



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO**

**MARIA GLÊDES IBIAPINA GURGEL**

**PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:  
ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NA PERSPECTIVA  
DA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**Fortaleza – Ceará  
2008**

MARIA GLÊDES IBIAPINA GURGEL

PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:  
ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NA PERSPECTIVA  
DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e as Políticas e Práticas de Saúde e de Desenvolvimento

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Dalva Santos Alves

Fortaleza – Ceará  
2008

G987p Gurgel, Maria Glêdes Ibiapina

Prevenção da gravidez na adolescência: atuação da enfermeira na perspectiva da promoção da saúde / Maria Glêdes Ibiapina Gurgel. Fortaleza, 2008.

116 f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Dalva Santos Alves.

Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Universidade Federal do Ceará.

1. Gravidez na Adolescência. 2. Promoção da Saúde. 3. Enfermagem. I. Alves, Maria Dalva Santos (orient.). II. Título.

CDD 618.24

MARIA GLÊDES IBIAPINA GURGEL

PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:  
ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NA PERSPECTIVA DA  
PROMOÇÃO DA SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Dalva Santos Alves (Presidente)  
(Universidade Federal do Ceará)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Alix Leite Araújo (Membro efetivo)  
(Universidade de Fortaleza-UNIFOR)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Escolástica Rejane Ferreira Moura (Membro efetivo)  
(Universidade Federal do Ceará)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patrícia Neyva da Costa Pinheiro (Membro suplente)  
(Universidade Federal do Ceará)

Dedico este estudo

Ao meu DEUS, fonte de vida, amor,  
esperança e inspiração.

Aos meus pais, Deolino de Sousa Ibiapina  
e Florência Cipriano Ibiapina ( *In  
memoria*), que investiram todas as suas  
esperanças em minha formação como  
pessoa e profissional.

Ao meu esposo Agnor Nunes Gurgel  
Júnior, pelos incentivos, partilhas e  
cumplicidades em todos os momentos da  
minha vida

Aos meus queridos filhos, Lorena Ibiapina Gurgel e  
Felipe Anderson Ibiapina Gurgel, pelas longas  
horas de separação, dedicações suspensas e  
ausência, ainda que presente, enquanto estava a dividir  
com o computador a minha atenção

“Bendito o homem que deposita a confiança no Senhor,  
e cuja esperança é o Senhor.  
Assemelha-se a uma árvore plantada perto da  
água, que estende as raízes para o arroio; se  
vier o calor, ela não temerá, e sua folhagem  
continua verdejante, não a inquieta a seca de  
um ano, pois ela continua a produzir frutos”.

Jeremias 17: 7-8

## AGRADECIMENTOS

A Deus, princípio de vida e sabedoria.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Dalva Santos Alves, que com tanta competência, amizade e sabedoria me conduziu pelos caminhos da sedimentação do saber científico, na sublime função de orientadora.

Ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da UFC pela busca incessante de elevar o padrão de ensino, ensejando sempre o estudo de alto nível.

Aos membros da Banca examinadora desta dissertação pelas contribuições oferecidas, propiciando maior aperfeiçoamento deste estudo.

À Dr.<sup>a</sup> Maria Suêuda Costa, pelas importantes contribuições no trabalho de pesquisa, buscando focar no que havia de mais essencial.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ângela Maria Alves e Souza, pelo otimismo e incentivo.

À colega Dr.<sup>a</sup> Fátima Lúcia Ramos Batista, pelas contribuições oportunas e ajuda na maior precisão das idéias abordadas, sempre com muito carinho.

À colega Dr.<sup>a</sup> Rita Viana Rego, em nome de quem agradeço a outras colegas do mestrado o prestimoso companheirismo, estímulo e presença constantes.

À colega Dr.<sup>a</sup> Valdelice Pinheiro, minha irmã de ofício, pela presença, força e apoio nas horas certas.

Às colegas enfermeiras, que mui gentilmente se disponibilizaram na realização da pesquisa.

Ao Secretário de Saúde de Fortaleza, Dr. Odorico Monteiro, às Chefes dos Distritos de saúde e Coordenadoras da Atenção Básica das SERs, às coordenadoras dos Centros de Saúde da Família que permitiram e facilitaram o acesso aos ambientes de investigação.

Aos meus pais e irmãos, sempre presentes, pelo incentivo, dedicação e apoio na busca da instrução e do conhecimento.

À Terezinha, Graça e Eveline, que com maior competência me ajudaram na condução das ações do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NUHEPI) do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana.

À minha família, marido e filhos que souberam entender as minhas ausências em momentos que lhes eram muito importantes.

## RESUMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a faixa etária da adolescência como sendo entre 10 e 19 anos e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) entre 12 e 18 anos. É uma fase da vida em que ocorrem a maturação sexual, o acirramento de conflitos familiares e a formação e cristalização de atitudes, valores e comportamentos. Lidar com essas situações exige das equipes de saúde uma abordagem integral e interdisciplinar. A política nacional de saúde do adolescente, oferece orientações básicas para nortear a implantação e/ou implementação de ações e serviços de saúde aos adolescentes e jovens de forma integral, resolutiva e participativa. Reconhece como desafio o acesso de adolescentes a serviços de qualidade, com a compreensão do significado e importância das dimensões econômica, social e cultural que permeiam a vida desse grupo. O estudo objetivou analisar as práticas de enfermeiras na promoção da saúde do adolescente, adotadas na Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando à prevenção da gravidez na adolescência. O método utilizado foi descritivo- exploratório, com abordagem qualitativa. Teve como ambiente investigativo oito Centros de Saúde da Família (CSF) do Município de Fortaleza. A população constou de enfermeiras vinculadas à ESF, cujo grupo pesquisado foi constituído por oito participantes. A técnica utilizada para a coleta de dados foi o grupo focal e, como método de análise dos dados, as práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano, tendo como recursos os mapas de associação de idéias. Os resultados das discussões foram dispostos em colunas temáticas e em categorias de análise, previamente definidas como: Concepção de saúde; Concepção de promoção da saúde e Atuação/práticas na prevenção da gravidez na adolescência. O estudo aponta como resultado que as enfermeiras concebem a saúde e a promoção da saúde entre o conceito tradicional (prevenção da doença) e o mais amplo, pautado na promoção da saúde; o planejamento das ações de promoção da saúde do adolescente na prevenção da gravidez na adolescência é feito na maioria das vezes de forma contingente e de cunho campanhista, sem privilegiar o indivíduo em sua integralidade; fragilidade na organização do sistema de referência e contra-referência; as ações intersetoriais são incipientes; há necessidade de ampliar o conhecimento, por parte das enfermeiras, sobre as políticas públicas voltadas ao adolescente. As ações de promoção da saúde permeiam a consulta de enfermagem e as atividades em grupo, ressaltando o acolhimento e a Ética como dispositivos que contribuem para promover um ambiente favorável à saúde do adolescente. Recomenda-se que as diretrizes propostas pela política de saúde do adolescente sejam fortalecidas, no âmbito municipal, de forma que proporcionem à enfermeira condições de promover ações intersetoriais e interdisciplinares de educação sexual na perspectiva de prevenção da gravidez precoce, que integrem família, escola, e comunidade, contribuindo para o exercício de uma sexualidade mais responsável e segura.

**Palavras-chaves:** Gravidez na Adolescência. Promoção da Saúde. Enfermagem.



## ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) defines the age of adolescence as being between 10 and 19 years and the Statute of the Child and Adolescent (ECA) between 12 and 18 years. It is a stage of life that occurs the sexual maturation, the fierce of family conflicts and formation and crystallization of attitudes, values and behaviors. Dealing with such situations requires of health teams an integrated approach, including the prevention of adolescent pregnancy. The national health policy for the adolescent, offers a basic guidelines to guide the implantation and / or implementation of actions and health services to adolescents and young people in integral, participatory and decisive way. Recognizes as a challenge the access of adolescents to quality services, with the understanding of the meaning and importance of economic, social and cultural fields that permeate the lives of this group. The study aimed to examine the practices of nurses in promoting health of adolescents, adopted in the Strategy of Family Health (SFH), aimed the prevention of teenage pregnancy. The method used was descriptive and exploratory, with a qualitative approach and had as investigative environment eight Family Health Centers (CSF) of the city of Fortaleza. The population consisted of nurses linked to the SFH, which the researched group consisted of eight participants. The technique used to collect data was the focus group and as a method of data analysis, the discursive practices and production of meaning in everyday life, having as resources, the maps of association of ideas. The results of the discussions were arranged in columns on topics and categories of analysis, previously defined as: Conception of health, Conception of health promotion and Practice / practices in the prevention of teenage pregnancy. The study points as a result the nurses concepts the health and health promotion between the traditional concept (prevention of the disease) and broader, based on health promotion and the planning of actions to promote the health of adolescents in the prevention of teenage pregnancy has been most often on campaigns, without focusing on the individual on its integrality; weakness in the organization of the reference and cross-reference system, the inter-sector actions are incipient, there is need to expand the knowledge, by the nurses, about public policies focused on the adolescent. The actions of health promotion permeate the nursing consultation and the activities in groups, emphasizing the reception and ethics as devices that help to foster an environment conducive to the health of adolescents. It is recommended that the guidelines proposed by the Health Policy of adolescent be strengthened, in the municipal level, in order to provide the nurse, conditions to promote inter-sector and interdisciplinary actions of sex education in the context of prevention of early pregnancy, which includes the family, school and community, contributing to the pursuit of a safer and more responsible sexuality.

**Key words:** Teenage Pregnancy. Health Promotion. Nursing.

## LISTA DE FIGURAS

- 1 - Distribuição da produção científica de Enfermagem sobre gravidez na adolescência, dos 12 artigos publicados no Scielo, segundo o ano de publicação - Fortaleza-CE, 2007..... 39
- 2 - Demonstrativo da produção científica de Enfermagem sobre gravidez na adolescência, dos 12 artigos publicados no Scielo, segundo o país de realização da pesquisa. Fortaleza – CE, 2007..... 39
- 3 - Demonstrativo da produção científica de Enfermagem sobre gravidez na adolescência, dos 12 artigos publicados no Scielo, segundo o estado de realização da pesquisa - Fortaleza-CE, 2007..... 39
- 4 - Demonstrativo da produção científica de Enfermagem sobre gravidez na adolescência, dos 12 artigos publicados no Scielo, segundo o tipo de pesquisa - Fortaleza-CE, 2007..... 40

## LISTA DE QUADROS

1- Produção científica sobre gravidez na adolescência de 2002 a 2006 .....	38
2- Periódicos de Enfermagem consultados de 2002 a 2006 .....	38
3- Características das participantes da pesquisa, Fortaleza-CE, 2008 .....	53

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn CE	- Associação Brasileira de Enfermagem- Secção do Ceará
BIREME	- Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
CAB	- Célula de Vigilância Epidemiológica
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CEMJA	- Centro de Especialidades Médica José de Alencar
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
COREN	- Conselho Regional de Enfermagem
CEVEPI	- Célula de Vigilância Epidemiológica
CPMMF	- Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna de Fortaleza
COMEPE	- Comitê de Ética em Pesquisa
CSF	- Centro de Saúde da Família
DST	- Doenças sexualmente transmissíveis
ECA	- Estatuto da Criança e Adolescente
ESF	- Estratégia Saúde da Família
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	- Ministério da Saúde
NHB	- Necessidades humanas básicas
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONG	- Organização não governamental
PSF	- Programa de Saúde da Família
SER	- Secretaria Executiva Regional
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SISPRENATAL	- Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
SISNASC	- Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SciELO	- Scientific Electronic Library Online
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SPE	- Saúde e prevenção na escola
SPT	- Saúde Para Todos
SUS	- Sistema Único de Saúde
UECE	- Universidade Estadual do Ceará

UFC - Universidade Federal do Ceará  
UTI - Unidade de Terapia Intensiva  
UNICEF - União das Nações Unidas para a Infância  
UNIFOR - Universidade de Fortaleza

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>23</b>
<b>2.1</b>	<b>Promoção da saúde: trajetória conceitual e sua inserção nas conferências de saúde</b> .....	<b>23</b>
<b>2.1.1</b>	<b>Primeira Conferência de Promoção da Saúde-Ottawa, novembro de 1986</b> .....	<b>23</b>
<b>2.2</b>	<b>Estratégia Saúde da Família</b> .....	<b>30</b>
<b>2.3</b>	<b>Políticas Públicas de Saúde para Adolescente</b> .....	<b>33</b>
<b>2.4</b>	<b>Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem</b> .....	<b>37</b>
<b>3</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>44</b>
<b>3.1</b>	<b>Características da pesquisa</b> .....	<b>44</b>
<b>3.2</b>	<b>Ambiente de investigação</b> .....	<b>44</b>
<b>3.3</b>	<b>Universo e participantes da pesquisa</b> .....	<b>45</b>
<b>3.4</b>	<b>Coleta de dados</b> .....	<b>45</b>
<b>3.5</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	<b>46</b>
<b>3.6</b>	<b>Planejamento e montagem do grupo focal</b> .....	<b>47</b>
<b>3.7</b>	<b>Estratégia de organização dos dados – práticas discursivas e produção do sentido- mapas de associação de idéias</b> .....	<b>50</b>
<b>4</b>	<b>O TECER DOS DISCURSOS E A PRODUÇÃO DOS RESULTADOS</b> ..	<b>53</b>
<b>4.1</b>	<b>Perfil demográfico e profissional</b> .....	<b>53</b>
<b>4.2</b>	<b>A produção do sentido- mapas de associação de idéias</b> .....	<b>54</b>
<b>4.3</b>	<b>Concepções de saúde</b> .....	<b>55</b>
<b>4.4</b>	<b>Concepções de promoção da saúde</b> .....	<b>58</b>
<b>4.5</b>	<b>Atuação da enfermeira na prevenção da gravidez na adolescência na perspectiva da promoção da saúde</b> .....	<b>61</b>
<b>4.5.1</b>	<b>Reorientação dos serviços de saúde</b> .....	<b>62</b>
<b>4.5.1.1</b>	<b>Planejamento da atenção ao adolescente</b> .....	<b>62</b>
<b>4.5.1.1.1</b>	<b>Consulta de enfermagem</b> .....	<b>64</b>
<b>4.5.1.1.2</b>	<b>Visita domiciliar</b> .....	<b>66</b>
<b>4.5.1.2</b>	<b>Ações intersetoriais e parcerias</b> .....	<b>67</b>

4.5.1.3	Referência e contra-referência .....	69
4.5.2	Desenvolvimento de habilidades .....	70
4.5.2.1	Grupos de adolescentes .....	71
4.5.2.2	Educação em saúde .....	73
4.5.3	Ambiente favorável a saúde .....	76
4.5.3.1	Acolhimento .....	76
4.5.3.2	Ética no atendimento de enfermagem .....	79
5	PERCEPÇÕES E PISTAS DA PESQUISADORA .....	83
	REFERÊNCIAS.....	88
	APÊNDICES.....	93
	ANEXOS.....	111

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a faixa etária da adolescência como a idade entre 10 e 19 anos e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) a conceitua o intervalo entre 12 e 18 anos. Essa é uma fase de transformação profunda no corpo, na mente e no relacionamento social do indivíduo.

A adolescência é uma etapa da vida em que ocorrem a maturação sexual, o acirramento de conflitos familiares e a formação e cristalização de atitudes, valores e comportamentos que determinarão a vida adulta. Neste período, se inicia também a cobrança de responsabilidades e definição do campo profissional.

Lidar com essa situação particular exige das equipes de saúde uma abordagem integral das necessidades de atenção, dentre elas, a gravidez na adolescência (CEARÁ, 2004a).

Na formação do adolescente, a família detém papel primordial. A educação deve começar no lar, o mais precocemente possível, antes mesmo de ingressar na escola, ser continuada durante o desenvolvimento da criança e aprimorada na adolescência. Na maioria famílias não oferece formação sobre sexualidade aos seus filhos, deixando-os aprender tudo na escola, ou muitas vezes de maneira errada causando nesses jovens preconceitos e tabus (PEREIRA, 2008).

O distanciamento, a repressão e a falta de comunicação dos pais sobre a sexualidade trazem serias implicações. Essa fase ainda é pautada por equívocos, como descreve Alves (1997, p. 84):

Adolescência, a entrada na vida reprodutiva, é marcada significativamente pelo sofrimento físico, ao descreverem a menstruação como um corte no corpo, dor e humilhação. A ignorância das pessoas com que viviam (mãe, tia, avó) não deixou que a mulher tivesse qualquer tipo de informação a respeito do corpo, nem da menarca. O silêncio sobre o assunto, assim como o medo do desconhecido e a solidão referida, definem o sofrimento afetivo das mulheres, que representa a negatividade da menstruação em suas vidas.

As informações que os jovens possuem sobre sexualidade, conhecimento do corpo e a reprodução humana são escassas e incompletas, fatos que se agravam quando se referem ao conhecimento sobre o sexo oposto. A qualidade da educação sexual, muitas vezes, é comprometida por vários aspectos, como tabus, valores e crenças. É fundamental ampliar essa discussão na escola com a inserção dos pais nesse processo (GUIMARÃES; VIEIRA; PALMEIRA, 2003).



A desinformação relativa à fisiologia da reprodução e as conseqüências das relações sexuais desprotegidas, por parte de muitos adolescentes, os expõe a riscos para sua saúde sexual e reprodutiva. A precocidade da iniciação sexual é maior entre os homens, cuja média da idade de iniciação sexual varia de 14,5 a 16,4 anos. Para as mulheres, a média oscila de 15,2 a 20,6 anos (BERQUÓ, 2000).

A gravidez na adolescência é um evento que decorre, principalmente, da não-utilização de método contraceptivo e, em menor percentagem, da utilização inadequada desses métodos (MESSINA, 1993). Estudo realizado na América Latina por Díaz e Díaz (1999) mostrou que menos de 20% dos homens e de 15% das mulheres usam algum método anticoncepcional na primeira relação. No Brasil, um estudo demonstrou que 54,5% dos adolescentes usam algum método na primeira relação sexual, sendo o preservativo masculino o mais empregado (BELO; SILVA, 2004)

Nessa circunstância, as ações de prevenção assumem papel imprescindível, devendo incluir não apenas a oferta das camisinhas feminina e masculina e os demais métodos anticoncepcionais, como também a garantia de espaço para que o adolescente possa falar de si próprio, trocar experiência e informações que favoreçam a adoção de hábitos saudáveis de vida.

É importante o acesso à informação e formação para a co-produção de conhecimento e autonomia do adolescente, no entanto, o mais importante é a capacidade de utilizar esse conhecimento num exercício crítico de interpretação, e de interferir sobre sua rede de dependência.

Nesse contexto, Taquete (2007) reflete acerca do impacto dos programas governamentais que visam à redução da gravidez na adolescência, percebendo que, mesmo com todo o investimento, parecem não estar sendo suficientes. Questiona as estratégias focadas na orientação em sexualidade e no planejamento familiar e nos precários e insuficientes investimentos sociais, educacionais e culturais, de relevância fundamental, e que poderiam resultar num maior impacto na redução da gravidez precoce.

Considera-se que a gravidez precoce provém da multicausalidade. As ações de prevenção devem considerar a perspectiva de vulnerabilidade, gênero, intersetorialidade e rede sociofamiliar, com abordagem centrada na educação sexual, transpondo o campo biomédico, considerando as subjetividades: valores, crenças, atitudes e desejos.

O Ministério da Saúde reconhece a situação, quando refere que “essa realidade multicausal revela deficiências na implantação de políticas públicas, exigindo movimento do governo e da sociedade para promover a saúde e o desenvolvimento da juventude” (BRASIL, 2006 d, p, 128).

Há diversas visões sobre a gravidez precoce do ponto de vista da adolescente, Dobrioglo (1999) e Bareiro (2003) descrevem uma diversidade de sentidos e representações nesse momento da descoberta, visões estas destacadas também por Taquete (2007), quando expressa que esse momento para algumas adolescentes representa verdadeiro “caos”, pelas implicações e mudanças com a chegada de uma criança e, para outras, a gravidez tem conotação positiva, sentem-se felizes. Nesse sentido, reforça:

As adolescentes mais pobres, parcela significativa do universo de mães adolescentes, referem ter como principal ou único sonho de vida o fato de casar e ter filhos. Cedo elas se desiludem com o futuro, ao perceberem que não lhe são garantidos as condições necessárias para alcançar outros objetivos como, por exemplo, continuar a estudar para ter uma profissão e conquistar o mercado de trabalho. (TAQUETE, 2007, p.30).

Carências econômicas, culturais, sociais, psicológicas, afetivas e de amor familiar, vividas pelo adolescente, podem induzir à busca de novos horizontes e refúgios nas drogas, violência sexual e doméstica, além da gravidez precoce.

Dadoorian (2000, p. 172), evidenciou que “a vivência de situação de carência afetiva e relacional com a família pode, também, provocar o desejo na adolescente de ter um filho, em que este aparece como objeto privilegiado, capaz de reparar essa carência”.

A gravidez na adolescência é uma situação de risco psicossocial que pode ser reconhecida como um problema para os jovens que iniciam uma família não intencionada. O problema afeta, especialmente, a biografia da juventude e sua possibilidade de elaborar um projeto de vida estável. É especialmente traumático, quando ocorre nas classes sócio economicamente desfavoráveis (BACKER; CASTRO, 2002).

Muitos são os desafios e mudanças próprias da adolescência, nas quais pode haver aumento da vulnerabilidade, decorrente de atitudes e comportamentos na vivência da sexualidade. Esse segmento populacional se encontra mais exposto

à gravidez na adolescência, às doenças sexualmente transmissíveis (DST), à Aids, ao uso de drogas, acidentes e outras formas de violência.

O interesse em desenvolver o referido estudo surgiu da nossa prática profissional como enfermeira, trabalhando na área da saúde pública desde a graduação. Ao longo dessa trajetória, acompanhamos as ações da atenção primária, em especial, as ações da saúde da mulher. Exercemos, atualmente, a função de monitora das ações e indicadores de saúde reprodutiva e sexual da equipe de coordenação da Área Técnica da Saúde da Mulher e Gênero e secretária do Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna, da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS).

Em nossas vivências, nos confrontamos com desafios, principalmente, no que concerne à implementação de ações voltadas para prevenção da gravidez precoce. Envolvida com os dados contidos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) e no Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC), deparamo-nos com elevada incidência de gravidez na adolescência em Fortaleza, ou seja, algo em torno de 20%, no ano de 2006, aumentando nosso interesse pela temática.

O Município de Fortaleza está dividido em seis unidades político-administrativas (ANEXO A), denominadas Secretarias Executivas Regionais (SER), que abrangem uma população geral estimada pelo IBGE para 2007 de 2.458.545 habitantes, da qual 871.363 são mulheres em idade fértil, 51.629 gestantes e 522.301 adolescentes, que representam 22% da população (ANEXO B).

Fortaleza dispõe, atualmente, de uma rede de serviços de atenção básica, composta por Centros de Saúde da Família (CSF), com atendimento de pré-natal e de planejamento familiar em todos os centros. Conta, hoje, com equipes de saúde da família que dão ao Município uma cobertura de PSF em torno de 50% da população<sup>1</sup>. Considerando essa conformação, percebemos, em nosso trabalho diário e pela condição de técnica da SMS, que se deve aprofundar o estudo das ações desenvolvidas junto aos adolescentes por essa rede de serviços.

A gravidez na adolescência é um problema que impõe seja tratado não somente pelo setor saúde, mas também por diferentes setores da sociedade, como

---

<sup>1</sup> Relatório de Gestão da Secretaria de Saúde de Fortaleza de 2006.

o da comunicação social, sistema educacional e outros espaços governamentais e comunitários, para que se busquem soluções com vistas a desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção desse evento, que poderá ser adiado em detrimento de se obter êxito em projetos educacionais e profissionais.

Ações de prevenção da gravidez na adolescência contempladas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Plano de Ação 2004-2007, Política de Saúde Integral de Adolescentes e Jovens, do Ministério da Saúde, e Política de Saúde para as Mulheres de Fortaleza/SMS, Plano de 2005 a 2008, trazem à tona o desafio de fornecer aos adolescentes subsídios para viver sua sexualidade de forma plena, amparada na adoção de medidas seguras de planejamento familiar, de anticoncepção ou concepção, em um contexto de promoção da saúde.

