

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
INSTITUTO LABORO - BRASÍLIA
CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE
PÚBLICA

O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE NA
ATENÇÃO À SAÚDE DOS ADOLESCENTES: REVISÃO DE
LITERATURA

BRASÍLIA
2010

Pollyana Rodrigues Lopes
Shirley Veloso de Carvalho Campos
Valéria Fernandes Carvalho Costa

**O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE NA
ATENÇÃO À SAÚDE DOS ADOLESCENTES: REVISÃO DE
LITERATURA**

*Anteprojeto de Pesquisa apresentado ao
Curso de Saúde da Família e Saúde Pública da
Universidade Estácio de Sá, pelo Instituto Laboro de
Brasília, como requisito parcial para elaboração do
trabalho de conclusão do curso e para obtenção do
título de especialista em Saúde Pública e Saúde da
Família.*

Orientadora: Prof^a Rejane Lúcio Vieira.

BRASÍLIA

2010

Pollyana Rodrigues Lopes
Shirley Veloso de Carvalho Campos
Valéria Fernandes Carvalho Costa

O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE NA ATENÇÃO À SAÚDE DOS ADOLESCENTES: REVISÃO DE LITERATURA

*Anteprojeto de Pesquisa apresentado ao
Curso de Saúde da Família e Saúde Pública da
Universidade Estácio de Sá, pelo Instituto Laboro de
Brasília, como requisito parcial para elaboração do
trabalho de conclusão do curso e para obtenção do
título de especialista em Saúde Pública e Saúde da
Família.*

Aprovada em: / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Mônica Elinor Alves Gama

Doutorado em Medicina

Universidade de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Sueli Rosina Tonial

Doutorado em Saúde Pública

FIOCRUZ

Lopes, Pollyana Rodrigues.

O processo de trabalho das equipes de saúde na atenção à saúde dos adolescentes: revisão de literatura. Pollyana Rodrigues Lopes; Shirley Veloso de Carvalho Campos; Valéria Fernandes Carvalho Costa. – Brasília, 2010. 34f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde da Família e Saúde Pública) – Curso de Especialização em Saúde da Família e Saúde Pública, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2010.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Unidade Básica de Saúde. 3. Adolescentes. 4. Profissionais de saúde. Atuação. Título.

CDU 614.2

*“Dá pra dizer quando uma pessoa está crescendo
quando para de perguntar de onde veio e não diz
aonde vai”*

Erin Shale

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho, primeiramente, a Deus, pois sem Ele, nada seria possível e não estaríamos aqui reunidos, desfrutando, juntos, destes momentos que nos são tão importantes.

Aos nossos pais, pelo esforço, dedicação e compreensão, em todos os momentos desta e de outras caminhadas.

Aos nossos amigos e companheiros, pelo incentivo à busca de novos conhecimentos.

A todos os professores e professoras que muito contribuíram para nossa formação.

AGRADECIMENTOS

Aos professores, especialmente às Professoras Janet Nakatani e Maria Esther Candeira Valois, pelo incentivo, dentro de suas áreas, à busca de novos conhecimentos e à autonomia e pela contribuição ao crescimento pessoal, mediante suas próprias experiências.

Às colegas de equipe Pollyana, Shirley e Valéria, pelos momentos de aprendizagem constante e pela amizade solidificada, ao longo deste trabalho, que, certamente se eternizará.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, colaboraram para que este trabalho atingisse os objetivos propostos.

DURANTE ESTE TRABALHO...

As dificuldades não foram poucas...

Os desafios foram muitos...

Os obstáculos, muitas vezes, pareciam intransponíveis.

O desânimo quis contagiar, porém, a garra e a tenacidade foram mais fortes, sobrepondo esse sentimento, fazendo-nos seguir a caminhada, apesar da sinuosidade do caminho.

Agora, ao olharmos para trás, a sensação do dever cumprido se faz presente e podemos constatar que as noites de sono perdidas, as viagens e visitas realizadas; o cansaço dos encontros, os longos tempos de leitura, digitação, discussão; a ansiedade em querer fazer e a angústia de muitas vezes não o conseguir, por problemas estruturais; não foram em vão.

Aqui estamos, como sobreviventes de uma longa batalha, porém, muito mais fortes e hábeis, com coragem suficiente para mudar a nossa postura, apesar de todos os percalços...

Como dizia Antoine Saint Exupéry em sua obra prima “O Pequeno Príncipe”:

“Foi o tempo que perdeste com a tua rosa, que fez a tua rosa tão importante.”

Pollyana, Shirley e Valéria

RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF) surge como uma nova estratégia de atenção à saúde e de reorientação do modelo de assistência. Partindo desse pressuposto, o presente artigo tem como objetivo estudar o processo de trabalho de profissionais das Unidades Básicas de Saúde da Família no âmbito da educação em saúde voltado para a criança e adolescente, a partir de uma revisão bibliográfica. O estudo envolve metodologia descritivo-reflexiva, e foi realizado a partir de busca nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, onde foram encontrados artigos completos da Scielo, Lilacs, Revista Brasileira de Enfermagem, Interface – Comunicação, Saúde, Educação, RFO UPF, Ciência Saúde Coletiva e Caderneta de Saúde Pública. Outras fontes de pesquisa foram os Periódicos da CAPES, Domínio Público e publicações do Ministério da Saúde. A análise possibilitou perceber as ações programáticas, preventivas e de intervenção aos adolescentes desenvolvidas pelos profissionais de nível superior da Estratégia Saúde da Família, através da percepção dos profissionais quanto às práticas de atenção à saúde para este grupo etário. Os autores pesquisados são unânimes de que a promoção da saúde requer a integração e aplicação de vários conhecimentos e habilidades profissionais, nos quais é necessário investir através da educação permanente em saúde. Pretendemos, também, estabelecer a complementação da formação acadêmica através deste estudo, nas Equipes de Saúde da Família, para melhor acolher e atender os adolescentes nas suas diversas necessidades e anseios.

Descritores: política de saúde; serviços de saúde; programa saúde da família; adolescentes.

ABSTRACT

The Family Health Program (FHP) emerged as a new strategy for health care and reorientation of the existing care model. Based on this assumption, this article aims to explore the working process of professionals from the Family Health Basic Unities within the field of health education focused on children and adolescents, starting from a literature review. The study involves the descriptive-reflective methodology, and was carried out from the search in the databases of the Virtual Health Library, where full articles from SciELO, Lilacs, Journal of Nursing, Interface - Communication, Health, Education, RFO UPF, Health Science Collective and Public Health Handbook were found. Other sources of research were the CAPES Journals, Public Domain and Ministry of Health publications. This analysis allowed realizing the programmatic, preventive and interventional actions for adolescents developed by the senior level professionals from the Family Health strategy, through the perceptions regarding the practices of health care for this age group. Several authors are unanimous that the promotion of health requires the integration and application of various knowledges and professional skills, in which is necessary to invest through continuing health education. Through this study we also want to establish the completion of academic training in, the Family Health teams to better accommodate and serve the teens in their various needs and desires.

