

Desencontros entre formação profissional e necessidades de cuidado aos adolescentes na Atenção Básica à Saúde*

Mismatches between professional education and care needs of the adolescents in Primary Health Care (abstract: p. 20)

Desencuentros entre formación profesional y necesidades de cuidado a los adolescentes en la Atención Básica de la Salud (resumen: p. 20)

Emanuella Soares Fraga Fernandes^(a)

<efernandes@uneb.br> 

Adriano Maia dos Santos^(b)

<maiaufba@ufba.br> 

* Bolsista do Programa de Apoio à Capacitação Docente e de Técnicos Administrativos (PAC-DT), da Universidade do Estado da Bahia (Uneb).

^(a) Departamento de Educação, Universidade do Estado da Bahia. Avenida Vanessa Cardoso, s/nº, Bairro Ipanema, *campus* XII. Guanambi, BA, Brasil. 46430-000.

^(b) Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia. Vitória da Conquista, BA, Brasil.

Objetivou-se discutir aspectos relacionados ao processo formativo de gestores e profissionais da Atenção Básica à Saúde (ABS) no cuidado à saúde do adolescente. Trata-se de pesquisa qualitativa com participação de sete gestores e 17 profissionais da ABS em entrevistas semiestruturadas, dez profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e 47 adolescentes em grupos focais. A análise foi ancorada na perspectiva hermenêutica-dialética e utilizou o conceito de cuidado integral para balizar o debate teórico. Profissionais e gestores consideram a graduação e a educação permanente incipientes, não abarcando o cuidado integral. O despreparo do profissional foi destacado pelos adolescentes como entrave para vinculação ao serviço. É necessário maior investimento na formação/capacitação dos profissionais como caminho para aperfeiçoar a prática nos serviços da ABS, a fim de torná-los mais coerentes e adequados à lógica de cuidado e às necessidades e aos modos de vida dos adolescentes.

Palavras-chave: Saúde do adolescente. Atenção primária à saúde. Saúde pública. Educação superior. Educação permanente.

Introdução

A adolescência é uma construção social da nossa cultura e corresponde a uma fase dinâmica do desenvolvimento humano situada entre a infância e a vida adulta que varia, inclusive, com as fontes de referência¹. De tal modo, para a Organização Mundial da Saúde², corresponde ao intervalo etário de dez a 19 anos. Em consonância, o Ministério da Saúde³ adota esse mesmo parâmetro cronológico, embora o Estatuto da Criança e do Adolescente⁴ considere essa fase circunscrita dos 12 aos 18 anos.

Outrossim, o critério cronológico, utilizado para delimitar a adolescência, tornou-se muito útil na definição biomédica de parâmetros para investigações científicas e elaboração de políticas públicas⁵. Entretanto, tornou-se insuficiente para lidar com o sujeito concreto e histórico – adolescente – em uma perspectiva sociológica⁶.

A adolescência é um fenômeno complexo e produto da interação entre processos do desenvolvimento biológico e sociocultural⁷. Por esse prisma, a compreensão da adolescência consubstanciaria a ideia de contínua construção de identidades, considerando o caráter relacional e irremediavelmente contingente das identidades de indivíduos e grupos⁸.

Desse modo, a adolescência engendra-se na intersubjetividade, ou seja, é tecida na relação com o mundo e constitui-se na sua historicidade⁶ – aspecto que “marca a singularidade na formação do indivíduo e na construção coletiva de crenças e valores compartilhados na dimensão cultural”⁹ (p. 80). Com efeito, os modos de andar a vida repercutem a vulnerabilidade¹⁰ do adolescente diante dos complexos processos de saúde e enfermidade que, por sua vez, acentuam-se em contextos de iniquidade e estigma.

Por conseguinte, a vulnerabilidade não seria algo natural à adolescência, mas apresentar-se-ia como perspectiva da dialética do modo de ser/viver do sujeito no devir¹¹ do adolescer¹². Posto assim, adolescentes não se constituiriam como uma população-alvo às intervenções, mas como um conjunto de relações sociais que necessitam de abordagem sensível às questões étnicas, de gênero, de classe, etc. Porquanto, adolescência seria potência¹¹.

Não por acaso, uma linha do cuidado para saúde do adolescente é algo complexo, especialmente na perspectiva da integralidade da atenção¹. Na lógica de organização de redes de atenção à saúde¹³, a Estratégia Saúde da Família (ESF) deve ser também o locus primordial para cuidado contínuo/coordenado e os profissionais, nesse nível de atenção, seriam os sujeitos com potência para construir ações compartilhadas no território e produção de uma clínica ampliada⁹.

Tal perspectiva aposta no cuidado orientado a partir de territórios específicos e consequente aproximação com o contexto de vida dos adolescentes; na existência de processos de trabalhos porosos à ação interdisciplinar; na articulação intersetorial; e na possibilidade de um espaço perene para encontros de trocas intersubjetivas capazes de produzir relações dialógicas e promover redes de cuidado^{14,15}. Desse modo, a ESF propiciaria, ao mesmo tempo, o cuidado individualizado ao adolescente e a identificação de necessidades que vão além do clinicamente demandado e definido pela racionalidade biomédica, ampliando-as para aspectos que superem a medicalização social¹⁶.

Sob essa óptica, fomentar a competência profissional no atendimento ao adolescente nos planos teóricos e técnicos permanece um grande desafio¹⁷. Outrossim, tanto no processo de formação durante a graduação¹⁸ quanto nas ações de educação permanente em serviço¹⁹, há insuficiência na abordagem de atributos inerentes à saúde do adolescente e, conseqüentemente, depara-se com profissionais com inadequada competência para lidar com demandas específicas desse grupo social²⁰. Tal questão compromete, inclusive, a qualidade da ESF como porta de entrada prioritária para o conjunto da população de um território adscrito²¹.

Nessa seara, discutem-se aspectos relacionados ao processo formativo dos trabalhadores de saúde para produção do cuidado à saúde do adolescente, levando em consideração a experiência acadêmica e a formação em serviço para qualificação do processo de trabalho no âmbito da ABS.

