservativos, la inmunización, la atención de la familia y otras situaciones que denotan una acción preventiva.

El tercer nivel se produjo cuando el usuario amplió su participación a tomar también el cuidado de su entorno, que se llama *participación emancipadora*. Se podría ilustrar este nivel, en el presente estudio, cuando fue citado por los profesionales que los adolescentes experimentan algún tipo de acción en la escuela o en la comunidad, centrándose en la promoción de su salud.

En el cuarto nivel, el usuario se hace cargo de sí mismo, su familia, su entorno, y no hay una comprensión y participación en las políticas públicas, lo que representa la *participación transformativa*<sup>(8)</sup>. En este estudio, este nivel no fue identificado, lo que se entiende en que los adolescentes no habían vivido experiencias como las descritas para el cuarto nivel.

Así, tomando como referencia los niveles de la estructura teórica, se buscó, comenzando con el estudio llevado a cabo junto con los adolescentes en el ESF, para evaluar las acciones desarrolladas por los profesionales, clasificándolos en estos niveles mencionados. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidade Regional do Cariri, bajo Opinión Nº 38/2010.

## Resultados

### Perfil de los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia

La muestra del estudio consistió en 59 dentistas, 78 enfermeras y 76 médicos, lo que hace un total de 213 profesionales (52 profesionales del municipio de Barbalha, 59 de Crato, y 102 de Juazeiro do Norte). La edad media de los participantes fue 38.14 ( $\pm 11,6$ ), con una edad mínima de 22 y la edad máxima de 73. The siguiente fueron otras características evidenciadas en los perfiles de los profesionales de la ESF (Tabla 1).

Tabla 1 - Perfil de los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia. Barbalha, Crato y Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil, 2011

Variable	n	%
Sexo		
Masculino	85	39,9
Femenino	128	60,1
Localidad		
Area urbana	174	81,7
Area rural	39	18,3
Tiempo trabajando en la ESF		
No especificado	2	0,9
Menos de 1 año	14	6,6
De 1 a 2 años	32	15
De 3 a 5 años	52	24,4
De 6 a 9 años	68	31,9
Más de 10 años	45	21,1
Especialización en Salud Familiar		
Si	122	57,3
No	91	42,7

### Participación de los adolescentes en la Estrategia de Salud de la Familia

Teniendo en cuenta la atención de los usuarios en las unidades de salud, se preguntó a los profesionales cuyos grupos se observaron con mayor frecuencia, teniendo en cuenta la atención dentro de la unidad o en actividades fuera de la misma. Se observó que 70.9% indicó mujeres, seguido por ancianos (64,8%), niños (56,3%), adolescentes (27,2%) y hombres (11,7%). Vale la pena señalar que la suma supera el 100%, ya que los profesionales podían seleccionar más de una opción, lo mismo ocurre con las otras variables del estudio.

Un porcentaje considerable de ellos (31,9%) cree que los adolescentes de su territorio adscrito participaron en las acciones propuestas por el equipo de salud de la familia.

Con respecto a los servicios ofrecidos a los adolescentes en la atención primaria, los profesionales identificaron que estaban en su mayoría presentes en la atención individual (94,8%), independientemente del motivo principal; seguido de la participación de los adolescentes en actividades de grupo / educativas (55,9%); participación en las actividades intersectoriales (actividades desarrolladas en escuelas, centros comunitarios, iglesias, entre otros) (51,2%); visitas al hogar (43,2%); y, sólo el 12,7% de los profesionales considera que los adolescentes participaron en las estrategias de participación juvenil (el fortalecimiento de la autonomía).

En cuanto a la atención individual, hubo un predominio de las acciones curativas, prenatal y de planificación familiar, en virtud del seguimiento de la evolución y el proceso que representa una acción fundamental de la vigilancia de la salud de los adolescentes (Tabla 2).