Keywords: health policy, health services, family health program; adolescents.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
OBJETIVO E METODOLOGIA	13
1- O ADOLESCENTE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS	15
1.1 - ATENÇÃO BÁSICA E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	16
2 - PROFISSIONAIS DO PSF	17
2.1- MÉDICOS	18
2.2- ENFERMEIROS	19
2.3- ODONTÓLOGOS	21
3 - TRABALHO EM EQUIPE	23
4- O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	24
4.1 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE	25
4.2 - AÇÕES DE ATENÇÃO Á SAUDE DOS ADOLESCENTES	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de transição da infância para a vida adulta onde ocorrem enormes transformações biopsicossociais. Segundo a Organização Mundial de Saúde a adolescência é a idade correspondente dos 10 aos 19 anos, sendo a pré-adolescência dos 10 aos 14 anos e a adolescência, propriamente dita, dos 15 aos 19 anos (BRASIL, 1995).

Nesta fase da vida, ocorrem aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudança da composição corporal, eclosão hormonal, envolvendo hormônios sexuais e evolução da maturidade sexual, acompanhada pelo desenvolvimento de caracteres sexuais secundários masculinos e femininos.

Paralelamente às mudanças corporais, ocorre o rompimento dos laços de infância; o que antes dava prazer, agora não dá mais e daí surgem três dúvidas básicas: - Sou normal? - Quem sou eu? - Qual o meu lugar no mundo? - Perguntas que serão respondidas à medida que vão se auto-afirmando e individualizando, por vezes, recusando o controle e ajuda dos adultos; porque não existe o adolescente padrão (SCHERING, 2000).

Diferentes culturas, possibilidades incomuns, momentos históricos é que irão determinar a forma como o jovem viverá sua adolescência. Segundo Ferreira, “o crescimento somático e o desenvolvimento em termos de habilidades psicomotoras se intensificam e os hormônios atuam vigorosamente levando às mudanças radicais na forma de expressão e de vida. Sobretudo, surgem dúvidas e questões de várias ordens, desde sobre como viver a vida, os modos de ser, de estar com os outros, até a construção do futuro com as escolhas profissionais” (FERREIRA, 2006).

O Ministério da Saúde afirma que os adolescentes têm, além dos seus direitos básicos, aqueles próprios à sua particular existência. Deve ser considerado a sua diversidade, unicidade e os direitos à proteção contra as diversas formas de exploração, violência e riscos a que está exposto. Por sua vez, o adolescente também tem direito à informação, à escolha, ao prazer, à autodescoberta, à expressão e, principalmente, à esperança e a uma perspectiva de futuro (BRASIL, 1998).

Desde o final da década de 1980, há iniciativas para se instituírem programas de atenção à saúde do adolescente, como o Programa de Saúde do Adolescente PROSAD (BRASIL, 1998), e estabelecer seus direitos por intermédio do Estatuto da Criança e do Adolescente ECA (BRASIL, 1991).

Mas, até então, as políticas públicas para este grupo etário continuam fragmentadas e desarticuladas, mesmo existindo inúmeras iniciativas, tanto governamentais como de grupos organizados da sociedade, o que não tem representado significativamente um trabalho inter setorial para a integralidade da atenção a este grupo etário (BRASIL, 1998).

Segundo Ferreira; Melchior (2007), “[...] os problemas de saúde determinarão as ações como também o modo de organização do serviço corresponderá às necessidades de saúde, contemplando a dupla dimensão, a individual e a coletiva, do processo de saúde doença ampliando o campo da atenção e do cuidado”.

Historicamente a saúde pública passa por várias fases de evolução, apresentando o desafio de manter qualidade para uma superpopulação, na sua maioria, carente (DITTERICH, 2008).

O Programa Saúde da Família, criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo a reorganização das práticas de atenção à saúde, substituindo o modelo hospitalocêntrico tradicional ao levar a saúde para mais perto das famílias. A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorrida em 1988 vem com a proposta de enfrentar esse desafio, enfocando a saúde como um direito de todos no atendimento ao usuário dos serviços públicos de saúde (MAFRA; CHAVES, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) representa a materialização de uma nova concepção acerca da saúde em nosso país. Antes a saúde era entendida como o estado de não-doença, o que fazia com que toda lógica girasse em torno da cura de agravos à saúde (BRASIL, 1998).

Os princípios valorizados pela estratégia saúde da família são os da territorialidade, de vinculação com a população, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, com ênfase na promoção da saúde, com fortalecimento das ações intersetoriais, estimulando a participação da comunidade, apostando no estabelecimento de vínculo e na criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população (ASSIS et al., 2002).

Segundo orientações do Ministério da Saúde, no PSF as ações são estruturadas no trabalho em equipe e buscam humanizar as práticas de saúde, com o objetivo de obter a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade. O processo de trabalho das equipes se estrutura a partir do conceito de delimitação do território, mapeamento das áreas e micro-áreas, cadastramento familiar e utilização do sistema de informação de atenção básica (SIAB) (BRASIL, 2001).

As principais responsabilidades atualizadas, de acordo com a NOAS/2001, constituem: saúde da criança; saúde da mulher; controle de Hipertensão; controle de Diabetes Mellitus; controle de Tuberculose; eliminação da Hanseníase; ações de saúde bucal. Somam-se a isso, visitas domiciliares, reuniões entre os profissionais e a comunidade, atividades educativas com grupos definidos, ações administrativas de supervisão e educação continuada. Seguindo essas diretrizes, uma equipe de saúde da família deve ser composta, minimamente, de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro ou seis agentes comunitários de saúde. A incorporação de outras categorias profissionais dependerá dos municípios. Cada equipe deve ser responsável pela cobertura de 600 a 1.000 famílias (BRASIL, 01/2001).

O que buscamos nas práticas de saúde individual e coletiva é a produção da responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva, tendo em vista as pessoas, como caminho para defender a vida, reconhecemos que, sem acolher e vincular, não há produção desta responsabilização e nem otimização tecnológica das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença (OLIVEIRA et al., 2008).