Método

Trata-se de estudo qualitativo²² que buscou o significado atribuído a fatos, relações e práticas para produção do cuidado à saúde do adolescente. Os dados foram produzidos na interação com interlocutores na Secretaria Municipal de Saúde e em cinco Unidades de Saúde da Família (USFs), quatro da zona urbana e uma da zona rural, em um município do sudoeste da Bahia (a 796 km de Salvador), sede de região de saúde. A cobertura da ESF era de 82%, possuindo 19 equipes de Saúde da Família (EqSF) e duas equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)²³.

A escolha das EqSF se deu por um levantamento prévio, mediante contato com gerentes de todas as USFs. A exploração de campo abrangeu dados concernentes ao tempo de atuação dos profissionais e um relato sucinto das ações de cuidado ao adolescente desenvolvidas pelas EqSF. A seleção abarcou diferentes contextos de localização das USFs: rural e urbana; e bairros periféricos e bairros centrais.

A produção de dados (quadro 1) ocorreu entre setembro e novembro de 2017. Os interlocutores do estudo (81 sujeitos) e as respectivas técnicas foram compostos por: 1) sete gestores – entrevistas semiestruturadas; 2) 17 profissionais da ABS – entrevistas semiestruturadas; 3) dez profissionais de duas equipes do Nasf – agrupados em um grupo focal; 4) 47 adolescentes – subdivididos em cinco sessões de grupo focal (uma sessão para cada USF selecionada), respectivamente com 12, nove, 11, nove e seis adolescentes por grupo.

Quadro 1. Descrição dos participantes, critérios de inclusão e estratégias de produção de dados do estudo

Grupos (código)	Interlocutores do grupo (nº)	Intencionalidade da seleção/Critério de inclusão	Produção de dados	
			Técnica (nº)	Local
Gestores e gerentes (G)	Secretário municipal de saúde (1) Diretor geral da ABS (1) Coordenador de saúde bucal (1) Apoiadores institucionais (4)	Interlocutores da gestão municipal com capacidade de gerar aprendizado institucional nas ações relacionadas ao cuidado ao adolescente Capacidade de exprimir sentidos e significados acerca da atenção ao adolescente em âmbito municipal Mínimo de seis meses de exercício na função Atuar no gerenciamento da ABS e conhecer as USFs selecionadas	Entrevista semiestruturada (24)	Secretaria Municipal de Saúde
Profissionais da EqSF (P)	Agente Comunitário de Saúde (ACS) (5) Dentistas (2) Enfermeiros (7) Médicos (3)	Interlocutores das USFs que executavam ações de cuidado ao adolescente na USF e/ou território Pelo menos um profissional de cada USF eleita Compor uma diversidade de formações para possibilitar o debate acerca dos diferentes núcleos do saber Um ACS de cada USF (indicado pela equipe entre os mais atuantes) Disponibilidade para participar da entrevista		Unidade de saúde da família (USF)
Profissionais do Nasf (PN)	Assistentes sociais (3) Educador físico (1) Farmacêutico (1) Fisioterapeutas (2) Nutricionistas (2) Psicólogo (1)	Interlocutores das USFs que executavam ações de cuidado ao adolescente na USF e/ou território Compor uma diversidade de formações para possibilitar o debate acerca dos diferentes núcleos do saber Profissionais do Nasf com capacidade técnica e responsabilidades na execução de ações nas USFs eleitas Disponibilidade para participar do grupo focal	Grupo focal (GF) (1)	Unidade de saúde da família (USF)

Continua.

Quadro 1. Descrição dos participantes, critérios de inclusão e estratégias de produção de dados do estudo

Grupos (código)	Interlocutores do grupo (nº)	Intencionalidade da seleção/Critério de inclusão	Produção de dados	
			Técnica (nº)	Local
Usuários do serviço (A)	Adolescentes (47)	Interlocutores que trazem contribuições na perspectiva de serem usuários dos serviços, centro do processo das ações de cuidado em saúde Estarem cadastrados na EqSF incluída no estudo Terem entre 10 anos (com assentimento dos pais) e 19 anos (com consentimento) Como critério de seleção dos adolescentes, contou-se com o auxílio dos ACS Disponibilidade para participar do grupo focal	Grupo focal (GF) (5).	Unidade de saúde da família (USF)

Ademais, a justificativa do porquê das escolhas de diferentes instrumentos para diferentes grupos de interlocutores deveu-se à estratégia metodológica que buscou o envolvimento de diversidade de sujeitos – em quantidade e qualidade – sem disjunção²². Neste ínterim, há maior número de adolescentes elegíveis ao estudo e, para contemplar a maior participação, buscou-se o recurso do grupo focal que também possibilitou a produção do dado em um contexto mais interativo e problematizador^{24,25}. Tal recurso também foi utilizado para profissionais do Nasf, em lógica similar.

Por outro lado, os gestores formavam um grupo restrito e, portanto, compatível com a produção de dados individualizada. Do mesmo modo, para profissionais, a entrevista foi a técnica eleita, uma vez que se desejava compreender as singularidades formativas presentes nos distintos núcleos de saber. Assim, mesmo sendo um grupo amplo, tratou-se de representação adscrita a cinco USFs e selecionável mediante saturação²⁶.

Na sequência, as entrevistas e as sessões de grupo focal foram gravadas, transcritas na íntegra e codificadas com letras e numeração arábica. Foram utilizadas as letras G para gestores, P para profissionais da ESF, PN para os profissionais do Nasf e A para adolescentes.

Para analisar e interpretar²⁷ as entrevistas e grupos focais, realizou-se a ordenação dos dados, a partir da leitura geral do material transcrito e primeira organização dos diferentes dados empíricos. O material foi ordenado e classificado, etapas em que as transcrições foram lidas exaustivamente e as unidades de contexto foram selecionadas, agrupadas e categorizadas (quadro 2). Foram confrontados os argumentos dos grupos focais e entrevistas e, em seguida, partiu-se para o cotejamento entre os diferentes discursos, no confronto dialético de ideias e posições dos sujeitos. Para análise final dos dados²⁷, fez-se o entrecruzamento das narrativas, identificando-se nas práticas sociais consensos; mediações; acordos (movimento hermenêutico) e controvérsias; dissensos; e críticas (movimento dialético) em favor da intersubjetividade para produção de interpretação compreensiva e crítica^{22,28}.