Tabla 2 - Participación de los adolescentes en la atención individual. Barbalha, Crato y Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil, 2011

Variable	n	%
Cuando están enfermos	166	77,9
Prenatal	157	73,7
Planeación familiar	143	67,1
Tratamiento dental	135	63,4
Cuidado de vacunación	127	59,6
Control de crecimiento y desarrollo	55	25,8

Más de la mitad de los profesionales afirmó que los adolescentes participaron en las acciones propuestas por la unidad básica, siendo esta participación restringida a la atención individual. A su vez, este tipo de atención, a la luz de la estructura teórico-metodológica de un facilitador de la participación, se consideró como la fuerte presencia del primer nivel de la norma, la participación normativa (pre-contemplación), cuando se observa el predominio de la participación de los adolescentes en acciones curativas, con énfasis en la enfermedad y / o el tratamiento de una condición.

El segundo nivel de la norma, que indica la participación normativa + independencia (contemplación), se identificó cuando los profesionales en este estudio también reportaron una gran participación de los adolescentes en la atención prenatal y planificación familiar, en el que pasaron un tiempo cuidando no sólo de sí mismos, sino también añadiendo la descripción, el cuidado de la familia, a través de la atención durante el embarazo, o actuar de manera responsable en términos de control de la natalidad.

En la participación normativa + independencia, el usuario ya mostraba actividades de prevención. Sin embargo, por los datos recogidos en el estudio, la participación de los adolescentes, según los profesionales, en el proceso de servicios de inmunización, vigilancia del crecimiento y desarrollo, y educación en el nivel individual es todavía incipiente.

En cuanto a la realización de actividades de grupo con adolescentes, el 37,1% de los profesionales citados que no realizaron estas actividades. Entre los profesionales que las realizaron, el proceso de participación se centró

en las acciones desarrolladas en las escuelas (55,4%), juegos y talleres sobre la unidad (9,9%) y en grupos de experiencias de vida (8,9%).

El proceso participativo de los adolescentes en las actividades de educación en materia de salud se centra en las acciones que se desarrollan en la escuela, ya que las acciones realizadas en la Unidad Básica de Salud aún no se han convertido en una realidad.

La participación emancipadora (determinación / preparación) se identificó, lo que representa el tercer nivel, cuando los elementos indicaban el cuidado de el entorno, y que los adolescentes practicaban acciones en la escuela centrándose en la promoción de la salud.

La participación de los adolescentes en la visita domiciliar se desarrolló, principalmente, cuando estaban embarazadas o después del parto (59,6%) o cuando estaban enfermos (45,1%). Esta actividad también se produjo, en menor medida, cuando quisieron identificar situaciones de riesgo (33,8%), la captura de los pacientes que no se adhieren al tratamiento (31,9%), e invitarlos a actividades educativas (28,2%).

Cuando los adolescentes fueron contemplados para una visita domiciliar, ocurrió principalmente cuando estaban embarazadas/postparto o cuando estaban enfermos, incapacitados físicamente para viajar a la unidad. Estos elementos caracterizan la pasividad de los sujetos en cuanto a este tipo de actividades, y la participación normativa de los adolescentes.

Preguntamos a los profesionales en el equipo si estimulaban la participación de los adolescentes en los servicios de la unidad; 93% de los profesionales afirmó hacerlo a través de acciones acogedoras (86,4%), la aproximación con los espacios de inserción de los adolescentes (26,3%), la realización de la movilización para debates acerca de las condiciones de salud y campañas (21,6%) que afectan a los adolescentes en la evaluación de los servicios y acciones de la UBS (21,1%), en las actividades de control social (7,5%), y la identificación y valoración de los líderes de los estudiantes y jóvenes de la comunidad (8,9%).

Se pudo observar un movimiento hacia el cuarto nivel que representó la participación transformadora (acción / mantenimiento), así como los otros descriptores, la participación en las acciones de las políticas públicas y el control social. En estos momentos, los profesionales afirmaron que estimularon la participación de los adolescentes en la evaluación de los servicios y acciones de la unidad de salud, en los debates sobre las condiciones de salud del vecindario, campañas que involucraron a los adolescentes. Sin embargo, este nivel aún no se ha

consolidado, ya que el porcentaje de variables relacionadas con el cuarto nivel era muy bajo.