Aumentou, significativamente, nos últimos anos, a preocupação de vários setores da sociedade com relação ao fenômeno gravidez na adolescência. Autores como Coates e Sant'ana (2001) e Pinto e Silva (2001) focalizam a gravidez na adolescência como um problema social e de saúde pública. No Município de Fortaleza, em 2006, segundo o SINASC, dos 45.251 partos, 9.003, foram em adolescentes, e, destes, 473 na faixa etária de 10 a 14 anos.

Considerar a incidência da gravidez na adolescência, no Brasil, Ceará e Fortaleza, elevada ou baixa, vai depender da referência adotada. Estudo realizado pela UNICEF (2001) e por Treffers (2003) apresenta um ranking da incidência da gravidez na adolescência em Países e Continentes. A Somália apresenta-se como o país da África com maior incidência desse fenômeno, com taxa de 213 nascimentos para cada 1.000 mulheres entre 15 a 19 anos. A Coréia do Sul, na Ásia, detém a menor incidência, com taxa de 2 nascimentos para cada 1.000 mulheres, nessa mesma faixa etária. Em Fortaleza a incidência é em torno de 14 nascimentos para cada 1.000 mulheres na faixa etária de 10 a 19 anos.

Os indicadores de partos em adolescentes, segundo o Sistema de Informação de Nascido Vivos (SINASC) no Brasil, Ceará e Fortaleza, no ano de 2006, foram de 25%, 26,4% e 20%, respectivamente. A gravidez na adolescência é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade do adolescente, pelas implicações decorrentes desse evento, como o aborto, a morbidade e a mortalidade materna. O Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna de Fortaleza-

CPMMF registrou, no ano de 2006, 16 óbitos maternos; dos quais, seis foram entre adolescentes.

A gravidez na adolescência pode produzir efeitos nocivos à saúde da mãe e do concepto e contribuir para a manutenção da pobreza (PINTO E SILVA, 2001). Quando ocorre na faixa etária de 10 a 14 anos, os transtornos são ainda maiores, pois a maior parte não é planejada, sendo interrompida pelo aborto, praticado, freqüentemente, em péssimas condições técnicas e de higiene, com risco de apresentar complicações e graves seqüelas, podendo levar à morte (DÍAZ; DÍAZ, 1999).

Muitos problemas relacionados à gravidez na adolescência estão vinculados à percepção e atribuição de valores à sexualidade inadequada. Uma visão negativa ou repressora cria maior obstáculo para o acesso à informação, educação e preparação para exercer a sexualidade de uma forma prazerosa e também responsável. Parte da questão reside em como a família, a escola, as instituições religiosas e o setor saúde interpretam e intervêm nessa temática (BACKER; CASTRO, 2002).

A atuação da enfermeira, como de toda a equipe de saúde, tem suas ações centradas na tríade promoção, prevenção e assistência, sendo as duas primeiras de maior relevância no processo de cuidar/cuidado, que vai ao encontro dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Estratégia Saúde da Família e deve ser realizada de forma integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso.

As ações de promoção da saúde são consideradas de relevância para a co-responsabilidade e fortalecimento do vínculo na relação da enfermeira e adolescente e permeia, transversalmente, todas as políticas, programas e ações da saúde, com o desafio de constituir a integralidade e equidade. A promoção da saúde é definida como um processo de capacitação da população de forma a propiciar a melhoria da qualidade de vida. Significa que o indivíduo e a coletividade devem ter maior controle sobre sua saúde, por meio do desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis à saúde (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

A primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, desencadeou a reflexão dos papéis do indivíduo e da sociedade na defesa da causa da saúde, reforçando a importância da responsabilidade e direitos do indivíduo e da comunidade pela sua própria saúde, bem como a mediação entre os diversos

setores envolvidos. Apresentou cinco campos de ação para a promoção da saúde: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2002b).

No Brasil, a Constituição Federal e as Leis Orgânicas da Saúde instituíram o SUS, legitimando assim a saúde como um direito de todos. E, como estratégia de reorientação dos serviços de saúde na atenção básica, implantou a Saúde da Família pautada nos princípios e diretrizes do SUS.

Nas diretrizes básicas da Estratégia Saúde da Família, estão definidas atribuições comuns e específicas aos profissionais que integram a equipe. Para atuar na ESF espera dos integrantes da equipe que estejam preparados para, junto com a comunidade, buscarem soluções para os desafios, organizando suas atividades em torno de planejamento de ações de promoção e vigilância à saúde, por meio de um trabalho interdisciplinar com abordagem integral à família.

Nesse contexto, questiona-se sobre a atuação da enfermeira no campo da saúde sexual e reprodutiva do adolescente, como membro da equipe da saúde da família, proativa, com possibilidades de contribuir de forma significativa na promoção da saúde do adolescente, na minimização dessa problemática, tendo surgido as seguintes indagações: quais as atividades desenvolvidas pela enfermeira para prevenir a gravidez na adolescência? A enfermeira atua em consonância com os pressupostos da promoção da saúde, diretrizes do Programa Saúde da Família e da Política de Saúde para o adolescente? Ou será que o foco de sua ação, ainda, está centrado no modelo curativo tradicional?

Para responder a essas indagações, optamos pela realização do presente estudo, cujo objeto corresponde à atuação da enfermeira da ESF de Fortaleza-CE, na promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente, voltada para ações preventivas da gravidez na adolescência, expressas na projeção da pesquisa (APÊNDICE A).

Traçadas essas considerações, emergem os objetivos, a seguir delineados:

#### Objetivo Geral

- Analisar as práticas de enfermeiras na promoção da saúde do adolescente, adotadas na Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando à prevenção da gravidez na adolescência.

#### Objetivos Específicos:

- Identificar concepções de enfermeiras quanto à saúde e promoção da saúde.
- Averiguar ações desenvolvidas por enfermeiras, voltadas para a prevenção da gravidez na adolescência nos campos: reorientação dos serviços de saúde, desenvolvimento de habilidades e ambientes saudáveis.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Promoções da saúde: trajetória conceitual e sua inserção nas conferências de saúde**

As conferências de promoção da saúde constituem referencial importante na elaboração de conceitos e estratégias de promoção da saúde. Constituem também, um referencial por excelência, para a elaboração e execução de políticas públicas de saúde e pesquisas. Assim sendo, destacamos a Primeira Conferência de Promoção da Saúde, com evidência nos cinco campos de atuação propostos e estabelecendo uma correlação de sua aplicabilidade na prática profissional das enfermeiras, na atenção ao adolescente, com vistas à prevenção da gravidez precoce.

#### **2.1.1 Primeira Conferência de Promoção da Saúde-Ottawa, novembro de 1986**

A promoção da saúde, analisada no contexto histórico, é relatada por Buss (2003, p.17): “Sigerist (1946) foi um dos primeiros autores a fazer referência ao termo promoção da saúde, quando definiu as quatro tarefas essenciais à Medicina: a promoção da saúde, a prevenção da doença, a recuperação dos enfermos e a reabilitação”.

O termo promoção da saúde foi utilizado oficialmente em 1974 pelo ministro da saúde do Canadá, no Informe Lalonde, no relatório “Uma nova perspectiva sobre a saúde”, que agrupou os determinantes da saúde em quatro amplos componentes: biologia humana, o ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde. Em 1977, foi lançado pela Assembléia Mundial da Saúde um movimento denominado “Saúde Para Todos no ano 2000”, que resultou no marco histórico mais importante do movimento da saúde, a I Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 12 de setembro de 1978, em Alma-Ata, Cazaquistão (BUSS, 2003).

A declaração de Alma-Ata evidenciou vários desafios, como diminuir as desigualdades, incrementar o esforço preventivo e a capacidade das pessoas no enfrentamento dos problemas de saúde, autocuidado, ajuda mútua, solidariedade e ambientes saudáveis, considerados como direitos humanos fundamentais, porém,



para que esse direito seja garantido, são necessárias parcerias e ações intersetoriais (BRASIL, 2002b).

A Conferência possibilitou a determinação de objetivos, dentre os quais o Ministério da Saúde destaca:

Um dos principais objetivos sociais do governo, das instituições internacionais e de toda a comunidade mundial deve ser de que todos os povos do mundo atinjam um nível de saúde que lhe permita uma vida social e economicamente produtiva, tendo como meta SPT 2000 e os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social (BRASIL, 2002a, p.18).

O marco fundador do movimento de promoção da saúde no mundo aconteceu com a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, no Canadá. Esta Conferência foi acima de tudo uma resposta crescente às expectativas por uma nova saúde pública. O espírito de Alma-Ata foi transposto à carta de compromisso com a promoção da saúde, adotada em Ottawa (BRASIL, 2002b).

Como fruto das discussões na Conferência, foi elaborado um conceito de promoção da saúde, assim designado:

[...] nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação da comunidade no controle deste processo, para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, os indivíduos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades, e modificar favoravelmente o meio ambiente (BRASIL, 2002b p.19-20).

No contexto da promoção, a saúde passa a ter um conceito positivo e amplo, que enfatiza vários aspectos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, requerendo, pois, ações intersetoriais, e ultrapassa um estilo de vida saudável, na direção de uma solidariedade e bem-estar mundial. O Ministério da Saúde enfatiza que “os pré-requisitos para a saúde estão ligados diretamente a recursos fundamentais como: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (BRASIL, 2002b, p.21).

As conferências de promoção da saúde detêm papel preponderante e desencadeante de definições, atuações e avanços no campo da promoção da saúde. A abordagem de estratégias, voltadas à prevenção da gravidez na

adolescência, tem intensa relação com as cartas da promoção da saúde, principalmente com a de Ottawa, pela correlação com os campos de ação da promoção da saúde propostos, imprescindíveis para nortear o planejamento e execução de ações resolutivas e de qualidade, voltadas para o adolescente:

A Carta de Ottawa é considerada um marco para a promoção da saúde, por estabelecer as bases para um novo paradigma de saúde, formalizados nos cinco campos da promoção da saúde, dos quais resumimos alguns destaques.

**Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis** - insere a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis, no sentido de aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde. A II Conferência de Promoção da Saúde, realizada em Adelaide, Austrália, em 1988, teve por tema central as Políticas Públicas Saudáveis, tendo mantido as recomendações estabelecidas nas Conferências de Alma-Ata e Ottawa.

As políticas públicas saudáveis caracterizam-se pela formulação e execução de planos transversais de governo com interesse e preocupação explícitos em todas as áreas, em relação à saúde e à equidade. A criação de ambientes favoráveis à saúde é um propósito relevante das políticas, compreendendo não somente os ambientes físicos, mas também os sociais, e que facilitem opções saudáveis de vida para os cidadãos.

Na Declaração de Adelaide, o valor da saúde é ampliado, além de constituir um direito humano fundamental, havido como sólido investimento social e tendo como princípio básico a justiça social. Esse princípio assegura que a população tenha acesso aos meios indispensáveis para obter uma vida saudável, refletindo no aumento da produtividade da sociedade, tanto em termos sociais quanto econômicos. Equidade, acesso e desenvolvimento foram mencionados com ênfase nas implicações referidas pelo Ministério da Saúde “As iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades. Para superar as desigualdades... requer políticas que busquem incrementar o acesso a bens e serviços promotores de saúde e criar ambientes favoráveis” (BRASIL, 2002b, p.28).

A identificação do objeto de estudo com as recomendações da Declaração de Adelaide perpassa a formulação e a execução de políticas públicas saudáveis, levando em consideração as dimensões individual, familiar e comunitária, interligadas com o valor de saúde, equidade, acesso e desenvolvimento. Inclui-se a

reflexão da saúde da mulher adolescente na perspectiva de gênero, vulnerabilidade, violência e direitos sexuais e reprodutivos.

**Criação de ambientes favoráveis a saúde** - a proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais devem fazer parte de qualquer estratégia de promoção da saúde. Essa temática foi aprofundada na III Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Sundsvall, na Suécia, em 1991, cujo tema central foi a promoção de ambientes mais favoráveis à saúde, partindo da análise da situação de saúde e do meio ambiente.

A Conferência aponta para a situação de milhões de pessoas que vivem em extrema pobreza e privação, num ambiente altamente degradado, que ameaça cada vez mais a saúde, fazendo com que a meta para SPT 2000 se tornasse difícil de ser atingida. Doravante, o caminho deve ser: tornar o ambiente físico, social, econômico ou político mais propício à saúde (BRASIL, 2002b).

Considera-se, ainda, que ambiente e saúde sejam interdependentes e inseparáveis, tendo como proposta a constituição de redes de suporte social em saúde e a criação de ambientes saudáveis, visando ao bem-estar do indivíduo, família e comunidade.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b) destaca a criação de redes como estratégias de promoção da saúde. Quatro aspectos são desejáveis para a sustentação das ações: dimensão social – normas, costumes, cultura e as relações sociais; dimensão política – participação da comunidade nas decisões políticas, compromisso; com os direitos humanos e paz; dimensão econômica-desenvolvimento sustentável, emprego e salários justos; e dimensão do potencial humano - a necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento de mulheres e homens em todos os setores, para fortalecer as ações de promoção e educação em saúde nas redes de suporte sócio-sanitário, tendo como princípios básicos a busca da equidade na superação da pobreza e o respeito à biodiversidade, no gerenciamento dos recursos naturais.

A conferência de Sundsvall, em suas conclusões, ratifica o fato de que os temas de saúde, ambiente e desenvolvimento humano não podem estar separados. O desenvolvimento implica a melhoria da qualidade de vida e saúde, e, ao mesmo tempo, a preservação e na sustentabilidade do meio ambiente (BRASIL, 2002b).

**Reforço da ação comunitária** - compreendendo como o “empoderamento” da comunidade, a posse, e o controle do próprio esforço e destino, esse campo serviu como fonte norteadora para a IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Jakarta (Indonésia), em 1997, com o tema Reforço Comunitário.

Foi considerada uma Conferência inovadora, por ser realizada num país em desenvolvimento e por incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde e ensejou uma reflexão sobre a Carta de Ottawa, que, desde aquela época, serve como fonte orientadora e inspiradora para a promoção da saúde, bem como para examinar os determinantes da saúde e identificar as direções e estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI.

Nessa Conferência, é reafirmado o conceito positivo de saúde, constituído como um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico, acrescentando pré-requisitos à Carta de Ottawa, como o direito de voz das mulheres.

A promoção da saúde é investimento valioso, sendo reconhecida cada vez mais como essencial para o desenvolvimento da saúde, mediante investimento e ações. Atua nos determinantes da saúde, contribuindo para reduzir as desigualdades, iniquidades e desinformações, com vistas a aumentar as expectativas de saúde e de vida.

O século XXI traz novos desafios para a saúde, dentre os quais se destacam a pobreza, tida como a maior ameaça à saúde; e a mudança do perfil epidemiológico, com a prevalência das doenças crônicas, violências, acidentes e uso de drogas.

As estratégias de promoção da saúde são dispositivos que podem modificar esse perfil e as condições sociais, econômicas e ambientais, que determinam a saúde, como também motivar a adoção de estilo de vida saudável. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b) descreve as cinco prioridades para a promoção da saúde do século XXI, propostas na Declaração de Jacarta, a saber: promover a responsabilidade social para com a saúde (setor privado); aumentar os investimentos para fomentar a saúde; consolidar e expandir parcerias em prol da saúde; aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo; e conseguir uma infra-estrutura para a promoção da saúde.

Objetivando acelerar o progresso de promoção da saúde, foi formulada uma aliança mundial, tendo como meta as prioridades de promoção da saúde, expressas nessa Declaração. Foi proposta à OMS a assunção da liderança desse processo, e exortando as instituições públicas sociais, econômicas e educacionais, bem como as organizações não governamentais, movimentos sociais, entidades de classe e setor privado a concederem as necessárias prioridades à promoção da saúde.

A interligação do objeto de estudo com a Declaração de Jacarta insere a promoção da saúde como estratégia que contribui para o “empoderamento” dos adolescentes, promovendo, também, uma reflexão sobre as vulnerabilidades e fatores que afetam o modo de viver sua sexualidade, no âmbito biológico, psicossocial e cultural. Esse contexto destaca o meio em que vivem as adolescentes, a situação econômica de suas famílias, o acesso deles à educação, ao mercado de trabalho e a atuação dos serviços de saúde.

**Desenvolvimento de habilidades pessoais** - a promoção da saúde apóia o desenvolvimento pessoal e social mediante a divulgação de informação, Educação em Saúde e intensificação das habilidades vitais, aumentando as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre a própria saúde e o meio ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor (BRASIL, 2002b).

Nas ações de promoção da saúde é importante considerar e valorizar os saberes dos adolescentes no desenvolvimento de habilidade, identificar qual o conhecimento e atitude que já dispõe no campo sexual e reprodutivo e a partir de então, promover as intervenções de potencialidade e complementaridade.

Nesse sentido, o trabalho grupal deve ser a modalidade de escolha na promoção da saúde, por caracterizar como uma importante estratégia para trabalhar com adolescentes, pois pode torná-los mais competentes, reflexivos quanto à autonomia, às escolhas, o auto cuidado; e que essas reflexões possam dar conta do seu processo de saúde-doença, acreditando na sua capacidade. O autoconhecimento e habilidades podem ser desenvolvidos por meio do processo de capacitação dos adolescentes para adquirirem autonomia sobre sua saúde como um componente importante de sua vida.

O desenvolvimento de habilidades pessoais aumenta o poder de decisão e negociação do adolescente, para não ceder às pressões, praticando o autocuidado, tendo atitudes positivas para lidar com a sexualidade e a prática de sexo seguro.

**Reorientação do sistema de saúde** - a promoção da saúde nos serviços é responsabilidade de todos; deve ser compartilhados entre indivíduos, comunidades, grupos, profissionais da saúde, instituições e governos. A reorientação passa também pelas instituições formadoras dos profissionais de saúde, saindo do modelo biomédico, hospitalocêntrico, de especialidades, e baseado na doença, para um modelo de promoção da saúde voltado para a qualidade, intersetorialidade, parcerias e redes de apoio social e familiar.

O movimento em prol da reorientação dos serviços de saúde surge no Brasil, a partir da reforma sanitária, por meio da luta pelos direitos no campo da saúde. Toda essa luta resultou no reconhecimento da saúde como um direito do cidadão e dever do estado, expresso no artigo 196 da Constituição Federal em 1988.

Em 1990 foi instituído o SUS, um novo paradigma, com princípios e diretrizes que norteiam a reorientação de um sistema de saúde equânime e resolutivo. Os avanços na saúde tiveram impulsos significativos com a implantação do Programa Saúde da Família, como estratégia de reorientação do sistema de saúde, a partir da atenção primária, com o desafio de obter uma inversão do modelo biomédico de atenção a doença/individual, burocrático, descontínuo e fragmentado, e proporcionar maior acesso aos serviços e melhor interação e participação comunitária (CEARÁ, 2004a).

A reorientação do serviço de saúde da atenção básica, centrada na Estratégia da Saúde da Família, exige um desenho organizativo que privilegie como objeto de trabalhos, os determinantes dos modos de vida e saúde, vulnerabilidades, danos, riscos e necessidades, tendo como sujeitos a equipe de saúde e a população. A prática dos profissionais da ESF deve transcender os espaços institucionais de saúde, ampliando-se para os mais diversos órgãos governamentais ou não governamentais e grupos sociais. Nesse contexto, as ações intersetoriais são fundamentais no sentido de identificar, otimizar e

potencializar os recursos disponíveis na comunidade para as ações promoção da saúde (BRASIL, 2002b).

O novo paradigma da reorientação dos serviços de saúde passa pela academia e pela formação dos profissionais de saúde, focadas nas mudanças de atitude e de resignificação das práticas, voltadas para as necessidades do indivíduo como um ser holístico e para um trabalho em rede, tendo a atenção primária por meio da estratégia saúde da família como epicentro da rede, onde são demandadas a complementariedade da atenção para outros níveis, assegurando assim a equidade e a integralidade da atenção (CEARÀ, 2004a).

A reorientação do sistema de saúde perpassa também pelas concepções que os profissionais têm de saúde e promoção da saúde, com práticas de educação em saúde voltadas para o empoderamento dos sujeitos e pela resolubilidade e qualidade dos serviços, que deve ser acessível a toda a população, pois esse é um direito assegurado na Constituição.

## **2.2 Estratégias Saúde da Família**

A organização do Sistema de Saúde no Brasil enfrenta constantes mudanças, desde o século passado, resultantes das transformações econômicas, socioculturais e políticas por que passa a sociedade brasileira. Nessa trajetória, Carvalho, Martins e Cordoni Jr. (2006) identificam quatro tendências na política de saúde brasileira: Sanitarismo Campanhista, Transição, Modelo Médico-Assistencial Privativista e o Modelo Plural.

A forma de organização dos serviços de saúde nas três primeiras tendências restringia o acesso àqueles que pagavam a previdência social; as ações eram centradas na assistência hospitalar e curativa, e não respondiam de forma efetiva aos problemas de saúde da maioria da população. O modelo plural vigente inclui como sistema público o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição de 1988 incorporou mudanças no papel do Estado e alterou o sistema público de saúde, com a efetiva implantação do SUS. Toda a organização básica das ações e serviços de saúde, quanto aos princípios e diretrizes gerais para o funcionamento do sistema, foram norteadas pelas Leis Orgânicas da Saúde Leis 8.080 e 8.142 (BRASIL, 1990b). Conforme essa

legislação, compete ao SUS prestar assistência por meio das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral, resolutiva e equânime.

Para a garantia dos direitos à saúde, expressos na Constituição e efetivação das ações descritas nas leis orgânicas da saúde, desde a institucionalização do SUS, com princípios e diretrizes, é necessário que se priorize a organização da rede de atenção primária de saúde, de forma a minimizar os grandes problemas e a distância entre a população e os serviços de saúde.

É necessário, também, que as ações sejam desenvolvidas num conjunto de estabelecimentos de saúde, organizados numa rede regionalizada e hierarquizada, ou seja, em níveis de complexidade crescente de ações de saúde e com tecnologias adequadas em cada nível de complexidade, com fluxo de referência e contra-referência, visando ao atendimento integral da população.

A reorientação do Sistema de Saúde no Brasil encontra-se em fase de consolidação, estruturada com suporte na atenção básica, por meio de uma rede de unidades básicas de saúde. A atenção básica constitui o primeiro nível de atenção e configura-se como porta de entrada da população ao sistema de saúde; ela deve atender a uma demanda universal, de forma equânime, integral e resolutiva. Deve também ser estruturada de maneira que atenda, de forma eficiente, eficaz e efetiva as necessidades da saúde da população adscrita (BERTUSSI; OLIVEIRA; LIMA, 2006).

O Ministério da Saúde, baseado na experiência cubana e no Projeto de Saúde da Família de Quixadá-CE, criou, em 1994, o PSF como estratégia estruturante da atenção básica, com o objetivo de contribuir para a reorientação do modelo assistencial com suporte na atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, com uma nova dinâmica de atuação das unidades de saúde, com a definição de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população.

O Programa Saúde da Família é estratégia para a organização e fortalecimento da atenção básica, tendo como base a Lei nº. 8.080 e como fundamentos os princípios e diretrizes do SUS: saúde como direito, integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolubilidade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação popular. Ante a consolidação, atualmente, não se trata de um programa e sim de uma estratégia, com nova denominação-Estratégia Saúde da Família (ESF):



Como estratégia vem se consolidando também como forma eficaz e eficiente de reorientação dos serviços de saúde e fortalecimento da atenção por meio da ampliação do acesso, da qualificação, adoção de novas práticas embasadas na promoção da saúde, nos municípios que adotam essa estratégia, vem ocorrendo, comprovadamente, significativa melhora nas condições de vida e saúde da população (BRASIL, 2001, p.73).

A estratégia, constituída como porta de entrada do usuário no sistema de saúde, lida com a complexidade do cuidar, com o diagnóstico situacional do território, imprescindível para o planejamento das ações. Bertussi, Oliveira e Lima (2001, p.137) ressaltam:

[...] é preciso que a equipe conheça a realidade da população que atende organizações familiares e comunitárias, desenvolvendo um processo de planejamento a partir da realidade, para executar ações compatíveis com as necessidades [...]

Entender a saúde da família como estratégia de mudança, na concepção do Ministério da Saúde, significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas na produção social da saúde. Amplia-se a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde e aumentam os limites e suas possibilidades de atuação, requerendo desses profissionais novas habilidades (BRASIL, 2001).