Quadro 2. Categorias temáticas

Unidades de contexto	Categorias temáticas
<ul style="list-style-type: none">• Incipiente, superficial e conjugada à saúde da criança• Não houve componente curricular específico• Ausência de experiências práticas nos estágios• Ações pontuais e fragmentadas• Ensino centrado nas questões biomédicas• Ensino com metodologias tradicionais e centradas no acúmulo de conteúdos	Deficiências na formação acadêmica dos profissionais de saúde no que tange ao cuidado ao adolescente
<ul style="list-style-type: none">• Insuficientes e não abordam o tema saúde do adolescente• Gestores e profissionais do Nasf sem preparação para apoio institucional/matricial às equipes de saúde• Rotatividade dos profissionais – constante recomeço e repetição de temas prioritários• Utilização restrita do Telessaúde	Educação permanente em saúde e invisibilidade do adolescente
<ul style="list-style-type: none">• Desconfiança em relação ao profissional	Despreparo profissional e percepção do adolescente

Por fim, os resultados e discussão foram agrupados em três categorias temáticas: I) Deficiências na formação acadêmica dos profissionais de saúde no que tange ao cuidado ao adolescente; II) Educação permanente em saúde e invisibilidade do adolescente; e III) Despreparo profissional e percepção do adolescente (quadro 2).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia (parecer nº 2.250.531) e a investigação, por sua vez, foi iniciada com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por gestores, profissionais, jovens a partir de 18 anos) ou responsáveis legais e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (para jovens com até 18 anos).

Resultados e discussão

Deficiências na formação acadêmica dos profissionais de saúde no que tange ao cuidado ao adolescente

Para compreensão destes resultados, esta categoria apoia-se nas percepções de profissionais da ESF.

Assim, médicos e enfermeiros consideraram seu processo formativo incipiente e superficial no âmbito da saúde do adolescente. Isso porque, na graduação, não houve um componente curricular específico e as abordagens, quando presentes na matriz curricular, estavam conjugadas à saúde da criança. Houve também maior ênfase ao tópico relacionado à infância, sem um enfoque aprofundado acerca das singularidades do cuidado ao adolescente. Ademais, os temas relacionados à saúde do adolescente, igualmente, não transversalizavam os demais componentes curriculares, caracterizando uma lacuna formativa. Os fragmentos adiante exemplificam tais achados:

É muito incipiente para trabalhar com adolescente [...] é “saúde da criança e do adolescente”, mas a saúde da criança é muito extensa [...]. A gente acaba não abordando e não tendo essa preparação pra lidar com o público, por isso, quando chega o adolescente dá choque inicial: “Meu Deus, um adolescente!”. Porque você é preparada para fazer uma consulta de pré-natal, puericultura, planejamento familiar, mas não é preparado para atender à demanda do adolescente. (P5 – enfermeira)

Tive na minha graduação de forma incorporada, “saúde da criança e do adolescente”, era uma coisa só. Acabava que o foco era muito maior em criança. O adolescente era deixado de lado [...] o professor lecionava mais acerca de criança. (P7 – médico)

Entretanto, as limitações educacionais na graduação em saúde, frente ao processo de formação sobre o cuidado integral, são históricas¹⁸. Em relação à saúde do adolescente, por exemplo, tem havido a inserção de perspectivas mais ampliadas na matriz curricular em alguns cursos²⁹, porém, ainda de maneira insuficiente para uma atuação profissional condizente à atenção integral³⁰.

Não por acaso, os profissionais entrevistados revelaram insegurança na condução clínica, a menos que o adolescente se encaixasse em alguma das ações programáticas da USF. De modo geral, na matriz curricular dos cursos de saúde, os temas relacionados à adolescência não são trabalhados de forma apropriada, restringindo-se, muitas vezes, em abordagem conservadora e técnica do processo reprodutivo/sexualidade¹⁷.

Por conseguinte, as práticas assistenciais são organizadas, muitas vezes, com base nas ações programáticas, ou seja, o conjunto das ações dos profissionais concentram-se em certos grupos populacionais e/ou agravos específicos^{21,30} em detrimento da integralidade³¹ (no território e na USF), na contramão de uma ABS abrangente³² e de uma clínica ampliada⁹.

Além disso, enquanto programas voltados aos grupos materno-infantis e aos idosos encontram-se fortemente implementados, ações dirigidas aos adolescentes permanecem marginais nas políticas governamentais³³ e nas práticas profissionais^{21,30,34}. Outrossim, as ações de atenção à saúde destinadas ao adolescente, por serem praticamente inexistentes nos serviços da ABS, conseqüentemente, fazem com que os estágios em serviços não oportunizem ao graduando a vivência significativa para sua formação acadêmica, comprometendo a competência clínica e relacional necessária para um cuidado qualificado. Não obstante, a experiência enquanto estudante, segundo entrevistados, limitou-se à realização de atividades educativas na escola, contrariando a perspectiva do cuidado integral (técnico e relacional), conforme aponta o trecho a seguir:

Na minha graduação, quando a gente faz a disciplina “saúde da criança”, é tocado no adolescente. Tive um curto contato na perspectiva teórica e, na prática, o serviço já funcionava como funciona hoje. Então, quando a gente ia trabalhar com adolescente, acabava que utilizava a criatividade para desenvolver alguma coisa para adolescente, geralmente era na escola, porque a unidade, também, não recebia esse público para a gente atender. (P1 – enfermeira)

A vivência do graduando em outros espaços que transcendem a unidade de saúde nas práticas relacionadas à ABS é de suma importância no percurso formativo, pois “o processo de formação não acontece somente na escola. Acontece em múltiplos espaços, assim como são múltiplas as aprendizagens que ocorrem em cada um desses espaços”³⁵ (p. 106). Nessa perspectiva, os cenários de ensino-aprendizagem não devem se restringir aos locais formais de práticas profissionais, mas abarcar “espaços multirreferenciais” por meio da pluralidade de olhares dirigidos a uma realidade e de linguagens para traduzi-la³⁶. Todavia, tais espaços de aprendizagem não podem ser um adereço ao conjunto de ações necessárias ao processo de ensino que mire a produção do cuidado integral.