En cuanto a la realización de las actividades intersectoriales, el 75,6% de los profesionales afirmó realizarlas. Ocurrieron a través del apoyo a las actividades de educación en salud, realizado en las escuelas (60,1%), publicación en grupos y escuelas de los servicios ofrecidos por la unidad de salud (43,2%), búsqueda de apoyo de las escuelas y los grupos comunitarios (29,6%), a través de las reuniones con los profesionales de la infraestructura social existente en la comunidad (22,1%), y a través de los vínculos con otras secretarías del municipio (10,8%)

Cuando solicitamos a los profesionales señalar las dificultades relacionadas con la participación de los adolescentes en el ESF, sólo el 15% de ellos indicó que no hubo dificultad en la participación en grupo. Entre los problemas identificados, hubo una falta de disponibilidad de los profesionales para llevar a cabo las acciones impuestas por la organización de servicios (43,7%), el hecho de que los adolescentes no conocían las acciones que se les ofrecen en UBASF (42,3%), el servicio de salud no tiene acciones específicas para los adolescentes (26,3%), y la incapacidad de los profesionales para trabajar con este grupo (14,6%).

Al llevar a cabo las actividades de grupo, también se puede considerar que uno de los elementos para la no participación de los adolescentes en este tipo de actividades es la poca iniciativa de los profesionales en realizar tales momentos, en que los dentistas fueron la categoría profesional que menos llevó a cabo este tipo de actividades ( $p > 0,001$ ). También fueron identificados como los profesionales que menos realizaron estas actividades intersectoriales ( $p > 0,001$ ), y aquellos que menos ofrecieron apoyo a las escuelas ( $p > 0,001$ ).

## Discusión

El estudio mostró que las mujeres, niños y adultos mayores representaban los grupos de usuarios observados con más frecuencia en las Unidades Básicas de Salud. Por el contrario, los adolescentes incluidos, junto con los hombres, fueron algunos de los grupos que menos asistieron.

La discusión acerca de la salud del adolescente se encuentra todavía en su infancia, lo que puede reflejar la política nacional de salud que, por décadas, dio prioridad, en sus lineamientos generales, a la asistencia al grupo materno-infantil<sup>(9)</sup>. Se observa, pues, que hay una debilidad en las acciones dirigidas a la salud del adolescente, en detrimento a las acciones de salud para los niños, adultos y ancianos<sup>(10)</sup>.

En el presente estudio, los adolescentes que participaron en las acciones ofrecidas por la unidad tenían un énfasis en las acciones curativas, observando el nivel normativo de la participación. Esto era similar a otro estudio que utilizó la estructura teórico-metodológica de facilitador para la participación, en el que la participación del usuario en la ESF fue sujeto a la enfermedad. El vínculo de los usuarios con el equipo se estableció basado en consultas y búsqueda de medicamento<sup>(6)</sup>.

Un estudio identificó que los profesionales tratan a los adolescentes, todos los días o casi todos los días, sin embargo, en cuanto a la razón de la búsqueda de atención médica, se hizo evidente que la buscaban para el tratamiento de enfermedades, lo que demuestra que el motivo para la búsqueda de tratamiento está estrechamente vinculada a los problemas clínicos<sup>(1)</sup>.

Otro estudio en adolescentes mostró que el 16% de los participantes entrevistados se refirió a que estaba siendo tratado por alguna enfermedad, el 82% evaluó su estado de salud como bueno o muy bueno, y el 48% afirmó que sintieron la necesidad de buscar un servicio de salud en los últimos tres meses<sup>(11)</sup>. Indicaron que la necesidad de buscar servicios de salud también estaba vinculada a acciones preventivas.