Não é possível vislumbrar práticas educativas, sem o desenvolvimento de ações necessárias a uma boa educação em saúde. Oliveira; Frechiani; Maciel (1991), falam que "o desenvolvimento das atividades de educação em saúde na assistência as crianças e adolescentes merece ser priorizado e planejado com o objetivo de promover mudanças de comportamentos, pela adoção de práticas sistemáticas e participativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família", e para isso a equipe deve qualificar-se cada dia mais, adquirindo conhecimentos e incorporando habilidades.

Segundo Oliveira; Gonçalves (2000), "o profissional de saúde precisa ser capaz de identificar os níveis de suas ações no processo educativo, refletindo a necessidade de se desvincular da sua prática assistencial, colocando-se como educador justamente pela ação recíproca da reflexão das pessoas, entendendo que ele não é o dono do saber e sim um cooperador e partícipe deste processo transformador". Assim, consideramos relevante desenvolver pesquisa bibliográfica focando no processo de trabalho de profissionais das Unidades Básicas de Saúde da Família no âmbito da educação em saúde voltado para a criança e adolescente.

OBJETIVO

Estudar o processo de trabalho de profissionais das Unidades Básicas de Saúde da Família no âmbito da educação em saúde voltado para a criança e adolescente, a partir de uma revisão bibliográfica.

METODOLOGIA

Utilizamos a revisão de literatura meio para obter conhecimento sobre as ações dos profissionais que trabalham diretamente com adolescentes nas equipes de Saúde da Família, apoiadas nos fundamentos epidemiológicos da Saúde Preventiva, cujo referencial é administrar o cuidado antes que o agravo aconteça.

Para realização desse trabalho, parte-se de uma pergunta: Qual o processo de trabalho de profissionais das Unidades Básicas de Saúde da Família voltada para o desenvolvimento de ações de educação em saúde do adolescente? O processo de trabalho dos profissionais de Saúde no PSF foi abordado a partir de conclusões dos autores, a saber, Ferreira, Ferrari, Thomsom e Melchior e o desenvolvimento de ações de educação em saúde do adolescente foi explorado a partir de alguns referenciais teóricos. Essa discussão foi apresentada ao longo do texto, de modo que os títulos e subtítulos foram estruturados para organizar as leituras, reflexão e os apontamentos possíveis, considerando o caráter eminentemente teórico deste trabalho.

O processo de produção do conhecimento teve início a partir de 1994 onde se deu a origem do Programa Saúde da Família. A fonte de pesquisa foi, principalmente, a Biblioteca Virtual em Saúde, onde foram encontrados artigos completos da Sielo, Lilacs, Revista Brasileira de Enfermagem, Interface – Comunicação, Saúde, Educação, RFO UPF, Ciência Saúde Coletiva e cadernos de Saúde Pública. Outras fontes de pesquisa foram os Periódicos da CAPES, Domínio Público e publicações do Ministério da Saúde.

A proposta de seleção de leituras foi crítica ou reflexiva.

Pretendemos identificar as ações programáticas, preventivas e de intervenção aos adolescentes desenvolvidas pelos profissionais de nível superior da estratégia Saúde da Família, analisando a percepção dos profissionais quanto às práticas de atenção à saúde para este grupo etário. Pretendemos, também, estabelecer a complementação da formação acadêmica através deste estudo, nas Equipes de Saúde da Família, para melhor acolher e atender os adolescentes nas suas diversas necessidades e anseios. A justificativa figura na introdução do trabalho. O primeiro capítulo aborda o contexto sócio-político e PSF. Logo em seguida, discorremos acerca dos profissionais do PSF que o compõe e de como se dá o trabalho em equipe. O terceiro capítulo busca aprofundar a idéia do processo de trabalho diretamente relacionada à educação em saúde, que terá como consequência a qualidade das ações de atenção à saúde dos adolescentes. Como descritores teremos: adolescentes; profissionais do PSF; o processo de trabalho em saúde e ações de atenção à saúde dos adolescentes.

1 - O ADOLESCENTE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

A adolescência tem se constituído em importante objeto de preocupação para várias áreas sociais, tendo em vista a grande expressão que passou a assumir no âmbito da saúde pública. Segundo Ferreira; Alvim; Veloso (2007) “apesar de a adolescência ser, vigorosamente, marcada por processos psico-biológicos, esta fase não deve ser tomada como um conjunto de fenômenos universais implicados no crescimento e desenvolvimento somático-mental, uma vez que as transformações pelas quais passam os adolescentes também resultam de processos inerentes aos contextos sociais (históricos, políticos e econômicos) nos quais os sujeitos adolescentes estão imersos”.

Nesse contexto, faz-se necessário maior investimento das políticas públicas, pois, de acordo com os autores, devido à carência de bases mínimas que atendam às necessidades de alimentação, moradia, saneamento básico, emprego formal com salário digno que garanta condições de vida saudáveis “os adolescentes estão sujeitos ao ingresso precoce no mercado de trabalho, muitas vezes em condições de subemprego com exploração da sua força de trabalho e irregularidades de carga horária, se submetendo a estas imposições por necessidade financeira, em virtude das precárias condições sócio-econômicas familiares (FERREIRA; ALVIM; VELOSO, 2007).

Eles também alertam para o fato de que: “Pensar a condição cidadã do adolescente implica em concebê-lo como sujeito de direitos e deveres. Delimitando a questão no campo da saúde, para que o exercício da cidadania seja pleno, faz-se necessário que os sujeitos tenham condições democráticas de acesso a bens e serviços e possam reivindicar os seus direitos a uma atenção de qualidade, com um entendimento amplo de que saúde não resulta da ausência de doenças, mas de um conjunto de fatores que os levem a prática de um estilo de vida saudável”.

No Brasil, segundo o MS, na década de 80, observa-se um conjunto de medidas político-sociais voltadas à população jovem; a partir desta década, setores da sociedade civil organizada se articularam e empreenderam avanços importantes no campo político. Asseguraram à criança e ao adolescente o direito à vida, à saúde e à educação, direitos sociais básicos dos cidadãos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) proclamou o ano de 1985 como: Ano Internacional da Juventude, para melhor entender as questões que envolvem esta parcela da população. Desde esse período para cá, foram poucos os progressos das políticas sócio-econômicas brasileiras. O campo da saúde e da educação pública ainda deixa a desejar e não atingem de forma satisfatória a grande massa da população.

No campo da saúde do adolescente apoderar-se das políticas públicas é condição para a prática de educação em saúde sabendo ser ela libertadora e promotora de autonomia, fato que figura o foco principal da saúde pública.