Para obter melhor impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, é importante que as ações tenham por base uma equipe formada por profissionais de áreas diferentes, numa abordagem de clínica ampliada, o que é reforçado pelo Ministério da Saúde:

A ação entre diferentes disciplinas pressupõe, além das ligações tradicionais, a possibilidade de a prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas. Assim, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e para a própria comunidade, além de procedimentos tecnológicos específicos da área de saúde, a valorização dos diversos saberes e práticas contribui para uma abordagem mais integral e resolutiva. (BRASIL, 2001, p.74).

Os profissionais da ESF têm papel fundamental na promoção da saúde, devendo trabalhar de forma integrada. Neste trabalho, são definidas atribuições comuns aos profissionais que integram a equipe (ANEXO C) e atribuições específicas para cada membro. No contexto, destacam-se as atribuições da enfermeira (ANEXO D).

A prevenção da gravidez na adolescência é uma co-responsabilidade de cada componente da equipe da Saúde da Família e vai além de aprimorar a escuta, fortalecer os vínculos, garantir o acesso às informações e aos métodos anticoncepcionais. São primordiais a intersetorialidade e as ações coletivas para a promoção, desenvolvimento de atitudes e habilidades nos adolescentes para lidar com a sexualidade, aumentando seu poder de decisão para não ceder às pressões, ampliar o poder de negociação, desenvolver o autocuidado, ampliar o acesso a atividades educativas e recreativas e estimular o protagonismo.

A efetivação das ações de saúde, para a garantia da legislação, é um desafio da ESF, pela necessidade de reorientar o modelo assistencial de saúde, imprimindo nova dinâmica da atuação e de relacionamento entre serviço de saúde e a população. Para atingir isso, é preciso que a equipe conheça a realidade da população que atende organizações familiares e comunitárias, desenvolvendo um processo de planejamento com base nessa realidade para executar ações compatíveis com as necessidades.

### **2.3 Políticas públicas de saúde para adolescentes**

No Brasil, criança e adolescente são consideradas sujeitos especiais, porque são pessoas em desenvolvimento físico, moral, espiritual e social. A Carta Magna aprofunda esse assunto quando, no Artigo 227, estabelece que

É dever da família, da sociedade e do Estado, assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988, p.140).

A Lei Federal nº. 8.069, de 13 de julho de 1990, criou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com o objetivo de reaver na criança e no adolescente o direito de ser cidadão. Garante, também, o direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação das políticas públicas, e define que o SUS se responsabilize por estas ações.

O Artigo 11, do Capítulo I, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), define:

É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantido acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990a, p.4).

A III Conferência de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, no texto Direito Reprodutivo e Sexual, voltou atenção especial ao adolescente, quando destacou que as questões de saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, incluindo a gravidez não desejada, o aborto sem segurança, as DST e a aids, deverão ser resolvidas por meio da disponibilidade de serviços e aconselhamento adequado, especialmente destinado a esse grupo etário; os países devem proteger e promover o direito dos adolescentes à educação, informação e cuidados de saúde reprodutiva, e reduzir consideravelmente o número de casos de gravidez na adolescência (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994).

A política nacional para o adolescente oferece orientações básicas para nortear a implantação e/ou implementação de ações e serviços de saúde dos adolescentes e jovens de forma integral, resolutiva e participativa. Reconhece como um desafio o acesso de adolescentes a serviços de qualidade, com base em suas necessidades e com a compreensão do significado e importância das dimensões econômica, social e cultural que permeiam a vida desse grupo (BRASIL, 2005c).

Faz-se necessário que os gestores implementem políticas de saúde saudáveis com adesão do adolescente às ações de promoção da saúde, proporcionando um clima de confiança e de compromisso, voltadas para um ambiente acolhedor. Reconhecendo essas necessidades, o Ministério da Saúde faz a seguinte referência:

Vale ressaltar que quanto mais os serviços se tornem eficazes e acolhedores, mais os adolescentes irão procurá-los. O contato do adolescente com a equipe de saúde e, qualquer que seja a ação realizada deve conter o compromisso de divulgação e facilitação do acesso a todos os serviços oferecidos pela unidade. A atenção a esse grupo populacional não se limita às atividades desenvolvidas no âmbito da unidade de saúde. (BRASIL, 2005c, p.15).

É um desafio para os profissionais de saúde envolver a família no atendimento do adolescente. Os limites desse envolvimento devem ficar claros para ambos. Assim, há garantia de privacidade para o adolescente, no sentido de ser atendido sem a presença dos responsáveis, quando expressa essa intenção.

O atendimento ao adolescente deve ser norteado por princípios fundamentais da atenção, como ética, respeito, privacidade, confidencialidade e sigilo. A esse respeito, o Ministério da Saúde refere:

Esses princípios reconhecem adolescentes e jovens como sujeitos capazes de tomarem decisões de forma responsável. O atendimento, portanto, deve fortalecer sua autonomia, oferecendo apoio sem emitir juízo de valor. A viabilização desses princípios contribui para uma melhor relação cliente-profissional, favorecendo a descrição das condições de vida, dos problemas e das dúvidas. Esses mesmos princípios também ampliam a capacidade do profissional no encaminhamento das ações necessárias e favorecem o vínculo dessa clientela aos serviços. (BRASIL, 2001, p.74).

Nas questões relativas à sexualidade e anticoncepção do adolescente, o Ministério da Saúde aponta o respaldo legal, além da Constituição Federal e do ECA, ainda o Código de Ética Médica, capítulo I e IX, e ainda recomendações do Departamento de Bioética e Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo, que acentua:

Os pais ou responsáveis somente serão informados sobre o conteúdo das consultas, como por exemplo, nas questões relacionadas à sexualidade e prescrições de métodos anticoncepcionais, com o exposto consentimento do adolescente. (BRASIL, 2002a, p. 128).

Um serviço de orientação sexual e reprodutiva para adolescentes deve estar preparado para entender e atender a essas especificidades, proporcionando-lhe o direito a uma atenção eficaz e de qualidade por profissionais capacitados, dispondo de agenda mais flexível, com tempo para esclarecimento e tirar dúvidas, contribuindo para apaziguar medos e anseios, comuns nessa fase.

O atendimento de adolescentes, no que diz respeito às suas demandas no campo da sexualidade e envolvendo prescrição de anticoncepcionais, origina discussões nos aspectos legais, no entanto, a Constituição Federal de 1988, no Artigo 226, parágrafo 7, faz a seguinte referência:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituição oficial ou privada. (BRASIL, 2003, p.127).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde recomenda que os adolescentes possam utilizar qualquer método anticoncepcional, desde que não apresentem

contra-indicações, conforme critérios de elegibilidade descritos para cada método (BRASIL, 2002a).

As ações de prevenção da gravidez na adolescência, seja no âmbito nacional, estadual, distrital e municipal, devem ser voltadas para ações intersetoriais, de modo a garantir uma atenção integral e contribuir para a qualidade de vida do adolescente. Portanto, investimento no desenvolvimento humano, por meio de projetos sociais e educacionais são de relevância fundamental e podem reduzir a gravidez precoce, pela oportunidade de o adolescente estabelecer um projeto de vida, com o aumento da escolaridade e formação profissional.

A inserção dos adolescentes em projetos de desenvolvimento humano e valorização da vida possibilita a estes projetar um futuro promissor, tanto profissional como afetivo, e constitui uma forma de promoção da saúde do adolescente pautada na intersectorialidade.

Nesse contexto, alguns projetos são implementados/implantados, dentre os quais o Projovem, iniciativa do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), desenvolvido pelo Ministério da Justiça; e os Projetos Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) e Escolas Promotoras da Saúde, ambos em parceria com o Ministério da Educação. Esses projetos privilegiam as áreas de educação, esporte, lazer, cultura, saúde e cidadania.

Em 2007, foi realizada a Primeira Conferência Nacional da Juventude, com o objetivo de promover e propiciar um espaço para o diálogo entre o poder público e a sociedade sobre as perspectivas e desafios deste segmento. O relatório final contou de nove resoluções e 22 prioridades. No tema sexualidade e saúde destacam-se a prioridade de garantir os direitos sexuais e reprodutivos e ampliar projetos educativos que desenvolvam metodologias participativas sobre gravidez na adolescência, gênero, violência, promoção da saúde e vulnerabilidades (BRASIL 2007).

A política de saúde para o adolescente, baseados nas ações de promoção de saúde e vinculados ao objeto de pesquisa, traz uma reflexão de coresponsabilidade que envolve três agentes: gestores, a quem compete formular e exercer políticas públicas saudáveis; profissionais de saúde (enfermeira) que contribuem para o crescimento do indivíduo, família e comunidade no tocante a solidariedade, autonomia e consciência crítica; e usuário (adolescente), cuja

competência é aprimorar o autocuidado, a visão crítica e reflexiva, o exercício da cidadania e o protagonismo juvenil.

#### **2.4 Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem**

Para aprofundar e aprimorar o conhecimento sobre gravidez na adolescência, temática de grande amplitude, complexidade e implicações, realizamos uma pesquisa bibliográfica para identificar as tendências na produção científica de Enfermagem nos últimos cinco anos.

A pesquisa ocorreu com a busca, no banco de dados na biblioteca virtual de saúde do Centro Latinoamericano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), em junho de 2007, tendo sido selecionados, intencionalmente, no período de 2002 a 2006, quatro periódicos brasileiros e dois da América Latina indexados na *Scientific Electronic Library On-line (Scielo)*, que estão *on-line*, quais sejam: 1) *Revista Latino-Americana de Enfermagem*; 2) *Acta Paulista de Enfermagem*; 3) *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-USP*; 4) *Revista Texto e Contexto de Enfermagem*; 5) *Revista Cubana de Enfermería*; e 6) *Revista Ciencia y Enfermería*.

Foram identificados 1.472 artigos, dos quais 43 com a temática adolescente e 12 destes, contemplaram o objeto do estudo (APÊNDICE B). Os artigos selecionados foram lidos na íntegra e analisados nos aspectos quantitativos e qualitativos. Os resultados foram apresentados em quadros e gráficos.

Em termos quantitativos, os dados obtidos foram analisados descritivamente em números absolutos, dispostos em quadros, compostos das seguintes variáveis: publicação por periódico, ano de publicação, país e estado brasileiro de realização da pesquisa e tipo de estudo.

O Quadro 1 demonstra a existência de poucos artigos relacionados com o objeto de estudo, totalizando 12, representando 0,8% do conjunto de artigos e 29% do conjunto de produção com a temática adolescente.

Quadro 1 - Produção científica sobre gravidez na adolescência de 2002 a 2006

Periódicos	Nº. de títulos consultados	Nº. Artigos sobre adolescente	Nº. artigos sobre gravidez na adolescência
Produção científica	1.472	43	12
Percentual	100%	27,9%	Conjunto de artigos: 0,8% Produção sobre adolescente: 27,9%

Fonte: Base de dados do Scielo.

A *Revista Latino-Americana de Enfermagem* e a *Revista Cubana de Enfermeria* foram as de maior produção, cinco e quatro, respectivamente. Os demais periódicos trouxeram um artigo em cada uma, exceto a revista *Ciência y Enfermeria*, que neste período não trouxe publicação com o objeto de estudo, conforme explicitado no Quadro 2.

Quadro 2 - Periódicos de enfermagem consultados de 2002 a 2006

Periódico	Nº. de artigos com outras temáticas	Nº. de Artigo com adolescente	Nº. de Artigo com gravidez na adolescência
1. <i>Rev. Latino-Americana de Enfermagem</i>	497	14	5
2. <i>Acta Paulista de Enfermagem</i>	216	11	1
3. <i>Revista de Enfermagem da USP</i>	283	05	1
4. <i>Revista Texto e Contexto de Enfermagem</i>	240	06	1
5. <i>Revista Cubana de Enfermería</i>	161	04	4
6. <i>Revista Ciência y Enfermería</i>	75	03	0
Total	1.472	43	12

Fonte: Base de dados do Scielo.

A figura 1 demonstra que houve decréscimo de produção de 2002 para 2003, saindo de quatro publicações em 2003, para uma em 2002. Houve uma constante nos anos de 2004 e 2005, com dois artigos em cada ano. Em 2006, foram publicados três artigos. Os anos 2002 e 2006 foram os de maior produção com a temática gravidez na adolescência.

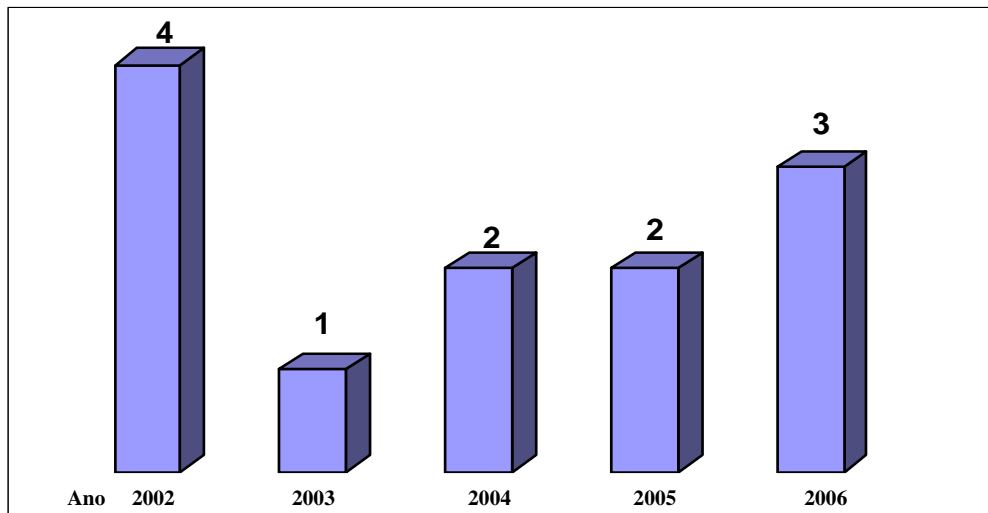
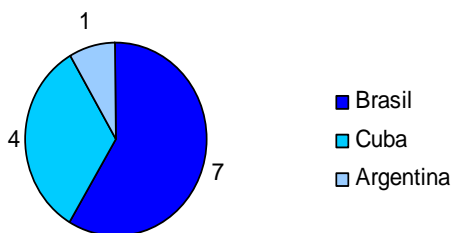


Figura 1 - Distribuição da produção científica de Enfermagem sobre gravidez na adolescência, dos 12 artigos publicados no Scielo, segundo o ano de publicação - Fortaleza-CE, 2007.

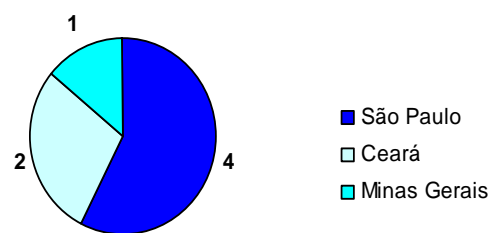
Fonte: Banco de dados de *Scielo*.

O Brasil é destaque na produção científica sobre a temática gravidez na adolescência com sete artigos, seguidos de Cuba, com quatro, e Argentina com um (Figura 2). O Estado de São Paulo aparece com o maior número, quatro publicações (Figura 3), seguido do Ceará com duas pesquisas (de pesquisadoras da Universidade Federal do Ceará). Entendemos assim a importância e o interesse da Academia cearense em estudar a interface da gravidez na adolescência e as estratégias de Educação em Saúde. Minas Gerais apareceu com uma publicação.



Figuras 2 - Demonstrativo da produção científica de Enfermagem sobre gravidez na adolescência, dos 12 artigos publicados no Scielo, segundo o país de realização da pesquisa. Fortaleza-CE, 2007.

Fonte: Base de dados do Scielo.



Figuras 3 – Demonstrativo da produção científica de enfermagem sobre gravidez na adolescência, dos 12 artigos publicados no Scielo segundo o estado de realização da pesquisa. Fortaleza-CE, 2007.

Fonte: Base de dados do Scielo.



A pesquisa qualitativa ascende ao cenário das produções científicas de Enfermagem (Figura 4), demonstrando assim o interesse dos pesquisadores em abordar os aspectos subjetivos.

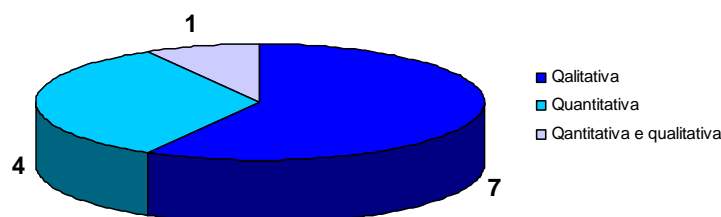


Figura 4 - Demonstrativo da produção científica de Enfermagem sobre gravidez na adolescência, dos 12 artigos publicados no Scielo, segundo o tipo de pesquisa. Fortaleza-CE, 2007.

Fonte: Base de dados de Scielo.

Em termos qualitativos, os dados foram obtidos por meio da leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa, tendo como premissas as concepções sobre a gravidez na adolescência, e estratégias de educação em saúde para a promoção da saúde do adolescente, visando à prevenção da gravidez precoce.

Nos artigos, as estratégias de educação predominantes foram: a atividade de grupo e o círculo de cultura. Os pesquisadores enfocaram a necessidade de desenvolver ações de prevenção da gravidez na adolescência, levando em consideração a perspectiva de gênero, a intersetorialidade, a rede sociofamiliar, a abordagem de educação sexual transpondo o campo biomédico, considerando as subjetividades como valores, crenças atitudes e desejos e, articuladas com a concepção de sujeito, vulnerabilidade e gênero, que serão analisadas a seguir:

### **Concepções de sujeito**

Nos doze artigos estudados, dois abordam sobre o sujeito numa visão holística, três como um ser integral e três como um ser proativo. Os demais, sem

descrição clara, citam a necessidade e a importância do diálogo dos familiares, profissionais de saúde e professores com os adolescentes.

Para que o ser humano seja considerado sujeito, deve ser posto como agente e estar no centro das ações em qualquer nível da atenção em saúde, como no cuidado, que deve ser baseado em suas necessidades, com suporte na integralidade e na diversidade, voltado também para o desenvolvimento de uma consciência crítica e da autonomia, que envolve a capacidade do sujeito de lidar com sua rede de dependência, como um processo de co-constituição de maior capacidade de compreender e agir sobre si mesmo e sobre o contexto.

O acesso às informações e à formação é importante para a co-produção de maiores coeficientes de autonomia, sendo o mais relevante é a capacidade de utilizar esse conhecimento em exercício crítico de interpretação, de interferir sobre sua rede de dependência.

### **Concepções de vulnerabilidade**

Observou-se que dos doze artigos, três usaram a terminologia vulnerabilidade, enquanto os demais empregaram a palavra risco. Os nove que grafaram esta denominação apontaram como fatores de riscos para uma gravidez na adolescência: os biológicos, a não-utilização dos anticoncepcionais, uso do álcool, de drogas, carências nutricionais e menarca precoce. Os que abordaram a vulnerabilidade dos adolescentes para uma gravidez precoce destacaram a menarca precoce, iniciação sexual precoce, conflitos familiares, fatores psico-sociais, baixa auto-estima, maus-tratos e baixa qualidade de vida, que afetam as suas Necessidades Humanas Básicas – NHB.

Na atualidade, o conceito de risco é havido como ultrapassado, pelo reducionismo da saúde, voltada para a doença e o indivíduo, responsabilizando-o pela saúde e qualidade de vida, espera como resultado a adoção de barreira à transmissão e às práticas seguras.

É importante analisar a prevenção da gravidez na adolescência tendo como perspectiva as concepções de vulnerabilidade, definida como “um conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural, cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de um grupo populacional, frente a uma determinada doença, condição ou dano” (BRASIL, 2005a, p.47).

As concepções de vulnerabilidade devem ser também ancoradas no conceito de saúde mais amplo, voltadas para as suscetibilidades populacionais, respostas sociais pela capacidade de mobilização e participação, considerando as três dimensões: a individual, a social e a programática. A dimensão individual, é voltada para os valores, crenças, desejos, atitudes, relações interpessoais, comportamento e conhecimento; a dimensão social, considera as normas sociais, referências de cultura, raça/etnia, relações entre as gerações e acesso aos mais diversos bens e serviços e a dimensão programática e institucional, dirige-se aos compromissos políticos e de governo, controle social, sustentabilidade, enfoque interdisciplinar, planejamento e execução das políticas de saúde, tendo como base os princípios do SUS ” (BRASIL, 2005).

### **Concepções de gênero**

O conceito de gênero começou a ser usado na década de 1980 por estudiosas feministas, no sentido de contribuir para melhor entendimento do que representa ser homem e ser mulher numa sociedade. O sexo diz respeito aos aspectos biológicos, macho e fêmea, as diferenças presentes no corpo, que não mudam, mas apenas se desenvolvem de acordo com os ciclos de vida.

Gênero é a representação social criada sobre o que é um homem e uma mulher. O conceito de gênero implica uma relação, uma representação social, que produzem uma distribuição desigual de poder, autoridade e prestígio entre as pessoas de acordo com o sexo; na maioria das vezes, ao que é masculino se atribui mais valor. A representação social da mulher é a procriação, cuidadora da família, frágil, amorosa; o homem é visto como o provedor, viril e forte (CAMUÇA; GOUVEIA, 2004).

A abordagem de gênero esteve presente em oito artigos, demonstrando a relevância na temática, na prevenção à gravidez na adolescência, abordados nos seguintes aspectos: responsabiliza a mãe pela educação sexual dos filhos, ausência da figura masculina na discussão da temática, ausência do parceiro e abandono ao saber da gravidez, responsabiliza a mulher pela concepção e anticoncepção, interferências nas relações e sexualidade pelo poder do homem; a união estável com o pai da criança contribui para a aceitação da gravidez precoce como um evento natural pela família e destaque ao papel reprodutivo da mulher.

Os resultados permitiram inferir que o quantitativo de artigos publicados no período de cinco anos, nos seis periódicos, comparando-se à produção com a temática do estudo, é baixo, haja vista a relevância e implicações sociais de saúde causadas por uma gravidez precoce e indesejada.

É salutar o fato de a produção científica de Enfermagem com a temática ser crescente e estudada sob diversas perspectivas e articuladas com as concepções de sujeito, vulnerabilidade e gênero. É relevante a compreensão de que muitos problemas relacionados à gravidez na adolescência são multicausais, estando vinculados à percepção e à atribuição de valores à sexualidade.

As subjetividades, como medos, atitudes, valores, crenças, tabus, desejos e preconceitos, devem ser consideradas na atenção ao adolescente. A Educação em Saúde como uma das estratégias da promoção da saúde pode contribuir de forma relevante no “empoderamento” dos adolescentes, promovendo uma reflexão de fatores que afetam a saúde sexual e reprodutiva nos aspectos socioeconômicos e culturais.

### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Características da pesquisa**

Para concretização desta pesquisa, foi escolhido o tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. Triviños (1993) considera que o foco essencial do estudo descritivo reside na intenção de conhecer a comunidade, seus traços característicos, valores e problemas. Quanto ao estudo descritivo, Vansin (1998, p. 41) assevera que “[...] descreve com exatidão os fatos e fenômenos de uma determinada realidade”, enquanto Rudio (1996) enfatiza que o caráter descritivo de um estudo está voltado para a descoberta e observação de fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los.

Quanto ao caráter exploratório, Triviños (1993) atribui a possibilidade de encontrar novos elementos que permitam, em contato direto com a população em estudo, obter os resultados pretendidos. Para Gil (2006), os estudos exploratórios possuem planejamento flexível, de modo que possibilitam levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiência prática com o problema pesquisado e, finalmente, análise de exemplos que estimulem compreensão.

A abordagem qualitativa permite a identificação das subjetividades como comportamentos e emoções e aprofundamento no mundo dos significados das ações e relações humanas, às vezes, não sendo possível quantificar. A esse respeito Minayo (2002, p.22) acentua que esse tipo de abordagem “[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

#### **3.2 Ambiente de investigação**

O estudo teve como ambiente investigativo oito centros de Saúde da Família (CSF) do Município de Fortaleza-CE, por adotarem a ESF como estratégia de organização da atenção primária, com princípios e diretrizes voltados para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, tendo como foco a família.

Portanto, o contexto é favorável ao desenvolvimento de atividades de promoção, dirigidas à saúde do adolescente.