El nivel de participación normativa + independencia fue identificado cuando los adolescentes percibían las acciones de salud de una manera más amplia, que incluía acciones preventivas y de atención familiar. En este nivel, el usuario no asistió a la unidad sólo por medicamentos, pero presentó un cambio de actitud hacia la prevención. Aún así, la demanda de los servicios de salud se caracterizó adicionalmente por la necesidad percibida de los usuarios de que había un problema, lo mismo como si se tratara de una enfermedad<sup>(6)</sup>.

Las actividades que se realizan durante las visitas domiciliarias, en la mayoría de los casos, tenían un carácter esencialmente curativo e individual, a pesar de la propuesta de que la Estrategia de Salud de la Familia se extienda al entorno familiar y al hogar. También se percibió durante las observaciones que el enfoque adoptado para el adolescente, en este escenario, se hacía siempre dirigido a la queja individual por enfermedad, o exámenes que requerían o procedimientos curativos, representando un obstáculo para la promoción de la salud.

Un porcentaje relativamente alto de profesionales reportó no participar en ningún tipo de actividad que implica la educación en salud de los adolescentes. Un estudio cualitativo, realizado con los profesionales de la ESF en Florianópolis, encontró que la formación de los profesionales de salud fue uno de los temas centrales, en el contexto investigado, que trabajan en educación

para la salud en la lógica de la promoción de la salud requeridos por la ESF<sup>(13)</sup>.

La mayor parte del discurso fue permeado por la educación centrada en la enfermedad y en un intento de cambiar el comportamiento de los individuos, con una relación vertical e impositiva. Por esta razón, se reitera la importancia de la educación continua y la reestructuración de los cursos de pregrado, con el fin de aproximar la práctica de la educación en salud de la realidad social<sup>(13)</sup>.

La concepción crítica de la educación, que pretende ser una educación para la conciencia y para el cambio, solicita una estrecha relación entre los profesionales y la población, en el que la producción de conocimiento se convierte en un colectivo, la creación de una modificación mutua, ya que ambos son portadores de conocimiento distinto<sup>(14)</sup>.

En el nivel de la participación emancipadora, se reconoció la importancia de las acciones de educación para la salud en las escuelas. En el proceso de búsqueda de promoción de la salud, se utilizaron las estrategias de educación para la salud como una herramienta para la transformación de los usuarios en sujetos autónomos y participativos en el proceso salud<sup>(6)</sup>.

La educación en salud, como un proceso político pedagógico, requiere el desarrollo de un pensamiento crítico y reflexivo, lo que le permite revelar la realidad y proponer acciones transformadoras que conduzcan al individuo a la autonomía y la emancipación como sujeto histórico y social, capaz de proponer y ofrecer dictámenes sobre las decisiones de salud para el cuidado personal, para su familia y la comunidad<sup>(14)</sup>, permitiendo el ascenso de los adolescentes y la comunidad en general a través de los niveles de la estructura teórico-metodológica de un facilitador para la participación.

Casi todos los profesionales informaron que estimularon la participación de los adolescentes en la vida cotidiana de la Estrategia Salud de la Familia. El principal medio por el cual los profesionales buscaron esto ocurrió por el proceso de acogida de este público en la unidad de salud.

El recibimiento, cuando se hace correctamente, permite la aproximación de los profesionales con los adolescentes, que a su vez, provee el desarrollo de un vínculo entre ellos. La relevancia de esto radica en el hecho de hacer que la adhesión del grupo a las propuestas desarrolladas de la atención y las actividades educativas por el personal profesional más fácil, por lo tanto, actúa como un elemento de absorción de los adolescentes a los servicios de salud.

En la implementación de la estructura teórico-metodológica de un facilitador de la participación, se identificó el nivel de participación transformadora

cuando una pequeña parte de usuarios se involucró con los problemas de la comunidad y solicitó coordinación intersectorial<sup>(6)</sup>. En este estudio, se observó la estimulación por parte de los profesionales hacia los adolescentes a participar en los actos de control social, por lo tanto, el cuarto nivel no se identificó de manera efectiva.