1.1 - Atenção Básica e o Programa Saúde da Família

Atenção Básica em Saúde (ABS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

Para o Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF) é entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, onde as equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. A expansão da Estratégia Saúde da Família tem papel fundamental pelo potencial em efetivar a implementação dos fundamentos da Atenção Básica e dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim é definida como prioridade para consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e centro ordenador das redes de atenção a saúde no SUS (BRASIL, 2001).

A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de saúde a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção no Brasil, especialmente no contexto do SUS.

A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas, nas residências, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde: por território definido, com uma população delimitada, sob sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos qual a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade, por realizar atividades de educação e promoção de saúde.

E, ainda: por estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; por estimular a organização da comunidade para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para monitoramento e tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais de forma a intervir em situações que transcendam a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade.

2 - PROFISSIONAIS DO PSF

Na equipe multiprofissional, o processo de trabalho de cada profissional distingue-se um do outro e, portanto, devemos levar em consideração as interfaces peculiares existentes de cada área profissional, preservando as respectivas especificidades. Peduzzi (1998) chama atenção para o fato de a formação dos profissionais de saúde estar pautada no modelo biomédico, o que pode representar uma limitação para a atuação na esfera da interação, entendida como uma prática comunicativa por meio da qual os envolvidos buscam o consenso quanto a um projeto comum.

Nesse sentido, achamos viável a afirmação de Paim et al. (2000), ao citarem que, um profissional de saúde, e em especial de saúde pública, necessita das seguintes características:

“[...] Capacidade de análise do contexto em relação às práticas que realiza; compreensão da organização e gestão do processo de trabalho em saúde; exercício de um agir comunicativo ao lado do pensamento estratégico; advocacy ou habilidade para proceder a denúncia de situações e convencimento de interlocutores; tolerância e diálogo em situações de conflitos; atenção a problemas e necessidades de saúde; senso crítico quanto à efetividade e ética das intervenções propostas ou realizadas e finalmente permanente questionamento sobre o significado e o sentido do trabalho e dos projetos de vida”.

Para Franco (2000), a abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares. Dessa maneira, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. É sempre bom lembrar que a estruturação do trabalho em equipes multiprofissionais no PSF (Programa de Saúde da Família), por si só, não garante uma ruptura com a dinâmica médico-centrada; para tanto, há necessidade de dispositivos que alterem a dinâmica do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional.

Há que se identificar, nessas equipes, os elementos que configurariam uma nova lógica no agir desses profissionais e na forma como se produz o cuidado em saúde.

Em conformidade com as responsabilidades e ações estratégicas prioritárias da atenção básica, a Educação em Saúde figura entre as atribuições de todos os profissionais que integram a equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2001). Além dos contextos convencionais de desenvolvimento da ação educativa, como os grupos educativos organizados segundo necessidades de saúde ou patologias específicas, espera-se que o contato cotidiano com os usuários e a comunidade possa ser reconhecido pelos profissionais como uma situação oportuna para o desenvolvimento desta ação.

2.1 – Médicos

Quando se fala em atendimento do profissional médico, tanto em rede pública como privada, pensa-se na demanda do serviço. Os atendimentos se esgotam no imediatismo dessa demanda. Esse assunto também esteve presente no estudo qualitativo de Matias (2003) com os médicos das equipes da Saúde da Família de Londrina, no qual referem haver sobrecarga de trabalho para atender a demanda e ser necessário rever esta rotina no serviço de saúde: "[...] precisa ter atendimento clínico, só que há de estabelecer uma maneira de você não exaurir a capacidade dos profissionais num atendimento, numa demanda".

Ainda com relação à demanda, estudo de Pedrosa; Teles (2001) com médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde - ACS das equipes da Saúde da Família, em Teresina/PI, demonstrou que as maiores dificuldades encontradas por eles, foram: o sistema de referência e contra-referência; o aumento da demanda pela chegada de novas famílias; a dificuldade em organizar a demanda do cotidiano da comunidade, que, além das doenças, convivia com violência, drogas, prostituição, problemas para cuja solução os profissionais sentiam-se incapacitados; e, finalmente, a gerência das unidades que representava acúmulo de trabalho.

Com relação às ações programáticas realizadas nas equipes de Saúde da Família, pode-se verificar que, talvez pela própria formação, os médicos pareçam estar mais envolvidos no atendimento à doença, sendo as ações de promoção e prevenção mais exercidas pelos enfermeiros.

Esta realidade reafirma a necessidade da efetivação de uma política pública para ampliar o acesso ao serviço de saúde, e da mudança urgente das práticas dos profissionais dessas equipes, pois os modelos tradicionais da atenção médica e de saúde pública são fragmentados e desintegrados e não responderão às necessidades das pessoas.

Esse fato direciona para a necessidade de reformulação proposta por Campos; Amaral (2007), no sentido de reconstruir-se ampliadamente o modelo biomédico, trazendo para o exercício clínico saberes como os produzidos por áreas como a da Saúde Coletiva, Saúde Mental, Planejamento e Gestão, e Ciências Sociais e Políticas.

A relação com a unidade de Saúde da Família caracterizava-se pela continuidade da assistência, entretanto, esta continuidade não representa necessariamente uma estabilidade do vínculo com o médico, visto a rotatividade deste profissional nas equipes.

Entretanto, dentre as consultas analisadas no estudo realizado a partir de dados secundários produzidos pelo projeto de pesquisa "A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: uma pesquisa-ação com as equipes de saúde da família do Ceará e da Bahia" (ALVES; NUNES, 2006), identifica-se uma abordagem que se distingue do modelo de Educação em Saúde hegemônico. Segundo este estudo, os autores relatam que a condução das consultas por um dos profissionais privilegia o desenvolvimento da autonomia dos pacientes, ampliando a sua compreensão do problema e reflexão quanto a uma intervenção sobre a realidade que o contextualiza e determina. Esta é uma abordagem que assume como ponto de partida, o indivíduo, não a sua doença. O objetivo final da ação médica não está na remissão dos sintomas, mas na promoção do cuidado com a saúde e outras dimensões da vida, a exemplo da geração de renda. Evidentemente que esse profissional assume uma postura que propicia uma relação dialógica, ao acreditar no potencial criativo de seus pacientes-sujeitos.

A exceção, por vezes, merece mais destaque que a norma, especialmente quando se tem como pano de fundo de investigação uma proposta de reorientação de práticas de saúde, como é o caso da estratégia do PSF. A força da exceção identificada na presente análise reside justamente na afirmação de que, por maior que seja o desafio de ressignificar a relação com o outro e o cuidado em saúde, este não constitui uma transformação da ordem do impossível. Neste sentido, pode-se, ainda, declarar que, na exceção, se revitaliza a esperança (ALVES; NUNES, 2006).