Por esse prisma, a diversidade de cenários de ensino-aprendizagem que compõe o itinerário de inserção do graduando potencializa a formação para integralidade do cuidado, pois é no agir cotidiano das instituições e da comunidade que se expressam as formas de criação e de apropriação da produção, reprodução e reinvenção do fazer saúde e dos modos de andar a vida³⁷.

Sendo assim, é necessário propiciar aos estudantes de graduação na área da saúde, a partir de uma perspectiva crítica e problematizadora, momentos de articulação de conceitos, percepções e sensações para produzir saberes a partir de práticas de ensino orientadas pela integralidade^{18,37,38}. Não obstante, acredita-se que a reflexão sobre os aspectos vivenciados na teoria e no campo de práticas (intersubjetividade e procedimentos) podem fortalecer a formação de futuros profissionais implicados com modos de organização dos serviços para que sejam acolhedores aos adolescentes e fomentem processos de trabalho atentos e resolutivos às demandas desde grupo social. Assim, experiências de um cuidado fragmentado e descomprometido vivenciadas na graduação não serão reproduzidas no cotidiano do trabalho dos serviços da ABS, como evidenciado na fala adiante:

Desde a minha graduação que a gente quase não fez coisas voltadas ao adolescente. Era mais criança, idoso, pré-natal, preventivo, quase não tinha, sinceramente, foram poucas vezes que a gente deu alguma palestra, desde a graduação. Acho que não é um problema de agora, assim, que os adolescentes ficam mais fora do programa, acho que isso é desde o passado. Na época mesmo da graduação, o que a gente falava com o adolescente era isso: drogas, sexualidade, abuso. No âmbito individual, muito faltoso mesmo, não existiu, desde a graduação. (P13 – enfermeira)

Desse modo, uma formação inadequada dos profissionais de saúde em relação à atenção à saúde do adolescente tem se reproduzido no cotidiano nos serviços de ABS, uma vez que, ao utilizarem a USF como campo de prática e não vivenciarem ações abrangentes e diversificadas (clínicas e educativas) ao adolescente, os graduandos espelham suas práticas futuras, essencialmente por ausência de estímulo e/ou não saberem fazer. Em decorrência, os profissionais elaboram formulações parciais sobre o adolescente e os modos de cuidado que, por sua vez, fragmentam o corpo “[...] como instrumento de diagnóstico, prevenção ou terapia, com dupla função: de instrumento, na sua relação com o trabalho, e de objeto, como aquele no qual se intervém”¹⁸ (p. 71).

Por sua vez, situações vivenciadas na adolescência, como separação progressiva dos pais, vinculação a novos grupos, busca de uma identidade, flutuações de humor, atitude social reivindicatória, questões ligadas à iniciação sexual e outros aspectos da sexualidade³⁹ requerem práticas de ensino orientadas pela integralidade^{18,31,40}.

No entanto, muitas vezes, os cursos superiores em saúde ocupam-se em oferecer um “pacote” de conteúdos técnico-científicos em detrimento da produção subjetiva do cuidado^{9,15,18}. Além disso, os estudantes tornam-se interlocutores passivos durante a formação e, posteriormente, ao se inserirem nos serviços, acabam capturados pelo eixo recortado-reduzido-corporativo-centrado¹⁵. Um dos entrevistados exemplifica essa abordagem de ensino limitada às questões biomédicas e que ignora a complexidade de dimensões ético-políticas que envolvem o cuidado em saúde na adolescência:

Acho que foi boa [a formação], porque as matérias básicas que a gente trabalha é independente da faixa etária – fisiologia, anatomia, o funcionamento do corpo humano – tem algumas particularidades com a idade, mas, por exemplo, medicamentos, ele vai responder de uma mesma forma, idoso tem uma pequena alteração, tem que fazer uma correção, criança tem que ter cuidado na dose, mas com relação ao tratamento e à conduta, não tem nada de mais não. Acho que atendeu bem [a formação], não teria o porquê, hoje tem uma especialidade – hebiatria, que é voltada para esse público, mas com relação à graduação, acho que não deixou a desejar quanto a isso. (P16 – médico)

Na contramão, diversas apostas vêm sendo feitas em direção às mudanças na formação e às formas de conceber a produção do conhecimento interdisciplinar e multirreferencial^{35,36}, a fim de superar o hiato entre a concepção biomédica, centrada na medicalização social¹⁶, que orienta a prática médica hegemônica, e as práticas de saúde norteadas por uma concepção dialética na produção do cuidado em saúde⁹.

Nesse sentido, é importante que o processo pedagógico seja reflexivo e dinâmico. Contudo, os profissionais entrevistados apontaram que, durante a formação acadêmica, não houve experiências com metodologias ativas e que a condução do componente relacionado à saúde do adolescente baseou-se na transmissão de conteúdo e ausência de problematização. Tais questões, por sua vez, sinalizam um empobrecimento na produção do conhecimento em saúde, especialmente quando a temática está voltada para populações vulneráveis e/ou de difícil vinculação aos serviços de saúde^{1,41}. Nesse sentido, quando a abordagem educativa é vertical e centrada no acúmulo de conteúdo, em detrimento da visão holística e dialética do processo saúde-doença dos adolescentes,

há ampla possibilidade de formar profissionais centrados no núcleo biológico e com limitações para proporem intervenções criativas e dialógicas, essencialmente por não terem referências prévias, resultando em práticas altamente medicalizantes¹⁶. Os recortes adiante sintetizam tal perspectiva:

[...] a metodologia empregada na ministração das aulas da disciplina de “Saúde da criança e do adolescente” era a tradicional, não teve nenhuma novidade. (P1 – enfermeira)

Nas aulas teóricas, utilizava uma metodologia tradicional, com *slides* e exposição do conteúdo pelo professor. (P7 – médico)

Ademais, é importante ressaltar que as proposições debatidas para transformação dos cursos da área de saúde envolvem o caráter metodológico do ensino ou técnicas de abordagens didático-pedagógicas, porém, carregam conteúdos “culturalizados”, ou seja, permanecem os traços de produção e reprodução social, independentemente do modelo didático⁴².