La mayoría de los profesionales afirmó que se llevaron a cabo actividades intersectoriales, y se concentraron en las actividades realizadas en las escuelas, ya sea mediante la realización de acciones educativas o en el desarrollo de actividades en el UBS. Sin embargo, poco más de la mitad de los profesionales informó realizar dichas actividades, lo que demuestra que la presencia de los profesionales en el contexto de la escuela todavía no sucede de una manera eficaz.

Pocos profesionales mencionaron no tener la capacidad de trabajar con el grupo de adolescentes, que caracteriza un aspecto positivo, teniendo en cuenta que esto sería un obstáculo para la atención de este público.

De manera similar a lo que ocurrió en otras ciudades, hubo dificultades en la atención cotidiana relacionada con la falta de estructura y de personal, la precariedad en las unidades, la priorización excesiva de los grupos específicos y predominio de las prácticas curativo-individuales, así como el exceso de demanda y la sobrecarga de trabajo profesional<sup>(15)</sup>.

Se piensa que hubo varias dificultades enumeradas para la participación de los adolescentes en los servicios de salud, algunos de los cuales eran más complejas que otras y requerían una reorientación de los servicios pero sobre todo, una reorganización de las prácticas individuales de cada profesional de la salud involucrados en el cuidado de la salud de los el adolescente.

## Conclusión

El estudio mostró que los adolescentes todavía mantienen su participación en la atención primaria de la salud, restringido a las prácticas de atención médica, con énfasis en la enfermedad y su tratamiento / control, haciendo hincapié en la separación que el servicio y los profesionales siguen imponiendo sobre los adolescentes y la necesidad urgente de la absorción de esos adolescentes.

Es importante considerar que en este proceso de participación de los adolescentes en el servicio, se siguen registrando como sujetos pasivos de la atención, difíciles de conquistar y dirigir y, también, que dependen de la reorganización de las prácticas de atención. Los adolescentes, por su parte, todavía no veían, en la práctica, la ESF como algo que contribuya a la promoción de su salud, lo que se reflejó en su participación no efectiva.

En esta perspectiva, el proceso de consolidación de la Estrategia de Salud de la Familia, se espera un movimiento al alza en la participación de los usuarios adolescentes y, en consecuencia, una mayor implicación de los profesionales en el desarrollo de acciones de capacitación de esta clientela.

## Referencias

1. Ferrari RAP, Thomson Z, Melchio R. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 2008;12(25):387-400.
2. Vieira RP, Machado MFAS, Bezerra IMPB, Machado CA. Assistência à saúde e demanda dos serviços na estratégia saúde da família: a visão dos adolescentes. *Cogitare Enferm.* 2011;6(4):714-20.
3. Ferrari RAP, Thomson Z, Melchio R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(11):2491-5.
4. Ministério da Saúde (BR). Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
5. Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
6. Machado MFAS, Vieira NFC, Silva RM. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(4):2133-43.
7. Ministério da Saúde (BR). Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
8. Machado MFAS, Vieira NFC. Estrutura teórico-metodológica de participação habilitadora de usuários na Estratégia Saúde da Família. *Enferm em Foco* 2010;1(2):59-62.
9. Nogueira MJ, Modena CM, Schall VT. Políticas públicas voltadas para adolescentes nas unidades básicas de saúde no município de Belo Horizonte/MG: uma análise sob a perspectiva dos profissionais de saúde. *Ver APS* 2010;13(3):338-45.
10. Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde *Cad Saúde Pública.* 2010;26(6):1187-93.
11. Claro LBL, March C, Mascarenhas MTM, Castro IAB, Rosa M LG. Adolescentes e suas relações com os serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22(8): 1565-74.
12. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(1):65-72.
13. Besen CB, Netto MS, Da Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. *Saude Soc.* 2007;16(1):57-68.
14. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(2):335-42.
15. Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad Saúde Pública.* 2008;24 Sup 1:S69-S78.

Recibido: 18.3.2013  
Aceptado: 5.12.2013