2.2 – Enfermeiros

Dentre as profissões da saúde, uma das mais atuantes é a Enfermagem, que se institucionalizou no século XIX na Inglaterra, juntamente com a transformação do hospital enquanto instrumento de recuperação (REZENDE, 2003). Segundo Barbosa (1995, p. 32), os hospitais são ambientes “normalmente associados à prestação de serviços à saúde, visando à assistência, o tratamento e a cura daqueles acometidos pela doença”.

A enfermagem possui uma especificidade quando comparada a outras profissões: ela está voltada ao cuidado. Segundo Zobolli (2004), a enfermagem tem compreendido o cuidado como seu bem interno. A natureza da palavra 'cuidado' inclui duas significações: a primeira, uma atitude de desvelo, solicitude e atenção para com o outro; a segunda, uma preocupação e inquietação, advindas do envolvimento e da ligação afetiva com o outro por parte de quem cuida.

Cuidar exige disposição e sensibilidade para compreender e suportar a dor e o sofrimento do outro. A maioria dos trabalhadores de enfermagem estabelece fortes vínculos com os pacientes, e geralmente assimila grande quantidade de cargas psíquicas. Em decorrência disto, o trabalho chega a invadir a vida privada e os momentos de lazer, prejudicando o convívio familiar e social (SHIMIZU; CIAMPONE, 2002).

O processo de trabalho de enfermagem tem exigido que se considerem as habilidades de quem efetivamente assiste na área da saúde, valorizando as inovações tecnológicas informais e o dom no desempenho dos serviços cotidianos. Para Aguiar (2005), citando Munari, as inovações tecnológicas têm provocado importantes mudanças, na área de saúde, reduzindo os cargos, aumentando as diferenças salariais, criando novas profissões e descredenciando outras, constituindo-se em um desafio para o homem moderno que necessita promover sua adaptação, seu desenvolvimento pessoal e profissional para conviver nessa nova realidade. Nessa perspectiva, a enfermagem passa por um repensar e uma redefinição de suas funções, de maneira a assegurar seu papel e seu compromisso com a sociedade que, nesse momento, aspira por maior qualidade na prestação da assistência à sua saúde.

No PSF a prática da enfermeira tem como proposta de organização tecnológica a vigilância da saúde e a programação em saúde. Estes modelos buscam incorporar os determinantes sociais do processo saúde/doença da população no desenvolvimento de práticas de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos grupos sociais das áreas adstritas, com vistas à construção do novo modelo de assistência. Entretanto, a prática da enfermeira encontra dificuldades nas articulações intra e inter setoriais, na integralidade da atenção para a continuidade da assistência às famílias.

Podemos afirmar que o profissional de enfermagem, ciente das altas exigências do mundo atual, busca corresponder e até superar tais expectativas através de uma ousada análise do seu papel no corpo de saúde, e através de uns olhares reflexivos, introspectivos e críticos sobre seu papel e seu potencial.

2.3 - Odontólogos

A inter-relação entre as alterações bucais com manifestações sistêmicas, onde a relação da saúde geral foi inserida no processo de qualificação dos profissionais de saúde foi a proposta da Terceira Conferência Nacional de Saúde Bucal. De acordo com a Portaria Nº. 648 de 2006, acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar são atribuições dos cirurgiões-dentistas do PSF (BRASIL, 2006).

Quanto à saúde bucal, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS Nº. 1.444, em 2000, estabelecendo o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF, incluindo desta maneira as ações de saúde bucal no PSF na tentativa de se alcançar este modo integral de atenção, tomando-a como parte integrante da saúde das famílias e comunidades. Deste então, houve um crescimento exponencial do número de equipes em todo o Brasil, porém, pouco tem sido feito no sentido de monitorar tal inclusão e avaliar seus impactos, o que pode ser constatado pela escassa literatura sobre este tema (BRASIL, 2000). Chaves; Vieira S. (2007), em sua revisão ressaltam que há poucos estudos sobre como se desenvolvem as práticas de saúde bucal nos serviços odontológicos públicos no Brasil.

A equipe de saúde bucal foi inserida somente em 2001 no contexto do PSF e apresenta-se como parte integrante e importante para a saúde da população. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Bucal propõe a incorporação progressiva de ações de promoção e proteção em saúde, como fluoretação das águas de abastecimento, educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicações tópicas de flúor. Com exceção da fluoretação da água, as demais ações estão diretamente relacionadas ao papel do cirurgião-dentista como ator desse processo.

A inserção da saúde bucal no PSF é um grande desafio, pois, corroborando com Silveira F. (2002, p. 40), o sucesso da estratégia saúde da família é, antes de tudo, resultante de uma mudança de atitude dos profissionais em saúde bucal coletiva que atuem na atenção básica.

A odontologia, como todas as profissões médicas, historicamente, têm suas práticas centradas na doença, de forma individualizada e tecnicista e, como relata Martins F. (2000), as políticas públicas nacionais de saúde bucal têm ocorrido de modo retardatário, marginal às políticas maiores do campo da saúde.

Com o objetivo de produzir informações sobre as condições de saúde bucal da população brasileira e subsidiar o planejamento-avaliação de ações nessa área nos diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde, através da coordenação de um amplo esforço nacional para o estudo destas condições, está sendo realizado o Projeto SB Brasil-2010. Trata-se da construção de uma consistente base de dados relativa ao perfil epidemiológico de saúde bucal da população brasileira. Já foram realizados três grandes levantamentos nacionais em 1986, 1996 e 2003. Segundo o Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Bucal, Projeto SB Brasil-2010, é fundamental que a realização destes estudos faça parte de uma estratégia inserida no componente de vigilância à saúde da Política de Saúde, na perspectiva da construção de uma série histórica de dados de saúde bucal com o objetivo de verificar tendências, planejar e avaliar serviços (BRASIL, 2010).

3 - TRABALHO EM EQUIPE

Segundo Wagner (1999): "[...] O trabalho em equipe se caracteriza por um conjunto de pessoas que interagem entre si, de tal forma que cada uma influencia e é influenciada pelas outras". Num ambiente tantas vezes dolorido é fundamental ter uma equipe coesa e eficiente, que tenha os mesmos objetivos, falem a mesma linguagem onde um possa desempenhar suas funções contando com o apoio de outros. O trabalho em equipe é uma modalidade do trabalho coletivo, sendo caracterizado pela relação recíproca entre as dimensões complementares de trabalho e interação.