O acesso ao ambiente de estudo ocorreu com autorização do secretário de Saúde de Fortaleza, do gerente do Distrito de Saúde de cada SER e da coordenadora de cada CSF selecionado.

### **3.3 Universo e participantes da pesquisa**

A população constou de enfermeiras vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Fortaleza. Para inclusão na pesquisa, foram definidos dois critérios: o primeiro foi desenvolver no período investigativo ações de saúde ao adolescente e, segundo, ter pelo menos um ano de atuação no Centro de Saúde da Família, no momento da pesquisa. Tais critérios foram estabelecidos por acreditarmos que esse seria o tempo suficiente para a formação de vínculos com as famílias de sua área de abrangência e, em especial, com o adolescente.

### **3.4 Coleta de dados**

A técnica utilizada para coleta de dados foi a de grupo focal, idealizada pelo sociólogo dos Estados Unidos Robert King Merton, em conjunto com os cientistas sociais Fisc e Kendal, na década de 1950. Essa técnica proporciona a obtenção de dados com profundidade em menor espaço de tempo. O grupo focal, consoante Ruediger e Riccio (2006), possibilita alto poder analítico, pela possibilidade de intervenção em tempo real no curso da análise.

Enfatizam, ainda, que, por meio dessa técnica, afloram não apenas as percepções individuais, mas também aquelas oriundas das interações do coletivo, expressas nas estruturas discursivas e na defesa ou críticas de temas e aspectos relevantes da pesquisa. Apresentam como vantagens: ser de baixo custo, ter resultados rápidos e formato flexível (permitindo que o moderador explore perguntas não previstas) e favorece ao grupo um ambiente que proporciona o equilíbrio e a fidedignidade dos dados (RUEDIGER; RICCIO, 2006).

A opção pelo grupo focal advém da sinergia obtida na técnica; a energia do grupo produz maior diversidade e profundidade das respostas, ou seja, um

esforço combinado de pessoas que produz mais informações do que simplesmente o somatório de respostas individuais (CAPLAN, 2007).

A essência do grupo focal consiste, justamente, na interação dos participantes com o pesquisador, que objetiva colher dados com base em reflexões focadas em tópicos específicos diretivos, não buscando consenso na discussão a ser empreendida, sendo as divergências de perspectivas e experiências bem-vindas (LERVOLINO; PELICIONE, 2000).

### **3.5 Aspectos éticos**

O desenvolvimento da pesquisa atendeu aos critérios éticos, e o passo inicial foi submeter o projeto à apreciação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, tendo sido aprovado, conforme Protocolo do COMEPE nº 282/07, de 31 de janeiro de 2008 (ANEXO E).

Nos encontros, as participantes foram recebidas cordialmente pela moderadora e assistentes. No primeiro momento, foram prestados os esclarecimentos quanto à garantia do anonimato e do sigilo de seus depoimentos. Com isso, poderiam sentir-se livres e seguras para externar posições francas e verdadeiras.

Portanto, o estudo preservou o rigor dos aspectos éticos, evitou desconforto e proporcionou o máximo de benefícios sem causar riscos e/ou constrangimento, conforme a Resolução 196/96, que normatiza a pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 1996). Após prestar os esclarecimentos sobre a natureza e objetivo da pesquisa, procedeu-se à leitura e, na seqüência, à espontânea concordância de participação, expressa na assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C). Em seguida foram convidadas a preencher um questionário de identificação (APÊNDICE D).

Destacamos, ainda, que, para a apresentação dos resultados, as enfermeiras foram identificadas com a letra E, e seguida de um número, que variou de 1 a 8, como forma de preservar o caráter confidencial de suas identidades.

### 3.6 Planejamento e montagem do grupo focal

No planejamento do grupo focal, a escolha das participantes ocorreu por sorteio, e compreendeu três etapas. A princípio foi feito o diagnóstico do Município de Fortaleza, com a identificação dos 19 Centros de Saúde da Família e 35 enfermeiras que atuam na atenção ao adolescente; em seguida, houve o sorteio dos centros de saúde, sendo selecionados da SER II, SER III, SER IV, SER V um de cada e SER I e SER II dois de cada que foram visitados, e, na ocasião, foi explicitado para a coordenadora o objetivo da pesquisa e com isso, a obtenção da liberação da enfermeira para participar do grupo focal. Por fim, ocorreu o sorteio da enfermeira representante da unidade, quando essa contasse mais de uma, de forma a cobrir o quantitativo de oito participantes da pesquisa. O sorteio aconteceu no Centro de Saúde na presença da coordenadora.

Após o aceite da coordenadora e a realização do sorteio, o Centro de Saúde foi novamente visitado, para contato com a enfermeira selecionada. Todas se disponibilizaram a participar da pesquisa. Com antecedência de uma semana do grupo focal, houve o retorno às unidades para entregar ofício/convite com as datas e local de realização do grupo focal. E no dia que antecedeu aos dois grupos focais, novos contatos por telefone foram efetivados.

No convite para participar da pesquisa, as enfermeiras foram informadas somente da temática central, objetivo da pesquisa, modalidade técnica (grupo focal) e o compromisso da pontualidade. A liberação do trabalho foi feita, por meio de ofício, a Coordenação do CSF. Em relação ao convite, Tanaka e Melo (2001, p.58) sugerem que

Os participantes devem ser vagamente informados sobre o tema da discussão, para que não compareçam com idéias pré estabelecidas. Quando necessário são produzidos meios que facilitem a presença dos participantes (a exemplo de cartas para que sejam liberadas no horário de trabalho) e deve-se sempre confirmar a presença por telefone um dia antes da reunião.

É recomendável que o grupo focal seja composto de 6 a 12 participantes e com um percentual de 20% de convidados a mais, para eventuais substituições em ausências inesperadas. O grupo focal foi planejado para seis participantes, mas por medida de segurança, foram convidadas oito enfermeiras.



A aplicação desse método, segundo Ruediger e Riccio (2006), exige algumas regras básicas de planejamento, que incluem ambiente físico, humano e material, conforme descrição: o local deve ser acessível, neutro (de preferência fora do ambiente de trabalho), tranquilo, silencioso, com as condições climáticas agradáveis para que os participantes fiquem à vontade, composto de uma sala com cadeiras dispostas em círculo ou com uma mesa retangular ou oval com cadeiras, possibilitando o contato visual, o olho-no-olho, considerado muito importante para motivar a participação e interação do grupo.

As sessões dos dois grupos focais aconteceram na sede da Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Ceará - por dispor das condições descritas há pouco em Ruediger e Riccio (2006).

Foram promovidas duas reuniões grupais com as mesmas participantes, por considera-los suficientes para a proposta do estudo, acontecidas em 28 março e 11 de abril de 2008, no turno da tarde. No primeiro encontro, compareceram oito participantes. No segundo, seis. Duas se desculparam, justificando suas ausências por questões emergenciais surgidas no centro de saúde, com a indispensável participação em reunião, sobre a campanha de vacinação contra influenza na Secretaria de Saúde de Fortaleza.

O tempo estimado de duração do grupo focal é de uma hora e meia, podendo ser estendido por duas horas, considerando a disponibilidade e o entusiasmo dos participantes em permanecer mais tempo (LERVOLINO; PELICIONE, 2000). Nas sessões, a duração média das discussões girou em torno de duas horas, tendo sido planejada uma hora e meia e ampliação, caso fosse sentida a necessidade. Para a própria dinâmica do grupo observamos essa necessidade pela demonstração de entusiasmo em compartilhar suas experiências. Usamos o gravador como recurso, o que permitiu o suporte para a transcrição com reprodução fiel, na íntegra, das falas.

Para conduzir o grupo focal, são necessários um moderador e, no mínimo, dois assistentes, um relator (para anotar os acontecimentos de maior interesse para a pesquisa) e um observador (para auxiliar na observação da comunicação não verbal). Complementando esse assunto, Lervolino e Pelicione (2000) reforçam a idéia de que o moderador tem o papel fundamental de garantir, por meio de uma intervenção discreta e firme, que o grupo aborde os tópicos de interesse do estudo. A primeira tarefa do moderador é apresentar-se, revelar o

assunto e a idéia da discussão. Nesse sentido, Tanaka e Melo (2001, p.57) mencionam que "o facilitador da discussão deve estabelecê-la e auxiliar na comunicação, mas não realizar entrevista do grupo".

O moderador, como sujeito facilitador do processo, é ressaltado por Gondin (2002, p.7).

A explicação das regras do grupo focal nos momentos iniciais pode ajudar na sua autonomia, são elas: só uma pessoa fala de cada vez, evitam-se discussões paralelas para que todos participem, ninguém pode dominar a discussão e todos têm o direito de dizer o que pensam.

Na condição de pesquisadora, fomos a moderadora dos dois encontros do grupo. Tivemos o cuidado, como técnica da Saúde da Mulher da SMS, em não influenciar nos posicionamentos das participantes, quer seja bloqueando ou estimulando algumas falas. Contamos com a participação de três assistentes para cada grupo, sendo uma relatora e duas observadoras, todas enfermeiras com experiência em grupo focal. Foi feita uma listagem das atribuições da moderadora, relatora e observadora, além de outras listagens que continham todos os recursos materiais a serem utilizados, nos quais foram incluído gravador, fitas e pilhas. Na fase anterior às discussões, tomamos o cuidado (moderadora e assistentes) de evitar a abordagem precoce das temáticas a serem discutidas com detalhes, para não enfraquecer a discussão.

A condução do grupo focal ocorreu com o respaldo de roteiro, contendo perguntas norteadoras, afixadas gradativamente em cavalete, com os tópicos motivadores da discussão, pautados nos campos de ação, para a promoção da saúde da Carta de Ottawa, resultante da Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, com as interfaces dos conceitos de saúde e promoção da saúde do adolescente (APÊNDICE E e F). Com relação ao roteiro para as discussões, é importante considerar o que diz Gondin (2002, p.7): "Um bom roteiro é aquele que não só permite um aprofundamento progressivo (técnica do funil), mas também a fluidez da discussão sem que o moderador precise intervir muitas vezes".

Nos dois encontros, foram explicadas as regras de funcionamento do grupo, estimulando a participação de todas. O primeiro encontro iniciou-se com as apresentações dos participantes por meio de uma dinâmica de grupo. No segundo, também foi utilizada uma dinâmica de entrosamento e motivação, após o que se deu início às discussões.

Durante as discussões dos dois grupos focais foi estimulado o aprofundamento de pontos específicos. Ao finalizar a rodada de comentários, agradecemos pela contribuição de todas, após o que foi servido um lanche. No último encontro, vivenciamos um clima de confraternização.

### **3.7 Estratégias de organização dos dados - Práticas discursivas e produção de sentido- mapas de associação de Idéias**

Polit, Beck e Hungler (2004, p.358) referem que os dados coletados durante o trabalho de campo não respondem por si às indagações da pesquisa. Eles precisam ser analisados com a finalidade de organizar, fornecer estruturar e extrair significado.

Como métodos de análise dos dados, resultantes do grupo focal, foram utilizadas as práticas discursivas a produção de sentido no cotidiano, tendo como recurso os mapas de associação de idéias. A escolha dessa técnica ocorreu pela motivação como um desafio e por corresponder à idéia preconizada por Spink(1999, p 61), que diz: “por meio dessa abordagem buscamos construir um modo de observar os fenômenos sociais que tenham foco na tensão entre a universidade e a particularidade, entre o consenso e a diversidade com vista a produzir uma ferramenta útil para transformações da ordem social”.

As práticas discursivas, como ensinam Spink e colaboradores é uma técnica de análise definida como;

[...] linguagem em ação, isto é, as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas e tem como elementos construtivos a dinâmica, ou seja, os enunciados orientados por vozes, as formas, que são os *espech genres* e os conteúdos, que são os próprios repertórios interpretativos. (SPINK 1999, p.45).

A autora reforça a noção de que os enunciados e vozes caminham juntos e ambos descrevem a interanimação dialógica, que se processa numa conversação. As vozes compreendem esses interlocutores (pessoas) presentes no diálogo e descrevem:

[...] o enunciado é, portanto o ponto de partida para a compreensão da dialogia e define como expressões (palavras e sentenças), articuladas em ações situadas, que, associados à noção de vozes, adquirem seu caráter social, as vozes compreendem o diálogos, negociações que se processam

na produção do enunciado, elas antecedem os enunciados, fazendo-se neles presentes no momento de sua produção, tendo em vista que o próprio falante é sempre o respondente em maior ou menor grau, reforça dizendo que a pessoa não existe isoladamente, pois os sentidos são construídos quando duas ou mais vozes se confrontam: quando a voz de um ouvinte (listener) responde a voz de um falante (speaker), dessa forma o pensamento é dialógico, nele habitam falantes e ouvintes que se interanimam mutuamente e orientam a produção de sentidos e enunciados". (SPINK 1999, p. 45-46).

O enunciado constitui ato de comunicação, um dos elos de uma corrente de outros enunciados, complexamente organizados, isto é, ao produzir um enunciado, o falante utiliza o sistema de linguagem e de enunciação preexistente, posicionando-se em relação a ele. Spink (1999) descreve o fato de que, no cotidiano, o sentido decorre do uso dos repertórios interpretativos de que se dispõe, compreendendo como repertórios interpretativos o conjunto de termos e descrições que demarcam o rol das possibilidades de formulações discursivas, tendo por parâmetros o contexto em que essas práticas são produzidas.

Na utilização do mapa de associação de idéias, foram determinadas três categorias gerais (APENDICE G, H e I), compreendendo essas categorias como recursos de análises, definidas antecipadamente Spink (1999, p.106) descreve que

[...] análise das práticas discursivas, com a possibilidade de entender os sentidos dos fenômenos com a análise a partir da imersão no conjunto das informações coletadas, procurando deixar aflorar os sentidos em categorias, classificações e tematizações *a priori* [...]

Na formatação do mapa (APÊNDICE I), limitamos a três campos de ação da promoção da saúde: reorientação dos serviços de saúde, desenvolvimento de habilidades e ambientes favoráveis à saúde, compreendendo que o campo das políticas públicas saudáveis é transversal e permeia os demais campos, como política pública governamental, com atuação mais ligada aos gestores; o campo de reforço à ação comunitária, por considerar que o tempo de atuação da enfermeira é ainda incipiente no território.

Há um confronto possível entre sentidos construídos na pesquisa e interpretação e aqueles decorrentes da familiarização prévia com o campo de estudo. É desse confronto inicial que emergem as categorias de análise (SPINK, 1999).

Em relação às categorias de análise, Spink (1999, p.107) ressalta:

[...] tem como objetivo sistematizar o processo de análise das práticas discursivas em busca dos aspectos formais da construção da lingüística e da dialógica implícita na produção de sentidos. Constituem instrumento de visualização que tem duplo objetivo: dar subsídio ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo.

Iniciamos a formulação dos mapas pela definição das categorias gerais, de natureza temática, que refletem, sobretudo, os objetivos da pesquisa. No primeiro momento, constituem as formas de visualização das dimensões teóricas e de organização dos conteúdos nas categorias, preservando a seqüência das falas; no segundo momento, mantivemos o diálogo intato apenas deslocando para as colunas previamente definidas.

Spink (1999) descreve a técnica de elaboração do mapa, a qual seguimos, e contém os seguintes passos: 1) utiliza-se um processador de dados, do tipo Word for Windows; 2) digita-se toda a entrevista; 3) elabora-se um quadro com o número de colunas correspondente às categorias a serem utilizadas; e 4) usam-se as funções cortar e colar para transferir o conteúdo do texto para as colunas, respeitando as seqüências do diálogo.

Na elaboração dos mapas utilizamos duas colunas nos mapas 1 e 2 (APÊNDICE G e H) e 3 colunas na subdivisão do mapa 3 (APÊNDICE J, L e M), com base na orientação que segue:

Não há um número fixo de colunas, seqüência predeterminada de categorias. É um processo de construção que está intimamente relacionado ao objeto da investigação e aos repertórios disponíveis e que a leitura vertical das colunas possibilita a leitura dos repertórios, enquanto a leitura horizontal permite a compreensão da dialogia. É quando se visualiza a dialogia e a co-construção das formas discursivas que se torna possível compreender o processo de interanimação que se faz da pesquisa uma prática social. (SPINK, 1999, p.114).

Portanto, os mapas tomam formas criativas e constituem a apresentação das entrevistas em tabelas, onde as colunas estão definidas por temáticas, sempre respeitando os objetivos propostos.

## 4 O TECER DOS DISCURSOS E A PRODUÇÃO DOS RESULTADOS

### 4.1 Perfil demográfico e profissional

Para enunciar as características das participantes da pesquisa, elaboramos o Quadro 1, que abrange os dados demográficos e profissionais, as quais foram identificadas pela letra E, seguida da numeração de 1 a 8, registrada ao final de cada citação correspondente às suas falas.

Quadro 3 – Características das participantes da pesquisa, Fortaleza-CE, 2008

Identificação	Idade	Tempo graduação	Instituição formadora	Pós-graduação	Área de pós-graduação	Tempo atuação na ESF	Tempo de atuação no CSF atual	Formação em saúde do adolescente
E1	49	20 anos	UNIFOR	Especialização	Saúde da família	9 anos	1 ano e 3 meses	Não
E2	25	3 anos	UECE	Especialização	Saúde da família (andamento)	2 anos	1 ano e 6 meses	Não
E3	29	6 anos	UFC	Especialização	UTI Saúde da família e Promoção a saúde Saúde da família e modalidade residência da ESP	1 ano e 6 meses	1 ano e 6 meses	Não
E4	28	5 anos	UFC	Especialização		4 anos	1 ano e 7 meses	Não
E5	30	10 anos	UECE	Especialização		2 anos	1 ano e 7 meses	Não
E6	34	9 anos	UFC	Especialização	Educação pedagógica na formação de técnico de enfermagem	9 anos	1 ano	Sim
E7	37	12 anos	UFC	Mestrado	Saúde Coletiva	9 anos	1 ano e 8 meses	Não
E8	30	8 anos	UNIFOR	-	-	7 anos	1 ano e 6 meses	Não

Fonte: Grupo Focal, março e abril de 2008. Elaboração própria.

Como se pode observar no Quadro 1, a pesquisa deu-se com oito participantes, todas do sexo feminino e jovens, com idade mínima de 25 anos e a máxima 49, com média de 32. O tempo em que concluíram a graduação foi de três a 20 anos, sendo que cinco têm entre dois a nove anos de formada e três de dez a 20 anos. Como se pode perceber, a maioria possui um tempo de formada inferior a dez anos.

A Universidade Federal do Ceará (UFC) aparece como a instituição com maior número de graduadas-quatro enfermeiras-seguida da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Universidade de Fortaleza (UNIFOR), com duas enfermeiras cada uma. Quanto à pós-graduação, seis enfermeiras possuem especialização, a

maioria em Saúde da Família, uma tem mestrado na área de Saúde Coletiva. Somente uma não possui pós-graduação.

O tempo médio de atuação desses profissionais na ESF é de cinco anos e meio, e entretanto, o tempo de atuação no Centro de Saúde da Família, no momento da pesquisa, está próximo de um ano e seis meses.

A maioria não possui capacitação na atenção à saúde do adolescente, haja vista que somente uma participou do Projeto Amor à Vida, promovido em parceria com a Secretaria de Educação do Estado do Ceará.

#### **4.2 A produção do sentido- os mapas de associação de idéias**

Iniciamos a análise com a imersão no conjunto de informações coletadas e a construção do sentido, com origem nas narrativas do primeiro e do segundo grupo focal; com sessões realizadas nos dias 28 de março e 11 de abril de 2008, respectivamente. As narrativas que ocorreram, com base nas práticas discursivas, foram tratadas aqui como frutos do encontro estabelecido entre a pesquisadora e participantes da pesquisa. Dessas narrativas, emergiram as concepções de saúde e de promoção da saúde, bem como as práticas das enfermeiras na prevenção da gravidez na adolescência.

Os resultados das discussões do grupo focal foram transcritos em respeito a seqüência da anunciação, dispostos em colunas temáticas e nas categorias de análise. Buscamos trabalhar o aspecto dialogal implícita na produção do sentido e o encadeamento das associações de idéias com as categorias.

As categorias foram criadas com esteio no objetivo da pesquisa, cuja análise ocorre mediante aproximação do discurso dos sujeitos com essas categorias previamente definidas, quais sejam

- Conceção de saúde
- Conceção de promoção da saúde e
- Atuação da enfermeira na prevenção da gravidez na adolescência na perspectiva da promoção da saúde
  - Subcategorias: Reorientação dos serviços de saúde
  - Desenvolvimento de habilidade
  - Ambientes favoráveis à saúde

Para maior compreensão e facilitação do processo de interpretação, cada subcategoria da categoria três foi subdividida, com base nas narrativas, com o acréscimo de duas colunas nas subcategorias: Ambientes favoráveis à saúde e Desenvolvimento de habilidade, e três colunas na subcategoria Reorientação dos serviços de saúde.

### 4.3 Concepções de saúde

A saúde constitui o bem mais precioso no desenvolvimento humano. A primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1986), na defesa de causa, considera a saúde como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, ou seja, um importante componente da qualidade de vida. Constitui também, um direito humano fundamental, descrito na seção II da Constituição Federal de 1988, Art. 196, (BRASIL, 1988, p.127) que expressa:

Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

De acordo com a OMS, a "saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença". Inúmeras críticas são feitas a esse conceito, principalmente pela subjetividade implícita em "bem-estar", pela ausência de um sujeito ativo na conquista dessa saúde e pelo caráter aparentemente estático do conceito.

Nas discussões acerca das concepções de saúde, as enfermeiras trouxeram à tona esse conceito, e relatam ser algo praticamente inexistente, elas argumentaram:

Se você for pegar ao pé da letra, eu acho que não tem um ser humano, hoje, com saúde; se você parte do princípio do completo bem estar físico, psicológico e social, então acabou, não existe, porque sempre haverá em algum momento, em alguma coisa lhe afetando (E7).

O conceito de saúde está ligado ao estado, às vezes a gente vê uma pessoa que não está biologicamente bem, tem realmente problema de saúde e ela nos parece bem ao nosso olhar. O olhar que falo, é ver se aquela pessoa está alegre, se ela está satisfeita com a situação dela; ou então entender o problema dele e saber que está vivendo suas limitações, aquilo que lhe é permitido, porque se a gente for esperar esse conceito bonitinho que a OMS nos passa, então fica difícil hoje, a nível de Brasil, a



nível de mundo, a gente ter essa perfeição, essa saúde total, que é bem holística (E3).

[...] percebe-se bem em seus aspectos integral (social, psicológico e físico) e não somente ausência de doença (E6).

A saúde não é apenas a ausência de doença e, para alcançá-la, é necessário que haja protagonismo e ação intencional por parte do sujeito que a busca. O principal pressuposto das atividades propostas aos adolescentes é a meta de torná-los co-responsáveis por sua saúde, objetivando, que passa não somente, pelo esclarecimento sobre promoção de saúde, qualidade de vida, mas também pela transformação dessas informações em conhecimento aplicável ao cotidiano.

Há diferentes formas de conceituar saúde. No estudo, verificamos que nos dois momentos do grupo focal, as enfermeiras abordaram as concepções de saúde, polarizando entre o tradicional (prevenção da doença) e o mais amplo, pautado na promoção da saúde.

O conceito tradicional (prevenção da doença) é entendido como ausência de doença e de incapacidades e vislumbra acompanhar a evolução e o retorno ao estado de não-doença. Tal asserção constitui uma concepção reducionista, baseada em ações curativas, medicamentosas e hospitalocêntrica. Nessa ótica, os determinantes da saúde são as condições biológicas, cujas ações de intervenção se acham voltadas para cada patologia. Essa visão esteve presente, ainda, no discurso da participante E5.

[...] é um equilíbrio, é a ausência de doença e condições mínimas para viver.

A concepção de saúde pautada na promoção da saúde se modifica e consolida-se ao longo do tempo, pelas contribuições e reflexões promovidas por diversos setores e eventos, como as conferências internacionais da promoção da saúde. Tais conferências trouxeram um conceito positivo e amplo, ligado à qualidade de vida e ao bem-estar global e multidimensional, em que outros componentes foram agregados como pré-requisitos para a saúde, como paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema sustentável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Isto foi suscitado nas seguintes falas:

O conceito de saúde para mim é qualidade de vida. (E1).