Educação permanente em saúde e invisibilidade do adolescente

Para compreensão destes resultados, esta categoria apoia-se nas percepções de profissionais (ESF e Nasf) e gestores.

Na perspectiva de formar trabalhadores implicados com o Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde⁴³ fomentou a transformação do modelo educativo voltado ao desenvolvimento de ações dirigidas à aprendizagem significativa no cotidiano do trabalho como uma questão tecnopolítica⁴⁴. Tal perspectiva envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde, nas organizações e nas pessoas e, portanto, requer uma miríade de estratégias formativas em sinergia⁴⁵.

Porém, os entrevistados (gestores e profissionais) consideraram as atividades de educação em serviço insuficientes, pois nem sempre são implementadas e quando acontecem, comumente não abarcavam o cuidado com adolescentes, conforme ilustram os trechos a seguir:

Precisamos ter mais capacitação para poder ajudar esses adolescentes. A enfermeira faz o que pode, ela fala de vacina, hanseníase, tuberculose, pré-natal, aleitamento materno, agora sobre adolescente, do período que estou aqui não teve não. (P3 – ACS)

Em relação à educação permanente, o município não desenvolve ações voltadas para essa temática [saúde do adolescente]. E com as outras temáticas até que desenvolvem, mesmo que não seja 100%. (P1 – enfermeira)



PN5 (Psicóloga) – É preciso que o Ministério da Saúde volte mais a atenção em planejamentos, cursos para nós do Nasf, pois exigem muito de nós como profissional, mas não nos oferecem esse suporte. (GF – Nasf)

PN6 (Nutricionista) - Acho que é o público mais difícil que tem pra lidar e é o que menos oferece a qualificação. (GF – Nasf)

A própria gestão não recebe nenhum curso, capacitação ou treinamento voltado pra saúde do adolescente. Tudo que a gente faz é por iniciativa nossa. (G3 – enfermeira)

Os relatos reforçam a constatação de desencontro coletivo na produção da saúde do adolescente. De forma preocupante, os gestores, na função de apoiador institucional e organizador dos serviços, e os profissionais do Nasf, na função de apoio matricial, não se sentiam preparados para dar suporte pedagógico aos profissionais da ABS no escopo da saúde do adolescente. Por sua vez, as ações realizadas aparentaram um caráter de motivação individual de alguns profissionais, sem suporte institucional e sem uma rede de apoio. Não obstante, em que pesem algumas iniciativas positivas, a incorporação de oportunidades sistemáticas e institucionalizadas para educação permanente dos profissionais é ainda escassa em todo o país⁴⁶.

Como motivo para não abordar o cuidado ao adolescente nas ações de educação permanente, os gestores pontuaram a deficiência formativa dos profissionais, que os levavam a priorizar os temas relacionados aos programas já institucionalizados, ficando o adolescente despercebido nessas atividades educativas. Ademais, relatam também a rotatividade dos profissionais como um desafio para implementação das ações de educação permanente em saúde, que impede a continuidade e o avanço das temáticas, pois a modificação do quadro de funcionários impunha a repetição de temas tratados em momentos anteriores.

A educação permanente decaiu muito. Buscamos profissionais adequados para abordar determinado tema e vamos variando os temas, mas nenhum tema voltado para saúde do adolescente, infelizmente. [...] há sempre uma alta rotatividade [de profissionais], aí quando você pensa “agora falei de todos os temas básicos”, aí tem muitas mudanças e a gente volta de novo para aqueles temas corriqueiros. [...] A não abordagem do adolescente na educação permanente é pelo fato de passar despercebido pela gestão. (G1 – enfermeira)

Apesar da dificuldade no desenvolvimento e consolidação da educação permanente em saúde em decorrência da precarização dos vínculos empregatícios e consequente rotatividade dos profissionais, entende-se que, ao qualificar o profissional para o trabalho em saúde, a educação permanente contribui para a valorização do trabalhador de forma a favorecer sua fixação no serviço.

Por sua vez, conforme gestores e profissionais de saúde, era feito um levantamento de temas junto com as equipes de saúde para que as atividades de educação em serviço fossem congruentes às demandas dos profissionais:

Agora mesmo, estamos fazendo uma pesquisa, porque existem diversas capacitações. Então estamos vendo qual é a necessidade, reunimos com eles, “Ah, tá precisando de capacitação,” mas capacitação em qual área? Pra quem? Qual público? (G5 – administrador)

Eles estão começando. Inclusive, pediram pra cada profissional entregar até semana que vem uma sugestão de treinamento que gostaria de ter, até pedi sobre abordagem sindrômica, por conta das queixas de saúde sexual, que são muitas aqui, o que não deixa o adolescente de fora, mas assim, sobre adolescentes mesmo, não me lembro. (P10 – enfermeira)

Nessa direção, apesar do cuidado ao adolescente não estar elencado entre as temáticas para as ações educativas, o método utilizado para definir tais temas aproximava-se dos preceitos que regem a educação permanente em saúde, uma vez que se tentava articular a construção das propostas com as necessidades dos sujeitos. Nesse contexto, para que as ações educacionais tomem como objeto a necessidade dos serviços, é preciso que os profissionais e gestores, mergulhados no cotidiano e complexidade de seus problemas, façam a leitura da realidade utilizando-se de aportes teóricos ou lentes que ampliem o olhar crítico, para que, assim, as ações educativas sejam profícuas e possam efetivamente impactar na ressignificação e reestruturação do processo de trabalho^{44,47}.