Na proposta de Saúde da Família, o trabalho em equipe constitui uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho, no qual os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da linguagem. O trabalho em equipe, no contexto do PSF, ganha uma nova dimensão no sentido da divisão de responsabilidades do cuidado entre os membros da equipe, na qual todos participam com suas especificidades contribuindo para a qualidade da prestação das ações de saúde. A concepção integral do cuidado favorece a ação interdisciplinar nas práticas, onde a valorização das diversas disciplinas contribui para uma abordagem ampla e resolutiva do cuidado. Nessa perspectiva, a responsabilidade da atenção passa a ser descentralizada da figura do profissional médico, considerado o centro da equipe no modelo hospitalocêntrico, sendo dividida entre os membros da equipe.

Segundo Ferrari; Thomson; Melchior é fundamental desenvolver trabalhos multidisciplinares e atuar, multiprofissionalmente, exige um trabalho em equipe com interação e troca nos campos de competência. As autoras sugerem que um dos desafios da interssetorialidade é identificar objetivos comuns e buscar, mediante um núcleo estratégico de planejamento e definição, prioridades de ações, irem além do atendimento clínico e buscar parcerias com outros setores a fim de obter melhor e maior efetividade nas ações de atenção à saúde do adolescente.

4 - O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Émile Durkheim (1858-1917) apontava o trabalho como categoria central das sociedades modernas. Para ele, o trabalho se distingue dos demais fenômenos porque é um fato social, e possui maneiras de agir, pensar e sentir exteriores ao indivíduo. O processo de trabalho cria valores de uso por meio do trabalho útil, sendo considerada uma atividade que visa transformar o objeto sobre o qual versa o trabalho, de acordo com o fim perseguido. Este processo desemboca num produto, e busca satisfazer às necessidades humanas, mediante uma mudança de forma (IAMAMOTO; CARVALHO, 2004).

As sociedades modernas são sociedades fundadas no trabalho. A origem latina da palavra trabalho deriva do ‘*tripalium*’, instrumento de tortura composto de três paus usado antigamente para punir criminosos submetidos ao trabalho forçado, remetendo-nos à idéia de sofrimento e castigo quando pensamos no ato do trabalho. A palavra inglesa ‘*work*’ (trabalho) deriva de ‘*werg-on*’, que significa “fazer”. Esta diferença etimológica, embora não se baseie em uma lógica explicativa, expressa divergências em relação ao sentido do trabalho, que sofre diversos tipos de influência (NARDI, 2006).

O trabalho em saúde é baseado no contato humano, e produz bens não palpáveis no ato de produção. Deste modo, estabelece-se uma relação de troca entre empregado e empregador, que compra sua força de trabalho como uma mercadoria diferenciada, pois sua capacidade de trabalho adquire valor de mercadoria (FELLI; PEDUZZI, 2005; BRASIL, 2007).

O processo de trabalho em saúde está fundamentado numa inter-relação pessoal forte onde os conflitos também estão presentes no dia-a-dia da equipe (NOGUEIRA, 2000).

Deve-se considerar ainda que uma equipe seja composta por pessoas que trazem especificidades próprias como: gênero, inserção social, tempo e vínculo de trabalho, experiências profissionais e de vida, formação e capacitação, visão de mundo, diferenças salariais e, por fim, interesses próprios. Essas diferenças exercem influência sobre esse processo de trabalho, uma vez que estão presentes no agir de cada profissional, mas não inviabilizam o exercício da equipe. A mudança nas relações de trabalho não acontecerá de maneira rápida, os profissionais que compõem as equipes vêm de uma prática na qual predomina o poder do nível superior sobre o nível médio, da categoria médica sobre as demais. Nesse contexto, relações de poder hierarquizadas, estabelecidas entre os profissionais, configuram elementos que fortalecem a situação de *status* de algumas profissões sobre outras, garantindo posições de liderança na equipe (NOGUEIRA, 2000).

Dessa forma, se faz necessário redefinir no cotidiano das ESFs, responsabilidades e competências dos integrantes da equipe de saúde, sem esquecer os pontos de interseção entre as disciplinas (NOGUEIRA, 2000).

4.1 - Educação em Saúde

O tema “Educação Permanente em Saúde” foi aprovado pelo plenário da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CONFERÊNCIA SÉRGIO AROUCA, 2004), realizada pelo Conselho Nacional de Saúde, sendo incluído como política de gestão do SUS. A proposta foi de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, apresentada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), do ministério da Saúde (MS), em 2003. O ineditismo indiscutível se fez pela formulação concreta de uma política de educação permanente na saúde (inexistente até então como política pública, embora já fizesse parte de iniciativas isoladas dentro do próprio MS, tais como: os pólos de educação permanente em saúde da família, a rede de educação permanente em enfermagem, entre outros (CECCIM, 2004).

As sugestões apresentadas no relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde optaram por priorizar a educação dos profissionais de saúde como uma ação finalística da política de saúde e não atividade-meio para o desenvolvimento da qualidade do trabalho. Para Ceccim (2004) a Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação, crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Nestes termos a Educação Permanente em Saúde deve extrapolar o domínio técnico científico-científico da profissão e se estende pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam à elevação da qualidade de saúde da população, tanto no enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, quanto nos aspectos de organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde.

O ineditismo da proposta também se expressa na inclusão do usuário do sistema como agente participante das políticas de formação profissional. Nesta junção, teríamos uma preocupação social com a formação dos profissionais, haveria um impacto na qualidade da assistência prestada aos usuários e, o mais importante, se tornaria mais evidente a relevância social deste aperfeiçoamento.

A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM, 2004).

A promoção da saúde coloca a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas, no campo da Saúde, e, mais ainda, no campo das políticas públicas, faça-se por meio da construção e da gestão compartilhada. Promover saúde é, portanto, ampliar o entendimento do processo saúde-doença, de modo que se ultrapasse a tensão que coloca indivíduo e coletivo em antagonismo, pela conjugação clínica e política, atenção e gestão.

De acordo com Oliveira; Frechiani; Maciel (1991), “a Educação em Saúde deve ser desenvolvida a partir da troca de conhecimentos, pois favorece, dessa forma, espaço para reflexão, com a apreensão de novos conhecimentos que impliquem a mudança de atitude”. E concluem que “o desenvolvimento das atividades de educação em saúde na assistência as crianças e adolescentes merece ser priorizado e planejado com o objetivo de promover mudanças de comportamentos, pela adoção de práticas sistemáticas e participativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família”.

4.2 - Ações de Atenção á Saúde dos Adolescentes

Na área da saúde é bastante comum encontrarmos a concepção de que desenvolver atividades em saúde, para adolescentes é complexo e íngreme, pois está ligado às dificuldades dos profissionais em lidar com esta parcela da população.