[...] é o bem estar associado ao equilíbrio ou qualidade nos diversos aspectos, tais como: a parte física, social, emocional. É importante que o indivíduo se perceba bem, com saúde. (E3).

[...] tem muito a ver com qualidade de vida, parece um paradoxo quando a gente trabalha lá na ponta justamente na periferia onde é muito difícil se for dentro desse contexto você encontrar um indivíduo que tenha saúde, que tenha um bom estado de vida ou que tenha alguma qualidade de vida difícil a gente encontrar. (E4).

[...] saúde eu acho que é muito mais um estado. (E7).

[...] O bem estar do adolescente, físico, e mental, é ele sentir-se bem com as mudanças que envolvem nessa fase da vida, um verdadeiro período de descoberta. (E2).

A Carta de Ottawa assevera que a saúde é, ao mesmo tempo, um direito humano fundamental e um sólido investimento social, que deve ser entendida como um processo contínuo e dinâmico de preservação da vida, que envolve outras dimensões, de forma a assegurar condições dignas de vida. Nessa dimensão social, a saúde passa a ser um processo de cidadania, ou seja, todo o cidadão tem direito à saúde, mas é igualmente responsável pela sua manutenção. Em algumas falas as enfermeiras expressam dificuldade em conceituar saúde na visão mais ampla e conjunta, estando o individual predominante, compreensão essa explicitada nos discursos:

[...] eu acredito que seja um conceito individual, tem um pouco de relacionamento com outras pessoas e contribui para a pessoa sentir-se bem. (E2).

Saúde é o indivíduo estar se sentindo bem no contexto da vida que o circunda, tanto no processo saúde-doença, quanto na família e no social. (E5).

Westphal (2006) ressalta que a dimensão social do processo saúde - doença deve incluir, em sua forma de ação, políticas públicas saudáveis e intersectorialidade, que dêem conta dos determinantes sociais, econômicos, políticos, educacionais, ambientais e culturais.

Percebemos que descrever as práticas organizadas em torno do conceito de saúde é mais fácil do que expressar a concepção de saúde, tal a complexidade que envolve. A idéia que o profissional tem de saúde influencia significativamente a sua prática, expressa por suas ações. Se o conceito de saúde é concebido como ausência de doença, suas ações serão limitadas, focadas principalmente na patologia, com estratégia única, executada somente pelos profissionais de saúde,

com abordagem direcionada e persuasiva. Ao contrário, seu cuidar/cuidado passa a ser pautado em concepções holísticas, que direcionam sua prática na perspectiva da promoção da saúde.

#### **4.4 Concepções de promoção da saúde**

O conceito de promoção da saúde evolui ao longo do tempo. Foi visto, inicialmente, por Wislow em 1920, Sigeriste em 1946, Leavell e Clark em 1965 e Paim e Teixeira em 1993, como um nível de prevenção, passando depois a ser entendido como atividades dirigidas à transformação do comportamento de risco. Nas duas visões, as orientações eram voltadas para evitar o surgimento de doenças específicas e adotavam como estratégia a divulgação da informação e recomendações normativas de mudanças de hábitos. As ações e discursos preventivos eram de cunho educativo e centrados na responsabilidade do próprio indivíduo (CZERESNIA; FREITAS, 2003; ROUQUAIRO; GOLDBAUM, 2003).

Após a Conferência de Alma Ata e Conferências de Promoção da Saúde, esse conceito ampliou-se, com a inclusão de aspectos e fatores relacionados à qualidade de vida; com as atividades voltadas à coletividade e ao meio ambiente; com estratégias mais integradas e intersetoriais; com a participação da população, desde a formulação até a sua implantação. Nesse contexto, a promoção da saúde recuper a perspectiva de relacionar saúde com as condições de vida, ressaltando vários elementos sociais.

Ao conceituar a promoção da saúde no primeiro grupo focal, quatro enfermeiras pautaram seu conceito no modelo de promoção da saúde e quatro no modelo tradicional de prevenção das doenças, como destacam as narrativas:

Para mim promoção da saúde está muito ligado a prevenção da doença[...] (E1).

Promover tem tudo haver com atitudes, com orientações ou com ajuda que faz com que uma comunidade mantém saudável dentro daquilo que ela vive. (E3).

Nesses discursos, podemos perceber que há uma associação da idéia da promoção da saúde com o modelo de Leavel e Clark, que utiliza o conceito de promoção da saúde com base na história natural e na prevenção de doenças, com três níveis: prevenção primária, secundária e terciária.

Nesse modelo, Rouquayrol e Goldbaum (2003) acentuam que a promoção da saúde está limitada ao primeiro nível de prevenção - a prevenção primária, que compreende a promoção da saúde e a prevenção das doenças. A primeira diz respeito à moradia adequada, escolas, áreas de lazer, alimentação e educação em todos os níveis. A segunda compreende as ações de imunização, saúde ocupacional, higiene pessoal e do lar, proteção contra acidentes, aconselhamento genético e controle de vetores.

O modelo tradicional de prevenção das doenças tem como centro das atenções o indivíduo doente, cuja responsabilidade pela cura da doença é de competência exclusiva do profissional. Com essa concepção, E4 nos dois encontros manteve o mesmo contexto em suas narrativas:

Promoção da saúde como o nome ta dizendo é promover; é dar um sentido... É dar uma forma de se ter saúde, a gente promovendo, a gente ta dando aquela condição aquela comunidade ou daquelas pessoas de ter saúde. (E4).

Promover é dar condição de acontecer. Quando se dá condições de informação a estes adolescentes, estamos promovendo a sua saúde. (E4).

A diferença entre os enfoques de promoção da saúde e prevenção das doenças engloba vários aspectos, que vão desde os princípios e conceitos de saúde até a execução das ações.

No enfoque da prevenção das doenças, o objetivo da atenção é evitar a doença ou enfermidade, ou seja, o indivíduo passa a ser o alvo da intervenção e é responsável pelo seu estado de saúde; atribui ao seu comportamento os fatores de risco para determinada doença. Nessa visão, o direcionamento das medidas de proteção é voltado a patologias específicas e impostas a grupos-alvos, denominados grupo de riscos. Nesse contexto, veio à tona por E8 a concepção preventivista e campanhista:

Eu acho assim pra haver promoção em relação a comunidade, a gente tem que conhecer aquela comunidade, vendo as suas necessidades e bolar estratégias de ações da promoção da saúde dependendo da carência, da realidade de cada comunidade. Isso é feito, acho que pro lado da promoção saúde, são as campanhas, né, campanhas que a gente faz, dia D de hanseníase, aplicando na comunidade, as campanhas de educação, hipertensão e diabetes a detecção de casos precoce, está muito na prevenção também, mas promoção é a gente conhecer a realidade daquela comunidade que a gente ta trabalhando, e trabalhar aquelas carências maiores.

A promoção da saúde difere da prevenção de doenças em diversos aspectos, segundo Czeresnia e Freitas (2003), pois a primeira, o modelo de intervenção é participativo, trabalha com a mobilização comunitária e tenta romper com o individualismo. Suas estratégias são diversas e complementares e direcionadas para toda a população dentro do seu contexto, com o objetivo de mudar a situação dos indivíduos e do meio ambiente. As estratégias definidas não devem ser contingentes, mas sistemáticas e inseridas em planejamento estratégico. Nesse aspecto, a enfermeira E6 destacou a relevância do planejamento nas ações de promoção:

Eu acho que são ações que a gente pode desenvolver, e com essas ações, alcançar um objetivo dentro da saúde... Você tá desenvolvendo ações com objetivo, com diferentes temas e ações específicas, organizadas, esquematizadas, planejadas com objetivos e metas, você consegue chegar na chamada promoção da saúde.

É benéfico destacar a importância da articulação entre as ações de promoção nos níveis de atenção primário, secundário e terciário e atuação intersetorial no território, como espaço de permanentes relações sociais e de pactuação. Em relação a essas pactuações, emergiu a idéia de promoção articulada com o reconhecimento do indivíduo como sujeito do processo, da seguinte forma:

Eu acho também que são ações né, que a gente vai utilizar junto ao indivíduo e comunidade ou grupo onde eles possam perceber sujeitos ativos de como eles podem manter sua saúde, ações atividades, de como podem manter sua saúde. (E5).

A promoção da saúde tem enfoque mais abrangente e busca o protagonismo para identificar e enfrentar os macrodeterminantes do processo saúde doença, de modo a transformá-los, favoravelmente, em direção à saúde. Czeresnia e Freitas (2003) reforçam a noção de que a promoção da saúde investe no exercício da cidadania com o objetivo de modificar as condições de vida, para que sejam dignas e adequadas.

No decorrer das narrativas dos dois grupos focais, percebe-se uma aproximação da idéia de promoção da saúde à maneira mais ampla, como estratégia mediadora entre pessoas e ambiente, visando a aumentar a participação dos sujeitos e da coletividade na modificação dos determinantes do processo saúde doença, como emprego, renda, educação, lazer e hábitos de vida saudáveis. A promoção desencadeia um processo para aumentar a saúde e o bem-estar, com

estratégias de transformações das condições de vida, mediadas por atividades que estimulem as potencialidades pessoais e promovam a motivação.

A promoção da saúde para mim seria uma estratégia, capaz de estimular aquele a quem você dirige o cuidado e mexer no potencial daquelas pessoas, de ser sempre mais, então, se eu quero promover a saúde para aquele adolescente, então eu quero estimular a capacidade daquele adolescente, dele ser mais cuidadoso consigo mesmo, mais responsável com as relações sexuais que ele vai ter, e mais capaz de se autocuidar, está sempre, sempre, estimulando o potencial das pessoas de ser mais, mais cuidadoso consigo mesmo, mas capaz de se autocuidar, então, todas as pessoas tem um potencial e quando você promove a saúde, você vai lá naquele potencial é como uma descarga elétrica, você pum! estimula esse potencial, e aquelas pessoas dar um salto de qualidade... sabe, sempre podemos mais, porque se você parar e pensar, nunca você deixa de promover a saúde das pessoas, por melhor que a pessoa esteja, você está querendo que ela possa, com um potencial de saúde, ser mais, está melhor, de ser mais, está melhor. (E7).

Mesmo com os discursos buscando a aproximação da promoção da saúde com a feição mais ampla, é importante destacar o fato de que as enfermeiras não expressaram elementos indispensáveis à promoção da saúde, como o “empoderamento”, a autonomia, o diálogo e a visão de mundo.

A promoção da saúde demanda inúmeras estratégias de intervenção na realidade. O planejamento das ações deve ser ancorado na vigilância à saúde e no reconhecimento da determinação social no processo saúde-doença; arrimado também, na percepção das vulnerabilidades e nas implicações das condições de vida sobre as condições de saúde da população.

#### **4.5 Atuação da enfermeira na prevenção da gravidez na adolescência na perspectiva da promoção da saúde**

Os avanços na saúde tiveram impulsos significativos no final da década de 1990. O fato que marcou tal ascensão foi a implantação do Programa Saúde da Família, surgido como estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde, sintonizada com os princípios do SUS e com novas práticas de atenção à saúde, dentre elas o atendimento clínico associado à promoção da saúde.

A possibilidade de a enfermeira atuar nessa nova prática pressupõe que, as ações devam atender a princípios humanistas, com o estabelecimento de vínculos, compromisso com a abordagem de promoção da saúde e com uma atenção humanizada à população adscrita.

Nesse contexto foram suscitadas as discussões da atuação da enfermeira, em conformidade com as categorias relacionadas aos três campos de promoção da saúde definidos no estudo, quais sejam: Reorientação dos Serviços de Saúde, Desenvolvimento de habilidades e Ambientes favoráveis à saúde.

#### **4.5.1 Reorientação dos serviços de saúde**

Durante as discussões acerca da reorientação dos serviços de saúde, o pronunciamento das enfermeiras voltou-se para o planejamento das ações de atenção ao adolescente, para as ações intersetoriais e parcerias e referências e contra-referências. Para melhor entendimento dos resultados, entretanto, definimos, no contexto do planejamento, os subitens para a associação de idéias - a consulta de enfermagem e a visita domiciliária.

##### **4.5.1.1 Planejamento da atenção ao adolescente**

A Estratégia Saúde da Família tem como princípio desenvolver o trabalho planejado por uma equipe interdisciplinar, formada por médico, enfermeira, odontólogo, auxiliar de enfermagem, técnico de higiene dental e/ou atendente dental e agente comunitário de saúde, considerando como subsídio a definição de descrição do território de abrangência, adscrição de clientela e o perfil epidemiológico.

No planejamento de trabalho da equipe da Saúde da Família, a enfermeira pode se responsabilizar e desenvolver várias atividades no sentido de promover a saúde do adolescente. A participação ativa e autônoma de adolescentes no planejamento, na execução e na avaliação das ações contribui, decisivamente, para a eficácia, resolução e impacto positivo.

As ações podem ser planejadas e desenvolvidas de várias maneiras, dentre elas a visita domiciliária, consulta individual e atividades em grupo para adolescentes e familiares. Durante as discussões, algumas inconformidades foram destacadas, como entraves no processo de planejamento, não só para a atenção aos adolescentes, mas também para a atenção à saúde, de modo geral.

Citaram a sobrecarga de trabalho como inconformidade que dificulta o planejamento, atribuindo a essa sobrecarga três fatores preponderantes: 1) o

número de famílias que extrapola o parâmetro máximo estabelecido pela ESF; 2) a equipe incompleta; e 3) a responsabilidade da equipe pelas áreas descobertas, ou seja, pelas áreas de influência do Centro de Saúde, que pelo princípio da universalidade do SUS, não pode deixar de atender e de fazer os encaminhamentos devidos. Considerando esses aspectos, duas enfermeiras emitiram as seguintes opiniões:

A nossa unidade de saúde abrange uma população de 45.000, nós somos... Só somos cinco equipes pra esse pessoal todinho. (E4).

[...] numa unidade de saúde que tem duas equipes de saúde do PSF, só tem uma completa, é a que eu trabalho. Completa com médico, enfermeira, auxiliar e quatro agentes de saúde. A outra só tem a enfermeira que está de licença maternidade. A outra área é toda descoberta, que é a equipe... que é a minha e a gente cobre essa outra área, e tem muita área descoberta. Tempo então... Nós somos sobrecarregados. (E1).

O Ministério da Saúde recomenda, como parâmetros de cobertura por equipe de Saúde da Família, a responsabilidade de, no mínimo, 2.400 pessoas e no máximo 4.500. Na realidade, as equipes se responsabilizam por um número bem maior do que o recomendado, levando à unidade de saúde uma demanda excessiva e desordenada que sobrecarrega a maior parte dos profissionais. Essa sobrecarga compromete a qualidade da atenção, como descreve E6:

[...] a gente tem saúde da família, tem várias equipes, trabalhamos de forma mais organizada... Tenho sete microáreas e tenho duas agentes de saúde, cinco microáreas descobertas, isso dificulta o meu trabalho. Tenho bom domínio naquelas áreas que tem agente de saúde, e as outras deixam muito a desejar.

Dentre os princípios norteadores da ESF, a integralidade como visão totalizadora, tanto dos indivíduos e/ou comunidade, requer uma equipe interdisciplinar. Andrade, Barreto e Fonseca (2004) ressaltam que o trabalho de várias categorias profissionais é primordial para o enfrentamento dos problemas complexos de saúde que demandam da comunidade.

Assim sendo, os vários componentes da equipe devem trabalhar em conjunto, com abordagem totalizadora, com o objetivo de promover a saúde, entendida como qualidade de vida, devendo incluir as ações voltadas para o adolescente, no planejamento das responsabilidades e atribuições comuns e específicas de cada profissional.



Manter a equipe de ESF completa é um desafio para o Município de Fortaleza, pois várias formas alternativas de contratação de pessoal já foram postas em prática. Nesse sentido, o Município assumiu a forma legal de contratação, quando realizou o concurso público para 300 equipes de ESF. Apesar desses esforços, algumas equipes continuam incompletas, repercutindo no atendimento, percepção essa presente na fala de E4, a qual considerou um desabafo:

Não tem médico suficiente, de manhã, por exemplo, só tem um médico... No caso desse acesso e o adolescente ser um grupo prioritário, da outra vez a gente tava conversando sobre isso, né? Que a gente tem diversos grupos prioritários, gestante, crianças, idosos, adolescentes, todo mundo é prioritário, então dá uma briga danada quando chega o povo na fila. E de tanto grupo prioritário, a gente fica sem saída, sem saber por onde começar... Quem é primeiro: é a gestante ou é a criança de meses que está com febre alta, ou é o idoso que tá com pico hipertensivo? Quem é? por onde a gente começa então? A questão do acesso todo mundo é igual, foi pro posto é porque tem alguma necessidade então vamos ver quem chegou primeiro e minimizar, isso a gente fala e rir, mas é muito complicado! Muito complicado! Isso dá muita confusão, é incrível!...Eu tenho dez microáreas, eu tenho dois agentes de saúde, então eu não tenho olhos e ouvidos dentro da área, né? É muito complicado.

#### **4.5.1.1.1 Consulta de enfermagem**

Independentemente da razão que leva o adolescente a procurar a consulta de enfermagem, a enfermeira deve aproveitar a oportunidade e promover a saúde, detectar, refletir e auxiliar na resolução de outras questões distintas do motivo principal da consulta. Por se encontrar em plena fase de desenvolvimento sexual, o adolescente necessita de acompanhamento profissional, não só para formá-lo sobre métodos anticoncepcionais, mas, principalmente, para orientá-lo, de forma que se conscientize da importância do conhecimento e cuidado com o corpo e das possibilidades de vivenciar a sexualidade de forma responsável.

As ações de promoção da saúde junto aos adolescentes requerem o redimensionamento das práticas da enfermeira na consulta individual, ou seja, requerem flexibilidade e bom senso, em relação ao tempo de duração dessa atividade, pois não se pode determinar o mesmo tempo para o atendimento a indivíduos com necessidades singulares.

Na consulta, a enfermeira tem a oportunidade e a responsabilidade de identificar, aprofundar e avaliar com o adolescente sua sexualidade e as implicações do sexo inseguro, dentre elas a gravidez precoce. Constitui um momento importante

de interação, considerado pelo Manual das Equipes de Saúde da Família como um exercício de comunicação interpessoal que vai além das palavras, isto é, possibilita a observação das emoções, gestos, tom de voz e expressão facial.

Nas discussões, durante o grupo focal, as participantes reforçaram a idéia de que a enfermeira aproveita esse momento para trocar informações e perceber as novas tendências desse grupo, conhecer os hábitos e valores e, até mesmo, o vocabulário utilizado. Essa questão foi referida por E2:

É mesmo na consulta individual que se pode observar as subjetividades de cada pessoas, principalmente dos adolescentes que é uma fase de descobertas uma fase de conquistas que eles acha que pode tudo, tudo ta mudando, tem que usar uma linguagem adequada, com relação a esse grupo também, que tem morou, cheio de gírias, você também tem que entrar um pouquinho no mundo deles, assim, agente tenta fazer com que seja abordado e efetivado.

Por outro lado, a logística dos insumos do planejamento familiar foi expressa como um fator que contribui para a descontinuidade da atenção ao adolescente, pela irregularidade na oferta dos métodos contraceptivos. Essa asserção foi exposta nos discursos de E1, como um desafio que reflete, diretamente, na assiduidade e continuidade do cuidado:

[...] se não tiver o insumo para distribuir ou camisinha ou o anticoncepcional, isso as vezes falta na unidade, as vezes complica até mesmo o planejamento familiar quando eles sabem que tem isso na unidade, ta lá toda semana o pessoal do planejamento familiar, a gente pega o grupo conversa orienta, quando diz acabou o comprimido acabou a camisinha, nessa semana o planejamento familiar praticamente não tem, aparece uma ou duas pessoas, há uma divulgação entre eles, ah! não tem comprimido.(E1).

[...] as vezes você começa a conversar faz aquela palestra as vezes eles saem dali, daquela reuniãozinha, a gente prescreve,vão na farmácia e não tem o insumo para eles receberem isso ai já vai caindo em descrédito né, pelos menos as informações... eles tem. (E1).

É importante fazer uma reflexão a cerca dos discursos de E1, com relação a assiduidade e seguimento das ações de saúde do adolescente, vinculado à oferta dos métodos anticoncepcionais, como também ao processo educativo ainda tratado como palestra. A atuação da enfermeira da ESF voltada para o adolescente não deve ter cunho reducionista.

As ações educativas coletivas e a consulta de enfermagem ao adolescente podem tornar-se um espaço para discussão e orientação, com lugar

reservado para as falas e questionamentos do adolescente e de sua família, um lugar propício para firmar a confiança mútua e o fortalecimento dos vínculos, com possibilidades de superar os desafios a gestão e a gerência. Esses espaços de formulação de saberes vão ao encontro das recomendações expressas na Política Nacional de Saúde Integral de Adolescentes e Jovens (BRASIL, 2005c).

#### **4.5.1.1.2 Visita domiciliária**

A Política Nacional de Saúde do Adolescente e Jovem considera a visita domiciliária como estratégia para divulgação dos serviços de saúde e de captação dos adolescentes pela ESF. A visita domiciliária constitui uma das atividades inerentes à equipe de Saúde da Família, tal ação voltada para o adolescente é de atribuição primeira do agente comunitário de saúde, seguido de outro profissional de acordo com a necessidade identificada (CEARÁ, 2004a).

A visita domiciliária apresenta inúmeras vantagens, dentre elas o conhecimento do contexto de vida do adolescente e a dinâmica de suas famílias. Visa a otimizar as oportunidades de contato da equipe de saúde com o adolescente no sentido de fortalecer os vínculos, avaliar as vulnerabilidades e identificar situações de risco, como violências, uso abusivo de drogas e evasão escolar, além de convidá-los para as atividades educativas.

O planejamento da visita domiciliária pela equipe da ESF cobre somente os grupos prioritários, deixando o adolescente à margem desse serviço, exceto quando se encontra acamado, seja por cirurgias, ou por outro agravo que necessite de alguma intervenção. Tomando por base os discursos das enfermeiras, durante a visita domiciliária ao grupo prioritário, elas referem que não aproveitam a oportunidade para interagir com o adolescente e a família presentes no momento da visita, constituindo uma oportunidade não otimizada.

A presença da equipe *in loco* é considerada de grande relevância, por ensejar o fortalecimento de vínculos entre pais e filhos, ajudar a família a enfrentar as crises do cotidiano, estimular a participação nas atividades educativas promovidas nos centros de saúde e na comunidade. As falas de E1 e E4, entretanto, apresentam algumas limitações identificadas para o desenvolvimento de tal ação:

[...] na visita domiciliar, a dificuldade é também é por conta da insuficiência de profissionais, a gente fica com o idoso acamado e não sobra tempo para

o pobre do adolescente não, é um grupo que está sem cobertura, por falta de tempo ou por falta de profissional.

O adolescente não está dentro do grupo prioritário de visita domiciliar, tem ainda o problema do carro que a quilometragem “estoura” e falta o carro para a gente fazer.

Assim sendo, a visita domiciliária é um momento propício para divulgação e facilitação do acesso do adolescente aos serviços oferecidos pelo Centro de Saúde. Trata-se de uma oportunidade ímpar que o serviço de saúde tem para refletir sobre o seu papel ante as necessidades dos adolescentes, considerando a visita domiciliária como espaço de promover e prover a saúde do adolescente no âmbito comunitário.

#### **4.5.1.2 Ações intersetoriais e parcerias**

A atenção à saúde do adolescente não deve se limitar às atividades desenvolvidas somente no âmbito do setor saúde. O Ministério da Saúde por meio da Política de Saúde do Adolescente, reconhece que nenhuma organização é capaz de, isoladamente, realizar todas as ações necessárias para assegurar a saúde e o desenvolvimento aos adolescentes. Alianças e parcerias são essenciais para a criação das condições de proteção e bem-estar e para maximização dos potenciais de todos eles.

A escola constitui ambiente favorável ao desenvolvimento humano, e se apresenta como parceira importante para o setor saúde e comunidade, no sentido de reforçar as condições necessárias para a promoção da saúde do adolescente com a inclusão de vários temas da saúde no cotidiano escolar. É um ambiente que amplia as oportunidades de acesso a atividades educativas, culturais, esportivas, de lazer e de geração de renda.