Diante da carência das atividades presenciais de educação em serviço, as ferramentas tecnológicas, a exemplo do Telessaúde, foram citadas pelos entrevistados (profissionais e gestores) como importantes facilitadores do acesso a esse tipo de formação:

Hoje temos muita EAD, como o portal do Telessaúde, que vem trazendo vários temas, com palestras. O Governo tem investido muito nisso. Acredito que nós como trabalhadores deveríamos programar uma forma de assistir esses cursos, separar na nossa agenda um momento pra isso também. Mas isso é mais uma deficiência da organização do processo de trabalho do que de uma política pública. Porque, aqueles cursos estão ali, temos oito computadores dentro da unidade, com acesso à internet. Não temos um *datashow*, multimídia, que facilitaria passar para todos os profissionais. (P2 – cirurgião-dentista)

Infelizmente, o treinamento que temos recebido é pouco. Hoje, temos mais oportunidade porque tem aquele que é *on-line*, se for o caso a gente pode acessar o que é de interesse, pra podermos fazer, mas da atenção básica mesmo, pra estar promovendo, são poucos os que desenvolveu. (P14 – ACS)

Em relação à educação permanente, a gente faz o que der para a gente fazer, estava até um pouquinho parada [as atividades de educação em serviço], mas voltamos agora. E na verdade também os profissionais tem o Telessaúde nas unidades. (G2 – enfermeira)

A partir das falas, percebe-se que as tecnologias de informação configuravam-se em instrumentos valiosos no aprimoramento e atualização dos trabalhadores de saúde. Nesse sentido, o Programa Nacional Telessaúde Brasil tem sido utilizado na ABS como meio para educação permanente neste serviço⁴⁸. Além das capacitações, o profissional que participa das atividades do Telessaúde tem a possibilidade de construir o seu próprio conhecimento, por meio da troca de experiências com profissionais de outras regiões, que vivenciam uma realidade diferenciada na execução de uma mesma atividade⁴⁹. Esse contato com outras realidades favorece a ampliação dos olhares na qualificação da assistência e concretização de mudanças no processo de trabalho. Ademais, temas referentes à saúde do adolescente têm sido abordados nas videoconferências^{48,49}, favorecendo, assim, a formação dos profissionais da ABS.

Nada obstante, conforme pontuado pelos interlocutores deste estudo, a utilização desse recurso de educação a distância pelo profissional de saúde depende de sua iniciativa pessoal, de recursos como computador e internet, bem como de uma melhor organização do processo de trabalho que viabilize um espaço na agenda para tal atividade. Tais aspectos são obstáculos que precisam ser vencidos para que se alcance o objetivo desejado nas atividades de educação a distância⁵⁰.

Independentemente da utilização ou não dos aparatos informacionais, a educação permanente em saúde tem como elemento central a transformação das práticas profissionais e a própria organização do trabalho, a partir da introdução de dispositivos, espaços e temas que geram autoanálise, implicação, autogestão, mudança institucional, enfim, pensamento (ruptura com fórmulas ou modelos instituídos) e experimentação²⁹. Do mesmo modo, ao colocar o profissional em pauta de análise, a educação permanente em saúde possibilita, permeabilizando-se nas relações concretas que operam realidades, a construção de espaços coletivos férteis para a reflexão e avaliação de sentidos dos atos produzidos cotidianamente⁴⁴.

Outrossim, muitas vezes, os profissionais capturados pelo modo como se reproduz o agir em saúde não refletem sobre o cuidado prestado ao adolescente em sua prática cotidiana, perpetuando inadequações nesse modo de agir.

Acho que a gente também acomoda um pouco. Eu peguei uma caminhada no PSF, não quis mudar o ritmo do PSF, então assim [...] Desde antes, não vi programa voltado para o adolescente. (P13 – enfermeira)

Por conseguinte, a educação permanente em saúde torna-se um terreno fértil para ruptura dessa alienação de um cuidado negligenciado ao adolescente, a partir de uma aprendizagem significativa e produtora de sentidos, que faz o sujeito interrogar o que está posto, criando assim a possibilidade de transformação do cuidado produzido em seu processo de trabalho.

Por essa ótica, os saberes formais devem viabilizar autoanálise e autogestão dos coletivos, pois são os sujeitos do cotidiano, agenciados e agenciadores, que devem protagonizar a mudança de realidade almejada pelas práticas educativas⁴⁴.

O despreparo profissional e a percepção do adolescente

Para compreensão destes resultados, esta categoria apoia-se nas percepções de grupos com adolescentes em territórios de abrangência da ESF.

O despreparo do profissional, tanto na dimensão técnica quanto relacional, foi denunciado pelos adolescentes como entrave para a adesão às ações propostas, bem como para o estabelecimento do vínculo profissional-usuário.

A6 – Para ter um bom vínculo, o profissional tem que ser ético; A7 – Tem que passar segurança; A6 – não quero falar mal de ninguém não, mas acho assim, aqui já passou muitos médicos bons, mas acho que o atual não é lá essas coisas não. Ele não passa segurança, um profissional tem que passar segurança para o paciente e ele não passa, porque ele fica lendo no livro ou pesquisando no celular na nossa frente. A7 – Isso!; A6 – Acho que ele é doído, não tem condição não. Então, na parte do médico não acho que ele é um bom profissional, um profissional de qualidade; A2 – Para um bom vínculo, tem que ser simpático; A3 – Ser sincero; A1 – ter educação e passar confiança [...] A5 – O profissional que trabalha com adolescente tem que fazer atividades diferenciadas, umas dinâmicas legais [...] porque tem gente que fica só na palestra, é muito chato ter que ficar olhando slide; A6 – O profissional tem que ser criativo, persistente, tem que saber mexer com adolescente, para que o adolescente venha participar dessas coisas. (GF-2 adolescentes – zona urbana)

A11 – O atendimento ao adolescente deveria ser melhor em tudo; A4 – Alguns atendimentos são péssimos, tem gente que não é competente; A3 – Verdade; A9 – Aí nem dá vontade de vim. (GF-3 adolescentes – zona rural)

A7 – Para uma boa consulta, o profissional tem que saber lidar com seu problema, saber te auxiliar se você tiver alguma dúvida e te explicar as coisas direito. [...] Nas atividades de grupo, o profissional que guia tem que ser divertido, tem que saber chamar atenção do adolescente, pra que ele venha; [...] A4 – Muitas vezes, quem tá lá na frente começa a falar, falar, e os adolescentes começam a ficar em tédio e começam a conversar e não entendem nada e acaba não resolvendo nada. (GF4 adolescentes – zona urbana)

Dessa maneira, apesar de caracterizar-se como uma tecnologia leve⁵¹, o vínculo mostrou-se, nos discursos dos adolescentes, dependente dos saberes estruturados, ou seja, da tecnologia leve-dura⁵¹, pois a confiança no profissional estava condicionada ao conhecimento demonstrado em ato. Desse modo, o vínculo não se restringe a uma boa interação profissional-usuário, requer também uma boa assistência frente aos problemas manifestados pelos usuários na produção efetiva de resultados esperados e necessários, pois, assim, a credibilidade no serviço será conquistada⁵².