Segundo Abduch (1999); Ruzany et al. (2002), os profissionais que operam com adolescentes referem-se às dificuldades encontradas no agendamento de atividades, o que lhes causa frustração, desmotivação, mal-estar e até mesmo irritação, pois os esforços parecem ser em vão.

As estatísticas no atendimento ao adolescente nos serviços de saúde ainda demanda números irrisórios. De acordo com Ferrari; Thomsom; Melchior (2006) existem outras prioridades nos serviços de saúde, adiando assim os serviços a essa parcela da população. Por outro lado, não se pode afirmar que a baixa estatística no atendimento aos adolescentes nos serviços de saúde se deve a pouca oferta de ações voltadas para eles ou à baixa procura dos mesmos, uma vez que estes dois fatores estão interligados.

Nesse sentido Jeolás; Ferrari (2003) afirma que “para a adesão do adolescente ao espaço que lhe é oferecido, é necessário permitir que ele seja ouvido, possa expor suas idéias, sentimentos e experiências e, que, também seja respeitado e valorizado. O adolescente não quer nada pronto e, talvez, ele ainda não tenha encontrado este espaço no serviço de saúde”.

Corroborando com Jeolás (2003), Ayres (1996) afirma que “[...] Um programa para adolescente precisa possuir um agendamento ágil e razoavelmente diversificado. Seus carecimentos lhes parecem sempre urgentes, seus prazos são sempre... agora. Quanto maior for o intervalo entre a captação e a atividade programática, menores serão as chances de efetivação” (AYRES; FRANÇA JR., 1996, p.76).

Conforme a pesquisa de Ferrari; Thomsom; Melchior (2006), o atendimento ao adolescente pode ser favorecido ao contemplar o adolescente na agenda do serviço de saúde, favorecendo o aumento da procura e, conseqüentemente, o aumento da oferta de serviços nas unidades básicas de saúde e respectivas áreas de abrangência. A pesquisa ainda sugere que será necessário um empenho dos profissionais em reorganizarem suas atividades, de acordo com as necessidades e ações de saúde que “irão se corresponder, e não só os problemas de saúde determinarão as ações como também o modo de organização do serviço corresponderá às necessidades de saúde, contemplando a dupla dimensão, a individual e a coletiva, do processo de saúde doença ampliando o campo da atenção e do cuidado”.

O atendimento ao adolescente será algo construído, produzido e alicerçado em uma equipe coesa e profissionais capacitados para tal função. Segundo Aguiar; Bock; Ozella (2001, p.171), “é preciso superar visões naturalizantes e entender a adolescência como constituída socialmente a partir das necessidades sociais e econômicas dos grupos sociais e olhar e compreender suas características como características que vão se constituindo no processo”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que as ações voltadas para as crianças e adolescentes alcancem seus objetivos de redução dos riscos e fortalecimento dos fatores protetores, é preciso que, cada vez mais, estas ações estejam integradas, numa abordagem sistêmica, que leve em conta o contexto no qual o jovem está inserido. Como salienta o MS, em função do trabalho desenvolvido junto às famílias e comunidades e do potencial do Programa de Saúde da Família como estratégia de organização das ações de atenção básica nos sistemas municipais de saúde, a capacitação dos profissionais médicos e enfermeiros de Saúde da Família é de grande importância para que a atenção integral à saúde dos adolescentes seja alcançada.

Um aspecto a ser destacado entre as proposições analisadas refere-se às ações educativas propostas, por sua ênfase no autocuidado e prevenção. Elas devem ser assumidas como um processo de construção coletiva e integrada de práticas de saúde, objetivando localizar, interpretar e superar situações sociais, sanitárias e familiares desfavoráveis à mesma. Neste processo, a ESF deve ocupar um posto central, universal e integrador de projetos, equipes, e ações.

Assim, faz-se necessária uma reflexão para que o processo do conhecimento em saúde extrapole a racionalidade do discurso que engloba somente a prevenção e a cura das doenças. Para isso, é importante que se reveja a lógica da formação dos profissionais de saúde, buscando-se romper essa dualidade marcada pelo pouco enfoque dado ao tema da promoção da saúde e à aproximação entre os serviços de saúde e a população.

O estudo permitiu concluir que os profissionais atuantes na rede básica de saúde encontram-se frente a desafios que dificultam a consolidação do novo modelo assistencial em saúde, principalmente quando o público alvo são as crianças e os adolescentes. Eles enfrentam a excessiva demanda e sendo o número de profissionais insuficiente, aliados a uma prática curativista hegemônica, configuram-se como um desafio para a realização de ações de promoção em saúde.

A análise possibilitou perceber, também, as ações programáticas, preventivas e de intervenção aos adolescentes desenvolvidas pelos profissionais de nível superior da Estratégia Saúde da Família, através da percepção dos profissionais quanto às práticas de atenção à saúde para este grupo etário.

REFERÊNCIAS

12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: CONFERÊNCIA SÉRGIO AROUCA: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003; **relatório final/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde** – Brasília; Ministério da Saúde, 2004.

3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. **Acesso e qualidade superando exclusão social. Relatório final.** Brasília: Ministério da Saúde; 2005. [[Links](#)]

ABDUCH, C. **Grupos operativos com adolescentes.** In: SCHOR, N.; MOTA, M. S.F.T.; BRANCO, V.C. (Orgs.). *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento.* Brasília: Ministério da Saúde, 1999. P.289-300. [[Links](#)]

AGUIAR, A. B.; COSTA, R. S. B.; WEIRICH, C. F.; BEZERRA, A. L. Q. **Gerência dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico,** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 07, n. 03, p. 319 – 327- 2005.

AGUIAR, W.M.J.; BOCK, A.M. B; OZELLA, S.A. **A Orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica.** IN: BOCK, A.M.B; GONÇALVES, M.G.M.; FURTADO, O. (Orgs.). **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia.** São Paulo: Cortez, 2001. P.163-78. [[Links](#)]

ALVES, V. S; NUNES, M. O. **Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família,** 2006.

ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família.** *Ciênc. saúde coletiva,* 2007.

ASSIS; ET AL. **O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar,** 2002.