A Escola Promotora de Saúde (BRASIL, 2006b) é uma iniciativa resultante da interação dos Ministérios da Saúde e Educação, que visa a fortalecer a comunidade escolar e seu entorno como sujeito e território de produção de saúde, numa perspectiva libertadora, reflexiva, criativa e transformadora, formulando, coletivamente um saber que reflete a realidade vivenciada, servindo de referência para a constituição de sujeitos sociais que assumam o protagonismo de sua saúde e

de suas vidas. É uma parceria que buscam as equipes de ESF, para trabalhar com os adolescentes, idéia essa revelada nas falas de E4:

As escolas promotoras de saúde têm convênio da escola e posto de saúde, até a última palestra que houve na escola, foram eles que fizeram e foi exatamente sobre gravidez na adolescência na véspera do carnaval.

[...] Esses grupos promotores de saúde, o primeiro treinamento que eles tiveram foi justamente sobre protagonismo e educação sexual, DST/AIDS e sexo seguro.

O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação em 2006 apresentaram o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) (BRASIL, 2006c) como um marco na integração dos sistemas de saúde e educação e privilegia a escola como espaço para a articulação das políticas voltadas para o adolescente, mediante a participação dos sujeitos desse processo: estudantes, famílias, profissionais de educação e da saúde.

O SPE tem como objetivo central a promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva, visando a reduzir a vulnerabilidade, dentre elas, a gravidez não planejada, por meio do desenvolvimento articulado de ações no âmbito das escolas e dos centros de saúde.

O envolvimento dos pais e professores nas ações de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes de ESF é essencial para o sucesso de qualquer ação direcionada aos adolescentes pelo sinergismo advindo dessa interação, tema esse referido na afirmação de E6:

As minhas ações em relação à educação sexual são desenvolvidas na escola.

A Estratégia Saúde da Família, dentro do seu território, constitui um ambiente favorável ao desenvolvimento das potencialidades e habilidades dos adolescentes, à medida que quebra com o paradigma da onipotência e constitui novo paradigma de superação da fragmentação das ações. A Política de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006e) reforça a importância de desenvolver as parcerias pelas possibilidades de maximização dos equipamentos sociais disponíveis na comunidade (escola, centros comunitários, associação de moradores, Organização Não Governamental e outros).

#### 4.5.1.3 Referência e contra-referência

A programação dos serviços de saúde deve prever um sistema de referência e contra-referência, que assegure acesso universal e oportuno; não somente à atenção à saúde do adolescente, mas também a outros grupos, por ciclos de vida.

O sistema de referência e contra-referência é norteado pelos princípios e diretrizes do SUS, quais sejam- regionalização, hierarquização, equidade e integralidade das ações, que deverão ser executadas por todos os níveis da rede de serviços, segundo o grau de complexidade, desde a atenção básica até a especializada e organizada em um sistema de referência e contra-referência, resolutivo, equânime e de qualidade (CEARÁ, 2004b).

A atenção primária de saúde, considerada como primeiro nível de atenção, tem na Estratégia Saúde da Família a equipe de referência como entrada no sistema de saúde. Segundo o Manual das Equipes de Saúde da Família (CEARÁ, 2004a) o grau de resolubilidade da atenção primária é em torno de 80%, necessitando, assim, de uma rede de referência que aporte 20% da demanda encaminhada pela ESF. É relevante observar, que a complexidade e a resolução dos serviços estão fortemente relacionadas à composição da equipe, qualificação e integração dos seus membros, além das condições da gestão, logística e estrutura existente nesse nível de atenção.

A manutenção do vínculo entre os níveis de assistência é muito importante para a melhoria e agilidade da atenção prestada ao adolescente que necessite de encaminhamento e seguimento em um nível de maior complexidade. Como referências para o adolescente no Município de Fortaleza, foram citadas, pelas respondentes, o Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (CEMJA), Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, Hospital Albert Sabin (que possui Hebiatras) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O sistema de referência e contra-referência apresenta dificuldades organizacionais e estruturais, que implicam a resolubilidade e a integralidade das ações. Essas afirmações foram presentes nas seguintes falas:

A gente já tem a experiência... para o adolescente ser encaminhado para o CAPS, para o especialista é só mandar por escrito para o psicólogo, mas as outras referências, na verdade eu não sei como funciona, a gente não recebe a contra referencia. (E6).

[...] a contra referência não funciona, principalmente para o adolescente, a adolescente... Eu encontro facilidade somente para o CAPS AD (álcool e droga), certo? é a nossa referência, às vezes eu ligo para lá, e a moça diz, não bota pelo sistema não, manda o médico encaminhar, e vai com o encaminhamento do médico, chega lá e é atendido. Pelo menos as mães elogiam bastante que são bem atendidas no CAPS AD. (E1).

[...] quanto a referência o que a gente vai ter... no caso de DST/AIDS, a gente tem CEMJA que funciona no primeiro andar, a gente manda, manda também para o Hospital Gonzaguinha de Messejana. A contra referência não existe, só se a gente for atrás. (E3).

O sistema de referência e contra-referência apresenta desafios na comunicação, integração entre os serviços, transporte, desproporção entre a oferta e a demanda, especialmente no acesso, ocasionando fila de espera longa e estática, em algumas especialidades, com implicações e comprometimento da atenção em tempo hábil.

Na contemporaneidade, a organização dos serviços de saúde no Município de Fortaleza obedece à lógica matricial. O sistema de referência e contra-referência se encontra em fase de reorganização, com estabelecimento de redes de apoio matricial e de pactuação.

#### **4.5.2 Desenvolvimento de habilidades**

As políticas públicas de saúde, na última década, elaboram e incorporam na agenda a atenção à saúde do adolescente, não apenas pelos problemas que afligem ou que são gerados por este grupo populacional, ou pelas vulnerabilidades, mas, sobretudo, pela compreensão de ser um grupo que necessita de promoção e proteção, pelo potencial de contribuição para o desenvolvimento pessoal, familiar e comunitário, tendo em vista a energia, o espírito criativo, inovador e construtivo presente nesta fase.

A proteção necessária ao adolescente, descrita em leis, decretos e portarias, só será efetivamente garantida com a ampliação do acesso a bens e serviços, que promovam a saúde, educação e bem-estar a esse grupo, quando a família, a sociedade e os serviços de saúde entenderem o processo de adolescer. Nessa compreensão, as ações devem estar focadas no desenvolvimento de habilidades, para o exercício pleno da cidadania e do protagonismo juvenil.

Não somente a enfermeira, mas também todos os profissionais que integram a equipe de ESF necessitam ter um olhar aprofundado sobre o desenvolvimento humano, na perspectiva do curso de vida, que inclui todos os seus ciclos e que caminham além dos aspectos biológicos e de saúde-doença.

O desenvolvimento humano é um processo multidimensional, que ocorre durante todo o curso de vida, contextualizado por fatores biológicos, psicológicos, socioculturais e históricos que determinam as transformações, num equilíbrio constante entre ganhos e perdas.

O enfoque de desenvolvimento do adolescente não deve ser visto, simplesmente, como movimento de ascensão ou passagem da fase de criança à adulta, e sim como promoção do desenvolvimento de atitudes e habilidades, por meio do protagonismo juvenil e “empoderamento”. Quando esse processo é considerado e quando as suas potencialidades são estimuladas, há um fortalecimento da auto-estima, da assertividade e da construção do projeto de vida, pelas possibilidades de fazer escolhas, tomar decisão de forma consciente, ampliar o senso de responsabilidade e promover mudanças, de modo a compreender os benefícios para sua vida.

As discussões em torno dessa idéia suscitaram o destaque para a atuação da enfermeira na formação de grupos de adolescentes e para as estratégias de Educação em Saúde adotadas em suas práticas.

#### **4.5.2.1 Grupos de adolescentes**

A educação sexual abordada em grupo de adolescente, segundo Peña Borrego, Esperón e Lemus (2005) possibilita um resultado positivo, pela participação, reflexão e capacidade de entender a importância de uma vida sexual com responsabilidade e pela autodeterminação de proteção entre os pares.

O trabalho com grupo de adolescentes é uma realidade presente no cotidiano de algumas enfermeiras. No dia-a-dia de outras, por estar a equipe incompleta, não conseguem desenvolver essa atividade e enfatizaram:

[...] nós temos dois grupos, um grupo de planejamento familiar e a gente têm um grupo de adolescente, juntando os dois o grupo, até se confundem... acho que é uma forma da gente tá prevenindo a gravidez na adolescência .... ai responde a pergunta, o que a gente faz pra prevenir?... é o grupo de adolescente, também, enfocando essa parte de da gravidez na



adolescência. O grupo de planejamento familiar ficou tão grande, que a gente resolveu dividir em dois, o grupo do sol e o grupo da lua a cada 15 dias a gente tem um grupo. (E4).

[...] nós tínhamos 2 equipes, mas agora, funcionando só tem uma, o médico saiu, a enfermeira está de licença maternidade, tem uma equipe que praticamente cobre toda a área, a gente não conseguiu formar grupo de adolescente o que é que faço, eu aproveito toda a oportunidade que tiver. (E1)

O grupo mesmo formado, no momento não tem, eu já tentei, mas parece assim... que toda a vida que a gente tenta existe um empecilho, eu peço para o a gente de saúde, olha converse com os adolescentes de sua área para a gente fazer um grupo, discutir os temas e tudo, eu pergunto, e aí já combinou o dia o horário, ah! doutora é um pouco difícil, eles estudam de manhã, outros a tarde, e eles não vão querer outro horário[...] (E5).

A estratégia de trabalhar com grupos de adolescente facilita a abordagem de temas, que carecem de reflexão em relação ao projeto de vida, relações familiares e sociais, questões de gênero e desenvolvimento da auto-estima e maturidade emocional. Favorece, também, o trabalho de orientação e de educação, ante as vulnerabilidades e prevenção de DST/AIDS, uso de drogas, gravidez precoce, violência, abandono escolar e autocuidado. Esse trabalho, ainda, facilita a integração no serviço e auxilia os adolescentes nas dificuldades do cotidiano, desde a troca de experiências, de apoio e segurança, em compartilhar com outros adolescentes as mesmas dificuldades (BRASIL 2005c).

O trabalho de orientação e de educação na promoção da saúde dos adolescentes nos centros de Saúde da Família foi destacado nos discursos a seguir:

[...] então como é que acontece, a cada 15 dias, é escolhido previamente o tema, na primeira eles elencaram os assuntos, e primeiro assunto que saiu foi justamente a gravidez na adolescência, porque eles tinham justamente no grupo deles, tinha uma adolescente de 15 anos, que estava grávida, era uma que freqüentava o grupo também. (E3).

[...] eles mesmos foram elencando os temas... eles pediram para falar sobre DST/AIDS e prevenção, eles foram vendo a necessidade... no primeiro dia foi muito difícil pra gente, eles saíam e entravam varias vezes, agora a gente já conseguiu pegar o grupo, é eles quem querem saber. E com relação as oficinas, a gente monta as oficinas ou faz a palestra, mas tem que ser uma coisa dinâmica participativa, se for só a gente falando... bla, bla, bla, ele não prestam atenção, se a gente não levar algo em troca como a colega vem falando, tipo o preservativo, o contraceptivo para evitar eles irem até o posto, irem buscar, ótimo um lanchinho eles adoram, mas eu deixo uma tarefa para eles, e eles me dão a tarefa da nova proposta. (E2).

[...] a gente faz esse trabalho a cada 15 dias com o tema que eles elencam ... eles falam muito do social. (E3).

[... a gente trabalha gravidez na adolescência dentro do grupo de gestante e no planejamento familiar. (E3).

Promover grupos de adolescentes é um caminho para o desenvolvimento de atitudes e habilidades, por constituir um espaço acolhedor, uma forma privilegiada de convivência com outros adolescentes; por propiciar o desenvolvimento de atitudes de respeito, solidariedade, desinibição; além de favorecer maior reflexão sobre os assuntos discutidos, facilitando o entendimento, troca de experiências, mudanças comportamentais, comunicação, negociação e promoção de saúde.

#### 4.5.2.2 Educação em saúde

A Educação em Saúde é um campo abrangente, para o qual convergem várias concepções, tanto das áreas da educação, quanto da saúde. Na área da saúde, durante muito tempo, a Educação em Saúde foi associada a procedimentos didáticos de transmissão de conhecimento, produzida e veiculada nos serviços de saúde, e eram inspiradas em manuais que continham diretrizes governamentais. As ações eram voltadas para o controle e tratamento das doenças preveníveis, com orientações e recomendações pontuais e descontextualizadas em relação à realidade do indivíduo. Durante o grupo focal, as enfermeiras consideraram essa metodologia ultrapassada e ineficaz, apesar de ainda ser adotada por alguns profissionais da saúde:

[...] quando a gente vai fazer educação em saúde, se for uma coisa formal, ah! vocês vão com aqueles álbuns seriados, pode ter certeza da evasão, eles vão escapular rapidinho, então como eu faço... a gente chega num grupinho aqui, como a gente tá aqui, todo mundo sentado, como é na prevenção, eu começo logo com as orientações da prevenção, aí vão puxando, puxando, entra anticoncepcional de emergência, já entra é tudo, vão fazendo pergunta, e a gente ver... o tempo da gente é curto, porque tem gente esperando pra gente atender, e elas querem saber...sabe... aí eu digo, gente, depois a gente volta. (E1).

[...] lá esse ano e meio que a gente passou trabalhando foi com DST/AIDS é um assunto que puxa outros assuntos, a questão da educação sexual... quando você trabalha com palestra esse método não é tão eficaz, ele não permite uma discussão, ele só joga informação, e a gente trabalhou dessa forma assim, nesse momento da palestra eles fazem perguntas esse *feedback* fica um pouco prejudicado. (E6).

[...] a gente tem de DST, são os próprios órgãos e até, genitais expostos com as doenças que é muito bom como eles chocam como ele é chocantes aquelas figuras são chocantes até para um adulto que diria para um adolescente que não vai querer nunca ficar igual aquela figura [...] (E4).

[...] tem uma colega que diz eu gosto é do tratamento de choque que ele dá certo, mostrar as figuras e apavorar logo todo mundo e eles ter cuidado consigo mesmo. (E4).

A metodologia denominada tratamento de choque referida por E4 deve ser descartada, considerando ser anti-educativa, não contribuir para a aprendizagem, além de proporcionar o distanciamento dos adolescentes do Centro de Saúde.

Na atualidade, a Educação em Saúde, sob o olhar de Barroso, Vieira e Varela (2003) passa a ser vista, como um dos pilares da idéia da promoção humana. Essa nova perspectiva, associada à da promoção da saúde, torna-se mais ampla, quando se consideram a capacitação e a qualificação de pessoas, tendo como resposta a ampliação do conhecimento, o desenvolvimento de habilidades e a formação de uma consciência crítica.

Essa visão vem se ampliando, com a inclusão de aspectos e fatores determinantes e condicionantes, relacionados à qualidade de vida, e voltados para a coletividade e para o ecossistema. Nesse contexto, as autoras referem que a Educação em Saúde expressa o encontro entre serviço e clientela, na superação da fragmentação, e integra novamente o ser humano em toda a sua dimensão.

A prevenção da gravidez precoce envolve, dentre outros aspectos, um horizonte mais amplo - questões relacionadas ao ser adolescente; e, num sentido mais específico - aspectos ligados à sexualidade (BRASIL, 2005c).

Gomes, Fonseca e Veiga (2002) referem que, diante da complexidade, as ações educativas devem ampliar o debate transpondo o campo biomédico, tentando compreender as subjetividades, as múltiplas implicações e o processo vivenciado na adolescência, ante essa prevenção. É nesse sentido que a E4 fala da sua atuação:

[...] a gente esclarece tanto sobre o próprio planejamento, o direito que ela tem em planejar a gravidez, planejar a família, de ter e praticar o sexo com liberdade mais também com proteção, é escolha, e ai unindo na nossa unidade de saúde, unindo lá os dois grupos. (E4).

Nesse aspecto, e, corroborando os escritos de Cabrera e Rodriguez (2005) e Martinez e Ferriane (2004), a enfermeira deve promover Educação em Saúde para adolescentes, com um olhar diferenciado, pela ampliação das vulnerabilidades e pelos riscos socioeconômicos e culturais destes jovens,

considerando que a maioria pertence às famílias com nível de escolaridade baixo e com dificuldades de acesso à informação. Considerando o contexto, o Município de Fortaleza adotou a estratégia de lotar as equipes do PSF em áreas com o índice de desenvolvimento humano baixo, denominadas áreas de risco.

O processo educativo na promoção da saúde do adolescente deve ser sistemático e pode colaborar para a tomada de decisão, tanto individual quanto coletivamente, na perspectiva de uma vida saudável. Significa dizer que a Educação em Saúde deve promover, por um lado, o senso de identidade individual, a dignidade e a responsabilidade e, por outro, a solidariedade e a responsabilidade comunitária.

As ações de Educação em Saúde devem ser instigantes, criativas, motivadoras e inovadoras, capazes de estimular o adolescente a participar do processo educativo. Devem contar com todas as opções e recursos disponíveis na comunidade. A respeito desta asserção, uma das participantes relatou que usa os diferentes recursos disponíveis, conforme descrito no discurso a seguir:

[...] eles tem uma rádio na escola, eles tem um jornalzinho, a gente faz entrevista para o jornalzinho, conseguimos cd com jingle, que eles colocam para rodar nessa rádio. (E4).

Na atenção ao adolescente, é imprescindível considerar a família como fonte de informação acerca da sexualidade. Estimular a abordagem desse tema com os pais e membros familiares amplia o diálogo entre pessoas que conversam sobre sexo, com implicações favoráveis de desmistificações, quebra de tabus e juízo de valor.

Borges, Nichiata e Schor (2006) acentuam que, quanto mais o adolescente participar de programas de orientação sexual e tiver oportunidade de conversar sobre esse assunto, melhores são os resultados, em termos de adesão às medidas de proteção, ante uma gravidez precoce. Portanto, as enfermeiras reafirmaram que aproveitam todas as oportunidades para tratar sobre este tema, como percebemos nas seguintes falas:

Como eu havia falado antes, a gente aproveita todas as oportunidades na unidade [...] (E1).

A gente geralmente quer dizer, aproveita muito quando vai fazer uma prevenção, um planejamento familiar, as vezes lá na unidade está virando moda assim, um colega um amigo ou uma amiga que já conversou com a gente diz, oh! eu trouxe ele aqui para conversar, ele está precisando, seja

por um motivo de DST, seja por um motivo de planejamento familiar, então isso corre muito boca a boca[...] (E5).

A concepção de saúde e promoção da saúde, como um novo paradigma fundamenta a estratégia de educação em saúde, propiciando melhor reflexão, planejamento, implementação e avaliação das atividades educativas, não só das enfermeiras, como também de toda a equipe da ESF e demais profissionais, que utilizam a Educação em Saúde como ferramenta de trabalho.

É fundamental intensificar as ações educativas, em particular, sobre a sexualidade e a prevenção da gravidez precoce, por meio de grupos de adolescentes e de conversações diretas com os jovens e a comunidade, a fim de reduzir este fenômeno e, conseqüentemente, contribuir para a promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente (FERNANDES; SOUSA; BARROSO, 2004).

#### **4.5.3 Ambientes favoráveis à saúde**

Ambiente favorável à saúde não pode ser compreendido apenas na dimensão do espaço físico, mas como locus social, profissional e de relações interpessoais, em que estão envolvidos os aspectos psicológicos, culturais, subjetividade e simbolismo. É nesse ambiente multidimensional que a enfermeira atua, devendo proporcionar ao adolescente uma atenção acolhedora, ética, resolutiva e humana.

Nas discussões dos grupos focais, as enfermeiras destacaram como ambiente favorável à saúde do adolescente aquele lugar acolhedor e ético, os quais destacamos:

##### **4.5.3.1 Acolhimento**

O acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários (MERHY; CAMPOS; CECÍLIO, 1994). O encontro entre esses sujeitos acontece num espaço intercessor no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, com origem no que se constituem vínculos e compromissos norteadores dos projetos de intervenção. Esse espaço permite que o trabalhador use de sua principal tecnologia, o saber, tratando o

usuário como sujeito portador e criador de direitos, onde o controle do sofrimento ou a produção de saúde é o objetivo da intervenção (MERHY et al, 1997).

Norteadas pelos princípios do SUS, as equipes de ESF têm o ofício de promover a vida, numa relação mediadora das tecnologias geradas pelas ciências e pelo conhecimento popular. A co-produção de saúde resulta do encontro entre os sujeitos- gestores, trabalhadores e cidadãos e constitui grande desafio, pela necessidade dessa relação ser pautada no respeito, na solidariedade, responsabilidade, compromisso e ajuda mútua, princípios esses essenciais na promoção da saúde do adolescente.

Nas ações voltadas para o adolescente, a visão holística é imprescindível, pois o adolescente precisa ser compreendido e acolhido na sua integralidade e complexidade, tendo a escuta qualificada como um requisito fundamental para essa relação acolhedora, fortalecendo, assim, o vínculo de confiança que deve ser pautado nos princípios éticos do sigilo, da privacidade e do respeito. Essa idéia, no entanto, não se coaduna com o que percebemos, nos relatos das enfermeiras, acerca do acolhimento.

[...] a gente faz o acolhimento em relação a livre demanda quem chega, a gente faz o acolhimento, encaminha para determinada... depende da equipe, do profissional, seja ela de adolescente ou não, assim questão específica do adolescente em relação ao acesso e acolhimento, a gente não tem. (E2).

[...] a gente oferece o dia de atendimento do adolescente, diz que pode procurar que todos os dias têm acolhimento é só marcar, se não quiser ir é só mandar uma pessoas, quando não querem se expor, manda uma pessoa para ajudar, e só vem no dia marcado, essa abertura a gente oferece. (E6).

Vale ressaltar que, quanto mais os serviços se tornam eficazes e acolhedores, mais os adolescentes irão procurá-los. É importante criar e/ou adaptar ambientes onde o adolescente de ambos os sexos, se ache à vontade.

É relevante atentar para alguns fatores que prejudicam a acessibilidade aos serviços, tais como: dificuldade para agendar consultas, falta de privacidade e confiabilidade, falta de material e insumos, falta de flexibilidade para atender fora dos horários agendados. Alguns mecanismos de facilitação do acesso do adolescente aos serviços de saúde foram citados nos discurso apresentados.

[...] ficou pactuado lá, esses adolescentes da escola... somos as enfermeiras deles, não tem, não tem obstáculo, o dia de marcação de consulta é diferenciado, eles tem acesso a unidade para falar com a gente a

hora que eles quiserem... , com essa abertura, as vezes eles chegam [...] (E8).

[...] eles tem passagem livre pelo posto. (E3).

O acolhimento com classificação de risco é uma forma de enfrentar os desafios impostos pela organização atual do sistema de saúde, priorizando o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS. Trata-se de uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo na produção da saúde (BRASIL, 2006a).

Com essa compreensão, o acolhimento deve ser apreendido como um processo de trabalho na saúde, presente em todas as relações, desde a entrada até a saída do usuário, de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde, adotando uma atitude capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários, compreensão essa adotada e referida por E4:

[...] na questão do acolhimento é... já até por conta do posso ajudar, que é um programa muito interessante, todo mundo que chega a unidade é acolhido de certa forma, é acolhido e sai de lá com uma resposta, até mesmo que essa resposta seja um não, mas sai de lá com uma resposta, ou justificativa, por que não está sendo atendido naquele dia, porque está sendo agendado para uma data futura, porque não tem aquela medicação ou porque. (E4).

A Prefeitura de Fortaleza instituiu em 2006 o projeto Assistente de Apoio à Gestão, conhecido como “Posso Ajudar”, com o objetivo de contribuir no acolhimento, arrimado na orientação à população, de forma a exercer e ampliar os seus direitos de cidadania, utilizando-se bem dos serviços prestados pelo sistema municipal de saúde; além de facilitar e apressar o acesso dos usuários aos serviços de saúde e buscar soluções para as diferentes necessidades da população no que concerne às possibilidades de atendimento de forma equânime, resolutiva e humanizada. As enfermeiras reconheceram a contribuição do “Posso Ajudar” no processo de acolhimento, quando falaram:

[...] mas o pessoal da recepção e todos os profissionais da unidade, são orientados a verificar o que está acontecendo, o que levou aquela pessoa a unidade, uma das pessoas que tem um papel importantíssimo na nossa unidade é a moça do posso ajudar, ela é assim fantástica, porque ela conversa, quer saber, se não tem vaga naquele momento, mas qual é o problema, vamos conversar com a enfermeira, ver o que pode ser feito (E5).