O adequado preparo do profissional no cuidado ao adolescente se torna imprescindível não só na implementação de ações no âmbito individual, mas também no âmbito coletivo, pois, para conseguir a vinculação do adolescente às atividades, é necessário que estas sejam interessantes e atrativas, exigindo do profissional competências comunicacionais, confiança, criatividade, além da capacidade de cativar, instigar e prender a atenção.

Contudo, tais requisitos se configuram em um desafio, visto que a formação inadequada dos profissionais é uma das problemáticas centrais, que fragiliza a realização de ações educativas na lógica da educação popular em saúde⁵³, sendo frequentes abordagens verticais e impositivas que não favorecem o protagonismo e empoderamento dos sujeitos⁵⁴.

Conclusão

A formação permanente de gestores e profissionais de saúde para a produção do cuidado ao adolescente na ABS foi desvelada diante do modelo de ensino conservador, centrado em práticas de intervenção e voltado à medicalização social. Além disso, mesmo estratégias mais recentes de educação permanente, como os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes), têm encontrado resistência por conta de pouca tradição na articulação intersetorial.

Para superar o *status quo* no modo hegemônico de produção do cuidado e consequente invisibilidade do adolescente nos serviços de saúde, é *premente* um maior investimento no processo ensino-aprendizagem de futuros profissionais por meio de matrizes curriculares que levem em conta a multirreferencialidade.

Ademais, o diálogo entre instituições de ensino, serviços de saúde e comunidade deve ser estabelecido continuamente pelos sujeitos, especialmente ouvindo os maiores interessados: os adolescentes.

Por fim, a lógica da ABS deve ser o cuidado territorial, o que significa mudar a racionalidade biomédica que tenta, insistentemente, levar os adolescentes para dentro das USF (consumindo procedimentos) e, ao contrário dessa tentativa, incentivar que a equipe vá ao encontro da comunidade e, por conseguinte, encontre também com os adolescentes e jovens no território. Por isso, não se trata de deixar, como eixo central, a USF mais atrativa, mas tornar as ações em saúde mais coerentes e adequadas às necessidades/modos de vida dos adolescentes, na perspectiva da integralidade em saúde.

Contribuições dos autores

Emanuella Soares Fraga Fernandes participou da concepção e delineamento do trabalho, realizou o trabalho de campo, analisou os resultados, redigiu o manuscrito e aprovou a versão final. Adriano Maia dos Santos orientou a pesquisa, participou da discussão dos resultados, realizou a revisão crítica do conteúdo e aprovou a versão final do artigo.

Agradecimentos

À Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Agradecimento especial aos gestores, profissionais de saúde e adolescentes de Guanambi, Bahia, pela disponibilidade em participar da pesquisa.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Secretaria da Saúde do Estado São Paulo. Linha de cuidado para a saúde na adolescência e juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo [Internet]. São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde; 2018 [citado 25 Jun 2019]. Disponível em: <https://cebrap.org.br/wp-content/uploads/2018/11/Linha-de-Cuidado-Adolescencia-Juventude-SUS-SP-1.pdf>
2. World Health Organization. Adolescent health [Internet]. Genebra: Who; 2019 [citado 30 Jun 2019]. Disponível em: http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
4. Brasil. Câmara dos Deputados. Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. 13 Jun 1990.
5. Senna SRCM, Dessen MA. Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. *Psicol Saude Doenças*. 2015; 16(2):217-29. doi: <https://dx.doi.org/10.15309/15psd160208>.
6. Peres F, Rosenberg CP. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. *Saude Soc*. 1998; 7(1):53-86.
7. Leal MM, Saito MI. Síndrome da adolescência normal. In: Saito MI, Silva LEV, Leal MM, editores. *Adolescência: prevenção e risco*. 3a ed. São Paulo: Atheneu; 2014. p. 75-82.
8. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cienc Saude Colet*. 2001; 7(1):63-72.
9. Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.



10. Malagón-Oviedo RA, Czeresnia D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(53):237-49. doi: 10.1590/1807-57622014.0436.
11. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34; 1997. v. 4.
12. Organização Panamericana de Saúde. *Adolescer, verbo de transição*. Brasília: OPAS; 2016.
13. Santos AM. *Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração e à coordenação do cuidado*. Salvador: Edufba; 2018.
14. Ayres JR, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(40):67-82.
15. Horta NC, Madeira AMF, Armond LC. Desafios na atenção à saúde do adolescente. In: Borges ALV, Fugimori E, organizadores. *Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica*. Barueri: Manole; 2009. p. 119-41.
16. Tesser CD. Medicalização social: limites biomédicos e propostas para a clínica na Atenção Básica. In: Tesser CD, organizador. *Medicalização social e atenção à saúde no SUS*. São Paulo: Hucitec; 2010. p.108-30.
17. Higarashi IH, Baratieri T, Roecker S, Marcon SS. Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. *Rev Enferm UERJ*. 2011; 19(3):375-80.
18. Ceccim RB, Carvalho YM. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Lappis; 2006.
19. Santos AM, Nóbrega IKS, Assis MMA, Jesus SR, Kochergin CN, Bispo Júnior JP, et al. Desafios à gestão do trabalho e educação permanente em saúde para a produção do cuidado na estratégia saúde da família. *Rev APS*. 2015; 18(1):39-49.
20. Lage AMD, Moura LR, Horta NC. Abordagem ao adolescente e ao jovem na atenção primária. In: Souza MCMR, Horta NC, organizadores. *Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática*. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 241-58.
21. Santos AM, Giovanella L, Mendonça MHM, Andrade CLT, Martins MIC, Cunha MS. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(10):2687-702.
22. Demo P. Pesquisa qualitativa: busca de equilíbrio entre forma e conteúdo. *Rev Lat Am Enfermagem*. 1998; 6(2):89-104.
23. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Portal do Departamento de Atenção Básica [Internet]. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia; 2018 [citado 2 Feb 2018]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/>
24. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*. 2009; 19(3):777-96.
25. Gatti BA. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília: Líber Livro; 2005.
26. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(1):17-27.
27. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Souza MC, organizador. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 34a ed. Petrópolis: Vozes; 2015.



28. Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. *Caminho do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 83-107.
29. Vitale MSS, Almeida RG, Silva FC. Capacitação na atenção à saúde do adolescente: experiência de ensino. *Rev Bras Educ Med*. 2010; 34(3):459-68.
30. Santos AAG, Silva RM, Machado MFAS, Vieira LJES, Catrib AMF, Jorge HMF. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(5):1275-84.
31. Merhy EE. Integralidade: implicações em xeque. In: Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA. *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Lappis; 2006. p. 97-109.
32. Santos AM, Giovanella L, Botelho H, Sousa JC. Desafios organizacionais para fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em Portugal. *Rev Bras Educ Med*. 2015; 39(3):359-69.
33. Lopez SB, Moreira MCN. Quando uma proposição não se converte em política? O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(4):1179-86.
34. Costa RF, Zeitoune RCG, Queiroz MVO, Gómez G, Carmen I, García MJR. Redes de apoio ao adolescente no contexto do cuidado à saúde: interface entre saúde, família e educação. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(5):741-7.
35. Fagundes NC, Burnham TF. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(16):105-14.
36. Fagundes NC, Burnham TF. Transdisciplinaridade, multirreferencialidade e currículo. *Rev FACED*. 2001; 5:39-55.
37. Paro CA, Pinheiro R. Cenários diversificados de aprendizagem na formação em Saúde Coletiva: reflexões a partir dos saberes e práticas da integralidade. In: Pinheiro R, Engel T, Asensi FD, organizadores. *Vulnerabilidades e resistências na integralidade do cuidado: pluralidades multicêntricas de ações, pensamentos e a (re)forma do conhecimento*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, Abrasco; 2017. p. 278-96.
38. Pinheiro R, Ceccim RB. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para enfeitar o ensino da integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESQ, Abrasco; 2005. p. 13-35.
39. Ferrari RA, Thomson Z, Melchior R. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2008; 12(25):387-400.
40. Barros MEB. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESQ, Abrasco; 2005. p. 131-52.
41. Silva MAI, Mello FCM, Mello DF, Ferriani MGC, Sampaio JMC, Oliveira WA. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(2):619-27.
42. Koifman L, Saippa-Oliveira G. Produção de conhecimento e saúde. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESQ, Abrasco; 2005. p. 111-50.



43. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão da Educação em Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
44. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(16):161-8.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
46. Faria RMB. Os desenhos institucionais da educação permanente: balanço das políticas. In: Pierantoni CR, Viana ALA, organizadores. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 123-43.
47. Campos KFC, Sena RR, Silva KL. Educação permanente nos serviços de saúde. *Esc Anna Nery*. 2017; 21(4):e20160317.
48. Guimarães EMP, Godoy SCB, Vilela LCM, Mafaldo JDS. Teleconsultoria e videoconferência como estratégia de educação permanente para as equipes de saúde da família. *Cogitare Enferm*. 2015; 20(2):376-84.
49. Almino MAFB, Rodrigues SR, Barros KSB, Fonteles AS, Alencar LBL, Lima LL, et al. Telemedicina: um instrumento de educação e promoção da saúde pediátrica. *Rev Bras Educ Med*. 2014; 38(3):397-402.
50. Godoy SCB, Guimaraes EMP, Assis DSS. Avaliação da capacitação dos enfermeiros em unidades básicas de saúde por meio da telenfermagem. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(1):148-55.
51. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
52. Santos AM, Assis MMA, Nascimento MAA, Jorge MSB. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(3):464-70.
53. Vasconcelos EM. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis*. 2004; 14(1):67-83.
54. Brasil PRC, Santos AM. Desafios às ações educativas das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde: táticas, saberes e técnicas. *Physis*. 2018; 28(4):e280414.



The aim of this study was to discuss features related to the formative process for managers and professionals of Primary Health Care (PHC) in adolescent health care. It was a qualitative research involving seven managers and 17 professionals from PHC (semi-structured interviews), ten professionals from the Family Health Support Group and 47 adolescents (focus groups). The analysis was based in the hermeneutic-dialectical perspective and the concept of comprehensive care was used to guide the theoretical debate. Professionals and managers find that undergraduate and continuing education is incipient, not covering comprehensive care. The adolescents highlighted the lack of preparation of professionals as obstacles in their linkage to the service. Larger investments are needed in the professional education as a way to improve the practice of PHC services, in order to make them more coherent and appropriate to the logic of care and the needs/lifestyles of adolescents.

Keywords: Adolescent Health. Primary health care. Public health. Higher education. Continuing education.

El objetivo del estudio fue discutir aspectos relacionados con el proceso formativo de gestores y profesionales de la Atención Básica de la Salud (ABS) en el cuidado a la salud del adolescente. Se trata de una encuesta cualitativa con participación de siete gestores y 17 profesionales de la ABS (entrevistas semiestructuradas), diez profesionales del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia y 47 adolescentes (grupos focales). El análisis tuvo como ancla la perspectiva hermenéutica-dialéctica y utilizó el concepto de cuidado integral para delimitar el debate teórico. Profesionales y gestores consideran la graduación y la educación permanente incipiente, no incluyendo el cuidado integral. La falta de preparación del profesional fue subrayada por los adolescentes como obstáculo para el vínculo con el servicio. Es necesaria una mayor inversión en la formación/capacitación de los profesionales como camino para perfeccionar la práctica en los servicios de la ABS, con la finalidad de hacerlos más coherentes y adecuados a la lógica de cuidado y a las necesidades/modos de vida de los adolescentes.

Palabras clave: Salud del adolescente. Atención primaria de la salud. Salud pública. Educación superior. Educación permanente.

Submetido em 12/02/19.

Aprovado em 14/11/19.