AYRES, J.R.C.M.; CALAZANS, G.J.; FRANÇA JR., I. **Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/AIDS.** In: VIEIRA, E.M. et al. (Orgs.). **Seminário gravidez na adolescência.** Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família, 1998. P.97-109. [[Links](#)]

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JR., I. **Saúde do adolescente**. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; GONÇALVES, R.B.M. (Orgs.). **Saúde do adulto: programa e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. P.67-85. [[Links](#)]

BARBOSA, A. **Hospitais: fontes de saúde ou de riscos?** Rev. de Saúde do Distrito Federal, Brasília, v. 6, n.1/2, p. 33-36, 1995.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA EXECUTIVA/CNPD - COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. **As políticas públicas e a juventude dos anos 90, 1998**. In: **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/CNPD, 1998. V.2. P.731-49. RUA, M.G.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília; 2001. [[Links](#)]

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa saúde do adolescente PROSAD**. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

BRASIL. PORTARIA Nº. 1.444. Definir que os Municípios que se qualificarem às ações de saúde bucal receberão o incentivo financeiro anual por equipe implantada, 2000.

BRASIL. PORTARIA Nº. 648. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006; 28 mar. [[Links](#)]

CAMPOS GWS, AMARAL MA. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital**. Ciênc Saúde Coletiva, 2007; 12:849-59.

CECCIM, R.B. **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.161-77, 2004. [[Links](#)]

CHAVES SCL, VIEIRA-DA-SILVA LM. **Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia**. Cad Saúde Pública 2007; 23:1119-31. [[Links](#)]

COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.** [[Links](#)]

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de atenção básica – Brasília, 2006.

DITTERICH, R. G. **Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família: Uma Perspectiva a Partir da Equipe de Saúde**, 2008.

DURKHEIM, E. (1858-1917). **As Regras do Método Sociológico**; tradução Paulo Neves; revisão da tradução Eduardo Brandão. -2ª ed.- São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FELLI V. E. A.; PEDUZZI M. **O trabalho gerencial em Enfermagem**. In: Paulina Kurcgant. (Org.). Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FELLI; PEDUZZI, 2005; BRASIL, 2007. COSTA e SILVA, L. I. M.; PEDUZZI M. **Os recursos humanos de enfermagem da perspectiva da força de trabalho: análise da produção científica**. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 39, n. Esp., p. 589-96, 2005.

FERRARI, R.A. P; THOMSOM, Z; MELCHIOR, R. **Atenção à Saúde dos Adolescentes: Percepção dos Médicos e Enfermeiros das Equipes da Saúde da Família**. *Cad. Saúde Pública*, 2006.

FERREIRA MA. **A educação em saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado-educação**. Texto Contexto Enferm. 2006.

FERREIRA, M.A. ALVIM N.A.T.; TEIXEIRA M.L.O.; VELOSO, R.C.; **Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde**. EEAN/UFRJ. R.J., Brasil, 2007.

FERREIRA, R.A.P.; MELCHIOR, Z.T.R. **Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família**. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Brasil, 2007.

FRANCO TB, MERHY EE. **PSF: contradições e novos desafios**. In: Conferência Nacional de Saúde. Tribuna Livre 2000. [acessado 2000 Abr 28]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm> [[Links](#)]

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** – 16ª Ed.- São Paulo: Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 2004. 1ª ed. –1982.

JEOLÁS, L.S.; FERRARI, R.A.P. **Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado.** Cienc. Saúde Coletiva, v.8, n.2, p.611-620, 2003. [\[Links\]](#)

MAFRA, M. R.P.; CHAVES, M. M. N. **O Processo de territorialização e a atenção à saúde no programa saúde da família,** 2004.

MARTINS FILHO, M. T. **Saúde da Família e Saúde Bucal.** Jornal do COSEMS/CE. Ano IV, n 13, p.4, 2000.

MATIAS, M.C.M. **Trabalho, educação e identidade: problematizando a formação e a prática do médico no Programa da Saúde da Família.** 2003. Tese (Doutorado em Educação Médica) - Faculdade de Educação, Universidade de Campinas, Campinas, 2003.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Departamento da Criança e do Adolescente. **Estatuto da Criança e do Adolescente;** Brasília, 1991. [\[Links\]](#)

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Políticas de Saúde [e] Secretaria de Assistência à Saúde. **A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde, módulo I,** 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº. 1.444/GM. Cria o incentivo de Saúde Bucal para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União 2000; 29 dez. [\[Links\]](#)

NARDI, H. C. **Ética, trabalho e subjetividade: trajetórias de vida no contexto da transformação do capitalismo contemporâneo.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.

NOAS-SUS 01/2001. **Norma Operacional da Assistência à Saúde,** PORTARIA Nº 95, DE 26 DE JANEIRO DE 2001.

NOGUEIRA RP. O trabalho nos serviços de saúde. In: Santana JP, organizador. **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família.** Brasília: OPAS/Representação do Brasil; 2000. P. 59-63. [\[Links\]](#)

OLIVEIRA, A. et al.. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.27, p.749-62, out./dez. 2008. [[Links](#)]

OLIVEIRA, CB.; FRECHIANI, J.M.; SILVA, F.M.; MACIEL, E.L.N. **As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória**. Departamento de Enfermagem, 29040-1991 Vitória ES.

OLIVEIRA, H.M; GONÇALVES, M.J.F. **Educação em Saúde: uma experiência transformadora**. Departamento de Enfermagem Universidade Federal do Amazonas, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; *La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza*. Ginebra, 1995.

PAIM JS, ALMEIDA FILHO N. *A crise na saúde pública e utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000.

PEDROSA, J.I.S.; TELES J.B.M. **Consenso e diferenças em equipes do programa saúde da família**. Rev. Saúde Pública, v.35, n.3, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/html>>. Acesso em: 26 fev. 2004. [[Links](#)]

PEDUZZI M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre o trabalho e interação** [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, apresentada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), do Ministério da Saúde (MS), em 2003.

REZENDE, M.A.; SUGANO, A.S.; SIGAUD, C.H.S. **A enfermeira e a equipe de enfermagem - segundo mães acompanhantes**, 2003.

RUZANY, M.H. et al. **Avaliação das condições de atendimento do Programa de Saúde do Adolescente no município do Rio de Janeiro**. Cad. Saúde Pública, v.18, n.3, p.639-49, 2002. [[Links](#)]

SBBRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira, 2010.**

SCHERING, B. F. **ATO- Programa de Atenção e Orientação à Saúde Sexual e Reprodutiva** -Manual de Treinamento:Revinter,2000.

SHIMIZU, H. E; CIAMPONE, M. H. T. **As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em unidade de terapia intensiva em um hospital escola.** Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v. 36, n.2, p. 148-55, 2002.

SILVEIRA, A. D. F. **Odontologia no PSF.** Revista Brasileira de Saúde da Família, ano II, n 4, p.18, 2002.

WAGNER III J, Hollembeck J. **Comportamento organizacional: criando vantagem competitiva.** São Paulo: Saraiva 1999.

ZOBOLI, E. L. C. P.; **A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações.** Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 38, n., p. 21-27, 2004.