O acolhimento é realizado também com ajuda do posso ajudar, que leva para as enfermeiras, para a nossa sala, então, assim, quando eles chegam, quando é adolescente grávida, chega rindo, né, chega às vezes junto com colega, então já é encaminhado para a sala da gente, e feito o acolhimento individual, às vezes quer que a colega escute, então escuta, e é atendida junto com a colega, do jeito que preferir. (E3).

O acolhimento como estratégia do processo de trabalho não pode ter uma concepção reducionista, pois expressa a comunicação inicial estabelecida na relação entre usuário e profissional e não se limita à recepção da demanda espontânea. Percebe-se, portanto, que o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma posição capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários.

#### **4.5.3.2 Ética no atendimento de enfermagem**

Na Resolução 240/00, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que dispõe sobre o Código de Ética de Enfermagem, nos princípios fundamentais dispostos no capítulo I, está escrito que “a enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais”.

Assim como o Código de Ética de Enfermagem, o Código de Ética Médica, o ECA e o Código Penal seguem o mesmo entendimento e resguardam o direito a esses princípios, quando expressamente determinam o respeito, o sigilo profissional e a confidencialidade, independentemente da idade do cliente, prevendo sua quebra apenas nos casos de riscos de vida ou, em outros riscos, relevantes para o próprio indivíduo ou para terceiros.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem leva em consideração, prioritariamente, a necessidade e o direito de assistência de Enfermagem à população (COREN, 2002). Com tal consideração, denota-se que o profissional enfermeiro esteja habilitado a prestar assistência à saúde sexual e reprodutiva do indivíduo, em conformidade com a política de saúde vigente.

O Plano de Ação da Conferência Mundial de População e Desenvolvimento, no Cairo, em 1994, que introduziu na normativa internacional o



conceito de direitos reprodutivos, também inseriu os adolescentes como sujeitos que deverão ser obsequiados pelas normas, programas e políticas públicas.

O Ministério da Saúde lançou em 2005, o Marco Legal da Saúde do Adolescente (BRASIL, 2005b), onde ressalta que a ONU realizou, em 1999, revisão e avaliação da implementação do Programa Cairo 5, avançando nos direitos dos jovens. Na revisão do documento, deixou de ser incluído o direito dos pais sobre os adolescentes, a garantia do direito dos adolescentes à privacidade, ao sigilo, ao consentimento informado, à educação, inclusive sexual no currículo escolar, à informação e assistência à saúde reprodutiva.

Em 2003, o Comitê de Direitos da Criança traçou recomendações específicas sobre o direito à saúde dos adolescentes “Recomendação Geral nº 4”. Grande parte da recomendação refere-se à saúde sexual e reprodutiva dos jovens, demonstrando preocupação internacional sobre o tema, que possui relação direta com o desenvolvimento.

Nesse sentido, a recomendação assevera que “garantir direitos ao adolescente, (menores de 18 anos), nos serviços de saúde, independente da anuência de seus responsáveis [...]” (BRASIL, 2005 b, p. 47) se revela como prerrogativa para a melhoria da qualidade da atenção ao adolescente. A garantia desse direito é uma busca constante nos serviços de saúde, como descreve E2:

A gente já faz uma escuta qualificada, individual, que realmente acontece caso que a mãe traz a menina e traz a sua filha e chega pra gente dizendo que aconteceu isso, isso, isso, a gente tenta fazer com que a mãe espere do lado de fora e que a gente possa ter uma conversa com a adolescente pra ela falar dos problemas dela, já houve caso da mãe esperar do lado de fora e quando a filha sair, ela entrar para saber o acontecido, seja na prevenção, saber se a filha é virgem ou não é, se tava com alguma doença ou se não tava, se tava com aquele rapaz ou se não tava, se ta grávida [...]

A relação da enfermeira, bem como de todos os profissionais de saúde com o adolescente deve ser regida pelos princípios éticos, que vão além dos aspectos do sigilo e confidencialidade; de forma a assegurar também, o respeito do direito à preservação da autonomia, e seu acesso aos serviços, independentemente da anuência ou da presença de seus responsáveis. Os conflitos éticos no atendimento aos adolescentes estão presentes no cotidiano das equipes de ESF, apresentando como mais rotineira a questão do sigilo e confidencialidade na consulta, relatado assim:

[...] as vezes a mãe vem para conversar com a gente querendo que a gente converse com a filha achando que ela por estar envolvida com alguém que usa droga, que já tem conversado. Olha eu vou conversar com ela mas a senhora fique sabendo, que o que vou conversar com ela, só diz respeito a mim e a ela nada vou contar a senhora não posso dizer a senhora, não posso dizer. (E6).

O ECA prevê, expressamente, que a condição de pessoa em desenvolvimento não retira do adolescente o direito à inviolabilidade da integridade física, moral e psíquica, abrangendo a identidade, autonomia, valores e idéias, o direito de opinião e expressão, de buscar refúgio, auxílio e orientação.

Considerando a importância que a família tem na formação e educação do adolescente, é fundamental que a equipe busque sempre encorajar o adolescente a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas, já que os pais ou responsáveis têm a obrigação legal de proteção e orientação. Revelar ou não, aos pais, o conteúdo da consulta é uma decisão a ser tomada juntamente com o adolescente. Considerando o contexto, percebemos no relato seguinte, que a enfermeira procura garantir esse direito.

Na questão da ética, como as meninas falaram existe aquela mãe bisbilhoteira quer saber da vida da filha e tudo, mas a gente sempre procura lá na unidade... a gente pergunta você permite que adulto fique com você ou você quer ser consultado sozinho? é uma decisão sua, se você acha que sua mãe pode escutar nossa conversa deixa ela dentro do consultório, se não, se você prefere que ela fique do lado de fora ou durante a prevenção ou durante o planejamento, você pede e ela tem que se retirar. (E4).

A atuação da Enfermeira, baseada no Código de Ética de Enfermagem, respalda as formas de agir nas diversas situações apresentadas durante o atendimento ao adolescente. A adoção desses preceitos encoraja os rapazes e as moças a procurarem ajuda, quando necessária, além de se sentirem resguardados em sua privacidade, como relatam as enfermeiras:

Eu queria que tu fosse pegar camisinha pra mim, porque eu estou com vergonha, e tem um pessoal conhecido lá na fila, depois vão ficar falando. Eu digo, ah! não acredito não, eu digo, fica aqui na minha sala; eu pego a carteirinha de estudante, eu mesmo vou na farmácia pego e digo assim, olha, aqui é livre, aqui é sigiloso. (E8).

Em termo de ética a gente conversa muito com o pessoal da unidade, são pessoas que trabalham na unidade e moram na área, e muitas vezes a gente tenta evitar exatamente o fuxico da própria unidade, porque é uma coisa que as vezes afasta realmente eles de lá. (E5).

A prática de Enfermagem é um processo em formação, alicerçado no conhecimento, atitude e habilidade das relações interpessoais e na legislação de Enfermagem, que reúnem normas e princípios, pertinentes à conduta ética profissional. Essa idéia vem ao encontro da Resolução COFEN/240/00, ao descrever que “o aprimoramento do comportamento ético do profissional passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional, configurado pelas responsabilidades do plano das relações de trabalho [...]” (COREN, 2002, p. 32).

Compreendemos que a práxis da Enfermagem, ao ser pautada em princípios éticos, pode proporcionar um ambiente favorável à promoção da saúde do adolescente.

## 5 PERCEPÇÕES E PISTAS DA PESQUISADORA

Cada vez mais, nos dias correntes, a saúde do adolescente e a gravidez precoce constituem um tema oportuno, pertinente, que enseja bastante interesse e proporciona debate. Isso decorre não só dos aspectos biológicos e epidemiológicos que definem o perfil de saúde desse grupo, mas, acima de tudo, pela ampliação do conceito de saúde e concepções da promoção da saúde, vinculados à qualidade de vida, aliados ao enfoque dos direitos sexuais e reprodutivos, gênero, violência doméstica e sexual e protagonismo juvenil.

A concepção que o profissional tem de saúde e promoção da saúde influencia significativamente a sua prática e é efetivada por meio de suas ações. O conceito de saúde e de promoção da saúde, mais amplo, como qualidade de vida, direciona a atuação da enfermeira de modo a desenvolver uma visão aprimorada do contexto socioeconômico e cultural do adolescente, como também conhecer, compreender e considerar os fatores determinantes e condicionantes como indicadores que ampliam ou reduzem as vulnerabilidades deste grupo. Todos esses aspectos possibilitam a aproximação dos saberes com sua prática na saúde da família, voltadas às perspectivas da promoção da saúde do adolescente.

Durante a seleção das enfermeiras que participariam deste estudo, verificamos que poucos são os centros de Saúde da Família no Município de Fortaleza que desenvolvem ações voltadas a promoção da saúde do adolescente. Percebemos, ainda, que os centros que realizam esse trabalho junto aos adolescentes o fazem de forma incipiente, cuja justificativa foi atribuída ao tempo de funcionamento da ESF (pouco mais de um ano) e à sobrecarga de trabalho. Esta sobrecarga é consequência da fase atual de organização da demanda, da responsabilidade que as equipes têm pelas áreas de abrangência e influência, bem como por usuários de outras áreas e pelo fato de algumas equipes se encontrarem incompletas.

Convém registrar que as enfermeiras, ao falarem de suas concepções e experiências em relação ao desenvolvimento de ações que promovam a saúde do adolescente, aos poucos, revelam aspectos que podem servir de pistas para se (re) pensar estratégias de promoção da saúde para esse grupo populacional.

Com base nos discursos, constatamos que as concepções sobre saúde, evidenciadas pelas enfermeiras, perpassam ora pelo modelo biomédico de

prevenção das doenças, ora pela promoção da saúde, apregoada pela Carta de Ottawa.

Destacamos que, no primeiro grupo focal, as concepções de promoção da saúde estavam mais ligadas ao modelo tradicional, ações restritas ao setor saúde, focado na cura e na prevenção das doenças, bem como o significado da promoção da saúde atribuída ao primeiro nível de atenção, seguido da prevenção, assistência e reabilitação.

No segundo grupo, essas concepções foram ampliadas, aproximando o conceito de promoção da saúde de qualidade de vida, em que foram consideradas várias dimensões e contexto, incluindo também o enfoque em ações interdisciplinares e intersetoriais.

Uma vez discutidas as concepções de saúde e de promoção da saúde, foi possível fazer uma articulação com as práticas das enfermeiras na atenção ao adolescente, com vistas à promoção da saúde e com as ações direcionadas à prevenção da gravidez na adolescência.

Apesar dos esforços despendidos pelas participantes do estudo, podemos perceber que há poucas ações de promoção da saúde voltadas à prevenção da gravidez na adolescência definidas, projetadas especificamente para este segmento, mesmo havendo um leque de políticas norteadoras nesse sentido. O que se registram são ações pontuais, comuns às mulheres em idade fértil e às gestantes, com pouca inclusão de adolescente do sexo masculino.

No que concerne ao planejamento das ações de promoção da saúde do adolescente, elaborado em alguns centros de saúde, este é feito de forma contigêncial e de cunho campanhista, sem privilegiar o adolescente em sua integralidade, e, na maioria das vezes, atende às demandas provenientes das secretarias executivas regionais e da Secretaria Municipal de Saúde, e, raramente realizam avaliação do trabalho.

Outro aspecto observado foi o fato de que o protocolo e fluxograma dos atendimentos específicos para o adolescente se encontram em elaboração. As enfermeiras enfrentam dificuldades em relação ao desconhecimento das referências nas diversas especialidades. Além do mais, a marcação de consulta vigente no sistema municipal de saúde apresenta uma demanda superior à oferta dos serviços, ocasionando uma longa fila de espera virtual.

Evidenciamos o fato de que, dentre as especialidades, a saúde mental constitui uma das referências de maior resolubilidade, apesar dos encaminhamentos, na maioria das vezes, serem feitos informalmente (por ligações telefônicas e solicitações por escrito). Portanto, vemos a organização da referência e contra-referência como uma fragilidade, pois constituem um grande desafio a ser superado pelo Sistema Municipal de Saúde.

Os discursos nos revelam que as ações intersetoriais são incipientes, apesar de as equipes estarem na área há mais de ano. Não obstante, a escola é vista como parceira no desenvolvimento de projetos que unem a educação e a saúde, pela própria estrutura física, pelas políticas públicas de saúde e por constituir espaço que alberga os adolescentes.

O conhecimento das enfermeiras acerca das políticas públicas e da Política Nacional de Saúde do Adolescente necessita ser ampliado. Até mesmo o Manual da Saúde do Adolescente e Jovem do MS, que norteia as orientações para a organização dos serviços de saúde é desconhecido da maioria das profissionais. O acolhimento e a Ética, no entanto, foram destacados como dispositivos utilizados para promover um ambiente favorável à saúde do adolescente.

No tocante à promoção da saúde do adolescente, esta é trabalhada de forma individual, na consulta de Enfermagem, e coletivamente nos grupos de adolescentes. Algumas enfermeiras, todavia acreditam ser o grupo de adolescente, um espaço criativo, interativo e oportuno para tratar de vários aspectos sobre a sexualidade, a prevenção das DST/HIV/AIDS e da gravidez precoce.

Vale ressaltar que o processo de trabalho dos enfermeiros da estratégia saúde da família na atenção ao adolescente, voltado para as promoções de saúde preconizadas na Carta de Ottawa, perpassa pelas prioridades do projeto de governo, pela agenda de saúde, pelas condições de trabalho, pela logística de insumos e educação permanente em saúde. Condições essas que estão sob a governabilidade, responsabilidade e compromisso da gestão e gerência do sistema municipal de saúde.

Compreendemos que a prevenção da gravidez precoce é uma luta que deve ser assumida por gestores, profissionais de saúde, academia e sociedade. A atenção primária engloba maior competência nesse aspecto, pela própria dinâmica de responsabilidade nas ações de promoção da saúde, atribuídas às equipes de Saúde da Família.

Nesse contexto, a enfermeira desempenha relevante papel na equipe e deve promover ações interdisciplinares de educação sexual que integrem família, escola, e comunidade, despertando no adolescente o interesse pelo conhecimento do próprio corpo, contribuindo para o exercício de uma sexualidade mais responsável e segura.

Importa acrescentar que, no início deste trabalho, sobrevieram algumas dificuldades, que limitaram, em parte, a pesquisa, principalmente em relação ao reduzido número de centros de saúde que desenvolvem ações de promoção da saúde, junto ao adolescente.

Outra limitação da pesquisa foi o fato de as enfermeiras, durante as discussões no grupo focal, trazerem à tona outros assuntos referentes à sua prática, além de justificativas pessoais de não desenvolverem as ações de promoção da saúde do adolescente, conforme recomendação da Política de Saúde do Adolescente. Isso nos levou, a cada momento, solicitar que o grupo retomasse as temáticas lançadas em discussão. Esse posicionamento, contudo, não trouxe prejuízo para o resultado da pesquisa, pois as respostas obtidas durante os dois encontros constituíram informações exitosas para o alcance dos objetivos propostos.

Esperamos que este estudo possa contribuir para a área de saúde coletiva, para o trabalho das enfermeiras na atenção básica; inclusive subsidiar a implementação das políticas públicas de saúde para o adolescente do Município de Fortaleza. Pois acreditamos que os resultados sirvam para reflexões da prática, fundamentada em princípios científicos e também na visão crítica da realidade. Tudo isso nos instiga a buscar mais descobertas e aprimorar o cuidar/cuidado do adolescente, na perspectiva da promoção da saúde.

Ademais, o tema em foco não se encerra com esta pesquisa, pois o aprofundamento nos diversos aspectos que permeiam a temática- prevenção da gravidez na adolescência, atuação da enfermeira na perspectiva da promoção da saúde, pode ser feito de maneira mais específica, com origem no presente estudo.

Reportamo-nos, ainda, a algumas recomendações que, sobremaneira, auxiliarão na feitura de agendas que vislumbrem a promoção da saúde do adolescente. Quais sejam:

- que os centros de saúde realizem estudos para identificar, na área de abrangência, fatores protetores e vulnerabilidades sociais, econômicas

e culturais dos adolescentes, e avaliar fatores determinantes que levam à gravidez precoce;

- que utilizem os indicadores de saúde do adolescente como um dos subsídios para o planejamento das ações voltadas a esse grupo;
- que as enfermeiras da ESF estejam em educação permanente, com vistas a aprimorar sua prática na atenção ao adolescente;
- Que o serviço seja reorganizado de forma a atender o adolescente, sem barreiras que prejudiquem o acesso aos diferentes serviços, com flexibilidade de horário, considerando as necessidades do adolescente;
- que a formação de grupos de adolescentes seja priorizada como espaço de valorização e assessoramento para o autocuidado, reforçando os fatores de proteção ao sexo seguro;
- que a dinâmica da atenção ao adolescente seja discutida e aperfeiçoada, por meio de uma abordagem interdisciplinar, de forma que se determine um protocolo de atendimento, privilegiando as especificidades na perspectiva de complementaridade;
- que seja organizado um sistema municipal, regional e local de logística de insumos, que garanta a aquisição e distribuição, de forma contínua, dos métodos anticoncepcionais;
- que seja desenvolvida estratégia para ampliar a captação de adolescentes do sexo masculino, estabelecendo parcerias na comunidade, dentre elas a escola, grupo de jovens, associação de moradores e entidades que realizem atividades esportivas e
- que a organização da rede de apoio matricial seja fortalecida, com a criação de estratégias que reduzam as filas de espera para marcação de consultas especializadas, exames complementares, internação e outras demandas advindas do ESF.

Muito ainda temos de caminhar para alcançar-nos uma atenção à saúde condizente com os direitos dos adolescentes expressos na legislação. O importante, porém, é avançar sempre para uma atenção digna, equânime, resolutiva, de qualidade e humanizada ao adolescente na perspectiva da promoção da saúde.



## REFERÊNCIAS

ALVES, M. D. S. **Mulher e Saúde**: representações sociais no ciclo vital. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997. 96 p.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; FONSECA, C.D. A Estratégia Saúde da Família. *In*: DUCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.S. (Org.). **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2004.

BACKER, M.L.; CASTRO, D.M.F. Gravidez na adolescência: dando sentido ao acontecimento. *In*: CONTINI, M. L. J.; KOLLER, S.H. (Org.). **Adolescência e psicologia**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, 2002. 144 p.

BARROSO, G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M.V. (Org.). **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003, p. 34.

BELO, M.A.V.; SILVA, J.L.P. Conhecimento, atitudes e práticas sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 479-487, 2004.

BERQUÓ, E. **Comportamento sexual da população brasileira e percepção do HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. (Série Avaliação, n. 4).

BERTUSSI, D.C.; OLIVEIRA, M. S. M.; LIMA, J. V. C. A Unidade básica no contexto do Sistema de Saúde. *In*: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A. S.; CONDINI JUNIOR, L. (Org.). **Base da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. 268 p.

BORGES, A.L.V.; NICHATA, Y.I.; SCHOR, N. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescente. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p.422-427, maio/jun. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 5 jun. 2007.

BAREIRO, A.O.G. **Gravidez na adolescência**: seus entornos, peculiaridades e razões do ponto de vista da adolescente. Curitiba, 2003. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/>>. Acesso em: 9 out. 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. 32. ed. São Paulo: Saraiva, 2003. 272 p;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização **Acolhimento com classificação de risco nos sistemas de urgência do SUS**. Brasília, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Assistência em planejamento familiar**: manual técnico. 4. ed. Brasília, 2002a. 150 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 2002b. 122 p. (Série: B. Textos Básicos em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A escola promotora de saúde**: experiências do Brasil. Brasília, 2006b. 272 p. (Série Promoção da Saúde, 6).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília, 2006c, 24 p.

\_\_\_\_\_. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei Federal nº. 8069 de 13 de julho de 1990. Brasília, 1990a.

\_\_\_\_\_. **Guia prático da saúde da família**. Brasília, 2001. 126 p.

\_\_\_\_\_. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços de saúde e da outra providencias. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Oficina de aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a atenção básica**. Brasília, 2005a. 64 p. (Série Manuais, 66).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Área do Adolescente e Jovem. **Marco legal**: saúde um direito de adolescentes. Brasília, 2005b.

\_\_\_\_\_. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher.. Brasília, 2006d. 168 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687 MS/GM. Política de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006e.

\_\_\_\_\_. **Relatório final da Primeira Conferência Nacional da Juventude**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.juventude.gov.br/conferencia/conferencia-nacionalde-juventude>>. Acesso em: 8 out. 2008.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº. 196/96**. Sobre Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens**: orientações para a organização de serviços a saúde. Brasília, 2005c. 44 p.

BUSS, P. M. Uma reflexão ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CABRERA, J.H.; RODRIGUEZ, O.P. Temas sobre sexualidad que interesan a um grupo de adolescencetes em el área de salud Iguará. **Revista Cubana de**

**Enfermagem**, Habana, v. 21, n. 2, mayo/ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 4 jun. 2007.

CAMUÇA S.; GOUVEIA T. **O que é gênero**. Recife: SOS CORPO, 2004.

CAPLAN, S. **Grupo focal**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/grupofocal>>. Acesso em: 23 out. 2007.

CARVALHO, B.G.; MARTINS, G.B.; CORDONI JR., L. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. *In*: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI JR., L. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2006, 268 p.

CEARA. Secretaria de Saúde do Estado. **Manual das Equipes de Saúde da Família**. 2. ed. Fortaleza: SESA, 2004a. 346 p.

\_\_\_\_\_. **O jeito cearense de fazer o SUS**. Fortaleza, 2004b. 80 p.

COATES, V.; SANT'ANA, M. J. C. **Gravidez na adolescência**. *In*: FRANÇOSO, D.L.A.; GEJER, L.; REATO, L.F.N. (Org.). Sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência. São Paulo: Atheneu, 2001.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 3., 1994, Cairo. **Políticas de saúde do adolescente**. Cairo, 1994. p.3. Disponível em: <http://membros.lycos.fr/redeluso/documentos/ResumoCIPD>>. Acesso em: 22 jul. 2008.

COREN-CE. **Resolução 240/00. Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Fortaleza: Pouchain Ramos, 2002. 48 p.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 176 p.

DADOORIAN, D. **Pronta para voar**: um novo olhar sobre a gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Rocco, 2000. 177 p.

DÍAZ, J.; DÍAZ, M. Contracepção na adolescência. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília, 1999. v. 1.

DOBRIOGLO, M.R.T. **A representação da descoberta da gravidez para adolescentes grávidas**. São Paulo, 1999. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/>>. Acesso em: 9 out. 2008.

FERNANDES, J.F.P.; SOUSA, L.B.; BARROS, M.G.T. Repercussão da gravidez no contexto sócio familiar da adolescente: uma experiência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.17,n.4, p.400-406, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 5 jun. 2007.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saude. **Informações do SINASC**. Disponível em: <<http://www.saudefortaleza.ce.gov.br>>. Acesso em: 6 out. 2008.

GIL, A. C. **Método e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GOMES, R.; FONSECA, E.M.G.O.; VEIGA, J.M.O. A visão do pediatra acerca da gravidez na adolescência: um estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, maio/jun. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 5 jun. 2007.

GONDIM, S.M.G. **Grupo focal como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos**. 2002. Disponível em: <<http://bireme.br/bvs>>. Acesso em: 25 out. 2007.

GUIMARÃES, M.D.N.; VIEIRA, M.J.; PALMEIRA, J.A. Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. **Rev. Latino Americana de enfermagem**, v. 11, n.3, p. 293-298, maio-jun. 2003.

LERVOLINO, S.A.; PELICIONE, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p.115-221, 2000.

MARTINEZ, I.C.; FERRIANI, M.G.C. Relações entre características da adolescente grávida e a resistência contra o consumo de drogas. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, número especial, p.333 -339, mar./abr. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 5 jun.2007.

MERHY E.E. Em Busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112,

MERHY, E.E.; CAMPOS, G.W.S.; CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MESSINA, M. Programa de saúde do adolescente em Blumenau. **Arq. Catarin. Med.**, v. 22, p. 17-20, 1993.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

PENÃ BORREGO, M.B.; ESPERÓN, J.M.T.; LEMUS, F.P. Conocimientos y comportamientos sobre salud y sexual y reproductiva. **Revista Cubana de Enfermagem**, Habana, v. 21, n. 1, ene./abr. 2005.

PEREIRA, Z.S. **Sexualidade na adolescência**. Disponível em: <[http://webartigo.com/articles/6952/sexualidadenaadolescência/pagina 1.html](http://webartigo.com/articles/6952/sexualidadenaadolescência/pagina%201.html)>. Acesso em: 4 out. 2008.

PINTO E SILVA, J.L.A Gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. *In*: SAITO, M.I.; SILVA, L.E.V. (Org.). **Adolescência prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu, 2001.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: ART, 2004.

ROUQUAYROL, M.Z; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, história natural da doença. *In*: ROUQUAYRO, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

RUEDIGER, M. A.; RICCIO, V. Grupo focal: método e análise simbólica. *In*: VIEIRA, M. F.; ZOUAIN, D. M. (Org.). **Pesquisa qualitativa em administração**. Rio de Janeiro: FGF, 2006. 224 p.

SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999. 296 p.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de adolescentes: um modo de fazer**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001. 83 p.

TAQUETTE, S. (Org.). **Mulher adolescente jovem em situação de violência**. Brasília: Secretaria Espacial de Políticas para Mulheres, 2007. 78 p.

TREFFERS, P.E. Teenage pregnancy, a worldwide problem. **Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde**, v. 147, n. 47, p. 2320-2325, 2003. Disponível em: <<http://globalis.gvu.unu.edu/indicator.cfm?Indicator>>. Acesso em: 10 set. 2008.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atual, 1993.

UNICEF. **A league table of teenage births in rich nations**. 2006. Disponível em: <<http://globalis.gvu.unu.edu/indicator.cfm?IndicatorID=127>>. Acesso em: 10 set. 2008.

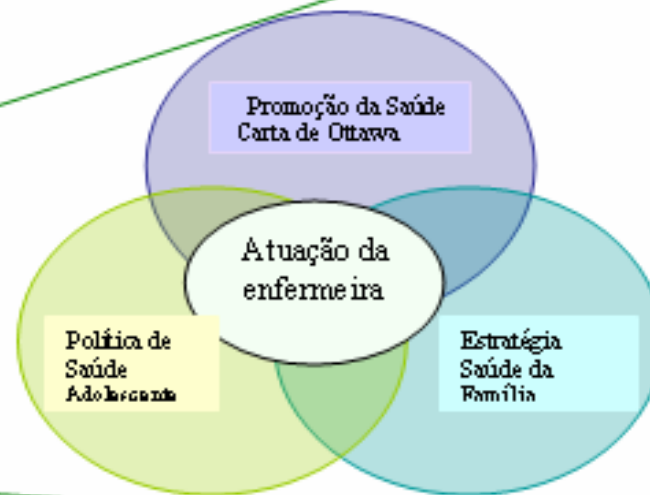
VANZIN, A. S. **Metodologia da pesquisa em saúde: fundamentos para o desenvolvimento da pesquisa em saúde**. Porto Alegre: RM&L Gráfica, 1998.

WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e prevenção de doença. *In*: CAMPOS, W.S.C; MINAYO, M.C.S; AKERMAN M; DRUMOND JÚNIOR M; CARVALHO Y.M, (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec-Fiocruz, 2006. p. 635-667.

## **APÊNDICES**

# CSF - Fortaleza

**Visão da Enfermeira**



**Prevenção da gravidez na adolescência**

**Fundamentação Teórica:**

- Promoção da Saúde - Carta de Ottawa
- Estratégia Saúde da Família
- Política de Saúde do Adolescente

**Coleta de dados**

- Grupo Focal

**Análise dos dados**

- Práticas Discursivas de Spink

## APÊNDICE B

### Artigos da pesquisa bibliográfica

Periódico	Artigo	Autores	Ano	Pais /Estado	Tipo de estudo
1. Revista Latino América de Enfermagem	1. A Visão do pediatra sobre gravidez na adolescência	Romeu Gomes e Eliene M.G.O. Fonseca	2002	Brasil/São Paulo	Quantitativo-qualitativo
	2. O Perfil de adolescente com repetição da gravidez atendido a num ambulatório de pré-natal	Lia Persona, Antonieta Keiko Kakuda Shimo, Maria Celina Tarallo	2002	Brasil/Campinas São Paulo	Qualitativa
	3. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: Compartilhando projetos de vida e cuidado	Lucia silva e Vera Lúcia Pamplona Tonete	2006	Brasil São Paulo	Qualitativa
	4. Conversando sobre sexo: a rede sócio-familiar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes	Ana Luiza Vilela Borges; Lúcia Yasuko Izumi Nichiata e Néia Schor	2006	Brasil São Paulo	Qualitativa
	5. Relação entre as características da adolescente grávida e a resistência contra o consumo de drogas.	Liliana del C. Martinez e Maria das Graças Carvalho Ferriani.	2004	Argentina	Qualitativa
2. Revista Acta Paulista de Enfermagem	1. Repercussão da gravidez no contexto sócio-familiar da adolescente – uma experiência	Janaína Francisca Pinto Fernandes; Leilane Barbosa de Sousa e Maria Grasiela Teixeira Barroso	2004	Brasil Fortaleza Ceará	Qualitativa
3. Revista de Enfermagem da USP	1. <i>Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual</i>	Marta Araújo Amaral e Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca	2006	Brasil Mina Gerais	Qualitativa
4. Revista Texto e Contexto de Enfermagem	1. Prática de enfermagem com terapias alternativas em adolescentes grávidas	Kaelly Virginia de Oliveira Saraiva; Lígia Barros Costa e Lorena Barbosa Ximenes	2003	Brasil Fortaleza Ceará	Qualitativa
5. Revista Cubana de Enfermería	1. Temas sobre sexualidad que interesan a um grupo de adolescentes em el área de salud Iguará	Jorge Hernández Cabrera y Odalys Pérez Rodriguez	2005	Cuba	Quantitativo
	2. Algunos aspectos relacionados com el embarazo a destiempo em adolescentes	Virginia Leyva Sorribe; Arelis Barroa Bonne; Delvis Negret Dutel y Angel Jorge Garcia	2002	Cuba	Quantitativo
	3. Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia	Grisell Mirabal Martinez; María Modesta Martinez y Damaris Pérez Domínguez	2002	Cuba	Quantitativo
	4. Conocimientos y comportamientos sobre salud sexual y reproductiva	Mricel Peña Borrego; Julia Mariecla Torres Esperón; Francisco Pérez Lemus...	2005	Cuba	Quantitativo

Fonte: Base de dados de Scielo.



## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Eu, Maria Glêdes Ibiapina Gurgel, enfermeira/aluna do Mestrado de Enfermagem da UFC, estou devolvendo uma dissertação sob orientação da Professora Doutora Maria Dalva Santos Alves, intitulada: **PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE**. O objetivo da referida pesquisa é analisar as ações desenvolvidas pela enfermeira em relação à prevenção da gravidez na adolescência. Pretendo com o referido estudo contribuir na prática de enfermagem voltada para ações de promoção da saúde do adolescente. Para tanto, necessito de sua valiosa colaboração, aceitando participar da pesquisa.

Caso aceite participar, garanto-lhe anonimato e sigilo. Durante o andamento da pesquisa, se por qualquer motivo resolver desistir, terá toda a liberdade para retirar o seu consentimento, sem prejuízo pessoal e institucional. Sua participação é importante para somar esforços em prol de um cuidar eficiente e eficaz.

Em caso de dúvidas, estarei à sua disposição para os devidos esclarecimentos, podendo contatar-me pelos telefones: residencial- 3088 0738, trabalho 3452.6942 e celular-8821 0767

Qualquer reclamação a respeito do desenvolvimento desta pesquisa poderá ser dirigida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, pelo telefone: 3366 8338.

Por sua inestimável participação, antecipo-lhe meus agradecimentos.

Eu, \_\_\_\_\_ RG  
\_\_\_\_\_, COREN \_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento do estudo: **Prevenção da gravidez na adolescência: atuação da enfermeira na perspectiva da promoção da saúde**, da Enfermeira Maria Glêdes Ibiapina Gurgel, após compreender seus objetivos, concordo em participar da referida pesquisa.

Fortaleza, de de 2008.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Enfermeira  
Sujeito da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Maria Glêdes Ibiapina Gurgel  
Pesquisadora-Mestranda de Enfermagem -UFC

**APÊNDICE D****QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO**

1. Idade \_\_\_\_\_ 2. Sexo ( ) Feminino ( ) Masculino

3. Ano de formatura \_\_\_\_\_ Universidade \_\_\_\_\_

4. Pós Graduação: ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado

4.1. Em caso positivo especificar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Tempo de atuação no ESF \_\_\_\_\_

5.1 Tempo de atuação na CSF atual \_\_\_\_\_

5.2 Nome da CSF \_\_\_\_\_

5.3 Secretaria Executiva Regional \_\_\_\_\_

6. Tem formação no conteúdo programático "Saúde do Adolescente".

( ) Sim,

( ) Não

Em caso positivo, especifique:

Nome do curso: \_\_\_\_\_

Ano \_\_\_\_\_ carga horária \_\_\_\_\_

Observação:

Caso tenha participado em mais de um curso, registre o mais recente.

## APÊNDICE E

### Roteiro do primeiro grupo focal

Componentes: enfermeiras vinculadas à ESF no Município de Fortaleza

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Horário Inicial \_\_\_\_\_ Horário Final \_\_\_\_\_ Duração \_\_\_\_\_

Número de componentes \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Relatora \_\_\_\_\_

Observadora \_\_\_\_\_

### Blocos Temáticos e Perguntas Norteadoras

#### 1. Conceito de saúde

Como vocês definem saúde? O que significa ter saúde?

#### 2. Conceito de promoção da saúde

O que vocês entendem por promoção da saúde?

#### 3. Atuação da enfermeira na prevenção da gravidez na adolescência na perspectiva da promoção da saúde.

- Quais as ações que vocês desenvolvem para a prevenção da gravidez junto aos adolescentes do seu território?
- Fale do seu processo de trabalho com o adolescente: planejamento, fluxograma, protocolo de atendimento?
- O que vocês conhecem das políticas públicas para o adolescente? E das políticas de saúde do adolescente no contexto nacional e municipal?

## APÊNDICE F

### Roteiro do segundo grupo focal

Componentes: enfermeiras vinculadas à ESF no Município de Fortaleza

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Horário Inicial\_\_\_\_\_ Horário Final\_\_\_\_\_ Duração\_\_\_\_\_

Número de componentes\_\_\_\_\_

Local\_\_\_\_\_

Endereço\_\_\_\_\_

Facilitadora\_\_\_\_\_

Moderadora\_\_\_\_\_

Relatora\_\_\_\_\_ Observadora\_\_\_\_\_

### Blocos Temáticos e Perguntas Norteadoras

1. Conceito de saúde (Como vocês definem saúde ?)
2. Conceito de promoção da saúde (O que significa promoção da saúde?)
3. Atuação da enfermeira na prevenção da gravidez na adolescência, tendo como referencial os três campos de ação para a promoção da saúde da Carta de Ottawa (ações concretas)

#### Reorientação dos serviços de saúde

- Como está organizado o atendimento de vocês para o adolescente? É por demanda espontânea ou agendamento?
- Como se dá a referência das ações de saúde para o adolescente dentro da CSF? E nos âmbitos regional e municipal?
- Que estratégia vocês utilizam para desenvolver estas ações na unidade e comunidade?
- Na visita domiciliária, a atenção ao adolescente está incluída? Em caso positivo, quais ações são desenvolvidas? Em caso negativo, diga por quê?
- Que ações vocês poderiam desenvolver para a prevenção da gravidez precoce ? Quais os motivos de não as realizar?

#### Desenvolvimento de habilidades

- De que forma vocês trabalham a educação sexual? E a prática de sexo seguro? Como são trabalhadas as subjetividades?
- Como ocorre a participação dos jovens (protagonismo) nas ações de saúde?
- Vocês trabalham com grupo de adolescente? Como acontece esse trabalho?
- Como ocorrem as ações de Educação em Saúde com os adolescentes? Quais os temas abordados na Educação em Saúde Coletiva? Como vocês vêem a participação dos adolescentes nessa estratégia?

#### Ambientes favoráveis á saúde

- Que ações vocês desenvolvem na promoção de ambiente favorável à saúde do adolescente?
- Como se dá o acesso dos adolescentes às ações de saúde desenvolvidas por vocês?
- Como é realizado o acolhimento ao adolescente (atenção, respeito, como sujeito) para cuidar/cuidado da enfermeira? (ética, sigilo, confiança, responsabilização, vínculo)

## APÊNDICE G

Mapa 1: Concepções de saúde

Concepções de saúde			
Primeiro encontro		Segundo encontro	
Prevenção de doenças Tradicional	Promoção da saúde	Prevenção de doenças Tradicional	Promoção da saúde
	<p>E1. O conceito de saúde para mim é qualidade de vida</p> <p>E2. eu acredito que seja um conceito individual tem um pouco de relacionamento com outras pessoas; contribui para a pessoa sentir-se bem.</p> <p>E3. O conceito de saúde está ligado ao estado. Às vezes a gente vê uma pessoa que não está biologicamente bem, tem realmente problema de saúde e ela nos parece bem ao nosso olhar; o olhar que falo é ver se aquela pessoa está alegre, se está satisfeita com a situação dela, ou então entende o problema dela e está vivendo suas limitações, aquilo que lhe é permitido, porque, se a gente for esperar esse conceito bonitinho que a OMS nos passa então fica difícil hoje a nível de Brasil, a nível de mundo a gente ter essa perfeição, essa saúde total, que é bem holística.</p> <p>E4...tem muito a ver com qualidade de vida, parece um paradoxo quando agente trabalha lá na ponta justamente na periferia onde é muito difícil se for dentro desse contexto você encontrar um indivíduo que tenha saúde , que tenha um bom estado de vida ou que tenha alguma qualidade de vida difícil a gente encontrar</p> <p>E7. Então saúde eu acho que é muito mais um estado, na minha opinião, então tem determinado momento que você está saudável, que nem sempre esse momento é uma coisa muito dinâmica. Por exemplo, eu posso amanhecer extremamente bem, hoje eu estou bem, tô muito bem, sentindo fisicamente bem, psicologicamente bem, mentalmente bem, e de repente assim uma coisa pode ser no ambiente de trabalho ou no meu ambiente familiar, ou alguma coisa pode ser no meu corpo físico, que faz naquele momento, num processo bem dinâmico, deixou de ser saudável para estar em um estado não saudável, isso não quer dizer necessariamente ser enfermo, doente, por</p>	<p><b>E2.</b> O bem-estar do adolescente, físico e mental, é ele sentir-se bem com as mudanças que envolvem nessa fase da vida, um verdadeiro período de descoberta.</p> <p><b>E3.</b> é o bem-estar associado ao equilíbrio ou qualidade nos diversos aspectos, tais como: a parte física, social, emocional. É importante que o indivíduo se perceba bem, com saúde</p> <p><b>E4</b> É quando o mesmo tem qualidade de vida, se saúde é ter bem-estar físico, mental e social, o adolescente só tem saúde se sentir bem (sem doença), mentalmente tranquilo (sem estresse) e ser aceito de maneira como ele é (saúde social) nem criança, nem adulto</p> <p><b>E6.</b> É, percebe-se bem em seus aspectos integral (social, psicológico e físico) e não somente ausência de doença.</p>	<p><b>E1.</b>Qualidade de vida, determinada por fatores internos de cada ser</p> <p><b>E5.</b> Saúde é o indivíduo estar se sentindo bem no contexto da vida que o circunda, tanto no processo saúde-doença, quanto na família e no social.</p>

<p>E5 é um equilíbrio, é a ausência de doença e condições mínimas para viver.</p>	<p>exemplo, uma preocupação, uma inquietação uma angústia não necessariamente é uma doença, mas se for levar em consideração que aquilo esta tirando a paz, afetando a o bem-estar, então, a partir desse momento eu deixaria de estar naquele completo e passaria a estar... saúde e muito mais um estado, é muito dinâmico, não é aquela coisa estática, eu estou sempre sadio.</p> <p>E8 Para definir saúde é a pessoas está bem consigo mesmo</p>		
---	---	--	--

Fonte: Grupo focal em 28 de março e 11 de abril de 2008

Prevenção da doença/Tradicional: reducionista (conceito negativo, visto como ausência de doença)

Promoção da saúde: Amplo ( conceito positivo e multidimensional).

## APENDICE H

**Mapa 2: Concepções de promoção da saúde**

<b>Concepções de promoção da saúde</b>			
<b>Primeiro encontro</b>		<b>Primeiro encontro</b>	
<b>Tradicional</b>	<b>Promoção da Saúde</b>	<b>Tradicional</b>	<b>Promoção da Saúde</b>
<p><b>E1.</b> Para mim promoção da saúde está muito ligado a prevenção da doença, são ações atitudes de cada pessoa na prevenção da doença, estou dizendo pessoalmente, embora a gente possa levar para o grupo que trabalha no dia-a-dia é o que a gente faz</p> <p><b>E3.</b> Promover tem tudo a ver com atitudes, NE? com orientações ou com ajuda que faz com que uma comunidade manter-se saudável dentro daquilo que ela vive.</p> <p><b>E4</b> Promoção da saúde como o nome ta dizendo é promover, é dar um sentido é dar uma forma de se ter saúde, a gente promovendo, a gente tá dando aquela condição aquela comunidade ou daquelas pessoas de ter saúde.</p> <p><b>E8.</b> Eu acho assim pra haver promoção em relação à comunidade, a gente tem que conhecer aquela comunidade vendo as suas necessidades e bolar estratégias de ações da promoção da saúde dependendo da carência, da realidade de cada comunidade isso é feito acho que pro lado da promoção saúde são as campanhas, né, campanhas que agente faz, dia D de hanseníase, aplicando na comunidade, as campanhas de educação, hipertensão e diabetes a detecção de casos precoce, está muito na prevenção também, mas promoção é a gente conhecer a realidade daquela comunidade que agente tá trabalhando e trabalhar aquelas carências maiores</p>	<p><b>E2.</b> Está ligado a educação. Quando promove ações educacionais, você ta indo para o caminho, para o lado da promoção da saúde, às vezes a promoção ela até confunde com a prevenção da saúde, é como se fosse outras ações as vezes e as duas são aliadas, uma vai ajudando a outra, na questão da promoção e prevenção, mas eu acredito que a promoção esteja mesmo ligada a educação</p> <p><b>E5.</b> Eu acho também que são ações né, que a gente vai utilizar junto ao indivíduo e comunidade ou grupo onde eles posam se perceber sujeitos ativos de como eles podem manter sua saúde, ações atividades, de como podem manter sua saúde.</p> <p><b>E6.</b> Eu acho que são ações que a gente pode desenvolver e com essas ações alcançar um objetivo dentro da saúde,... você tá desenvolvendo ações com esse objetivo, e diferente de temas e ações específicas, organizadas, esquematizadas, planejadas, com objetivos e metas; você consegue chegar à chamada promoção da saúde.</p> <p><b>E7...</b> a promoção da saúde para mim seria uma estratégia capaz de estimular aquele a quem você dirige o cuidado e mexer no potencial daquelas pessoas de ser sempre mais; então, se eu quero promover a saúde para aquele adolescente, então eu quero estimular a capacidade daquele adolescente tem de ser mais cuidadosa consigo mesmo, mais responsável com as relações sexuais que ele vai ter, é mais capaz de se autocuidar; então ,sempre, sempre estimulando o potencial das pessoas de ser mais, mais cuidadoso consigo mesmo, mas capaz de se autocuidar, então, todas as pessoas tem um potencial e quando você promove a saúde você vai lá naquele potencial, é como uma descarga elétrica, você pum! estimula esse potencial e aquela pessoa a dar um salto de qualidade, sabe, sempre no mais, porque se você parar de pensar nunca você deixa de promover a saúde das pessoas. Por melhor que a pessoa esteja você está querendo que ela possa um potencial de saúde de ser mais, estar melhor, de ser mais, está melhor</p>	<p><b>E4</b> Promover: dar condição de acontecer. Quando se dá condições de informação a estes adolescentes, estamos promovendo a sua saúde.</p>	<p><b>E1.</b> Promover ações que façam com que o adolescente sintam-se mais apto a cuidar de si próprio. A educação é essencial, no entanto, a linguagem utilizada deve ser acessível e direcionada a esse público.</p> <p><b>E2</b> São atividades dirigidas a esse grupo, com objetivo de sensibilizá-lo para que suas atividades sejam sempre benéficas a sua vida.</p> <p><b>E3.</b> São meios utilizados para que o indivíduo possa se perceber como sujeito ativo, na busca de sua saúde.</p> <p><b>E5.</b> Promoção da saúde do adolescente é promovermos ações e orientações que possam intervir e melhorar a qualidade de saúde do adolescente, como forma de prevenir doenças e meios de interferimos (ajudarmos) na qualidade de vida.</p>

Fonte: Grupo focal em 28 de março e 11 de abril de 2008

Tradicional: Ações restritas ao setor saúde

Promoção da saúde: Ações interdisciplinar/intersetoriais

## APÊNDICE I

### Mapa 3 Prevenção da gravidez na adolescência: atuação da enfermeira na perspectiva da promoção da saúde

Prevenção da gravidez na adolescência: práticas da enfermeira na perspectiva da promoção da saúde					
Ambientes favoráveis à saúde		Desenvolvimento de habilidades		Reorientação dos serviços de saúde	
Primeiro encontro	Segundo encontro	Primeiro encontro	Segundo encontro	Primeiro encontro	Segundo encontro
<b>Foi dividido em três subcategorias: APÊNDICE J, L e M</b>					



## APÊNDICE J

Mapa 3.1 Prevenção da gravidez na adolescência: atuação da enfermeira na perspectiva da promoção da saúde

Reorientação dos serviços de saúde					
Primeiro encontro			Segundo encontro		
Planejamento, Fluxograma e Protocolo de atendimento	Ações intersetoriais Parcerias	Referências	Planejamento Fluxograma e Protocolo de atendimento	Ações intersetoriais Parcerias	Referências
<p>E4. nossa unidade de saúde abrange uma população de quarenta e cinco mil pessoas(45.000); nós somos só 5 equipes pra esse pessoal todinho.</p> <p>E1... se não tiver o insumo para distribuir ou camisinha ou o anticoncepcional, isso às vezes falta na unidade, as vezes complica até mesmo o planejamento familiar. Quando eles sabem que tem isso na unidade, ta lá toda semana, o pessoal do planejamento familiar, a gente pega o grupo conversa orienta, quando diz acabou o comprimido, acabou a camisinha, nessa semana o planejamento familiar praticamente não tem, aparece uma ou duas pessoas, há uma divulgação entre eles, ah! não tem comprimido ...</p> <p>E3... também trabalha a questão da gravidez na adolescência no grupo de gestante está com a gente há pouco tempo, no Centro aconteceu tem muita adolescente grávida, a</p>	<p>E4... as escolas promotoras de saúde têm convênio, convenio da escola e posto de saúde, e ai, até a ultima palestra que houve na escola, são eles que fazem na escola, foi exatamente sobre gravidez na adolescência na véspera do carnaval..</p> <p>E8. ficou pactuado lá, esses adolescentes da escola eu... somos as enfermeiras deles...</p> <p>E3... tem um centro social, que já trabalhava com adolescente tem uma assistente social e uma psicóloga que trabalhavam com eles... ai a gente começou, passou a freqüentar esse grupo,</p>		<p>E1... numa unidade de saúde que tem 2 equipes de saúde PSF, só tem uma completa, é a que eu trabalho, completa com médico, enfermeira, auxiliar e 4 agentes de saúde, a outra só tem a enfermeira que está de licença-maternidade, a outra área é toda descoberta, que é a equipe que é a minha, e a gente cobre essa outra área , e tem muita área descoberta, tempo, então, nós somos sobrecarregados.</p> <p>E 6. ... a gente tem saúde da família, tem várias equipes, trabalhamos de forma mais organizada... tenho sete microáreas e tenho duas agentes de saúde, cinco microárea descoberta isso dificulta o meu trabalho, tenho bom domínio naquelas áreas que tem agente de saúde, e as outras deixa muito a desejar.</p> <p>E4... não tem médico suficiente, de manhã por exemplo só tem um</p>	<p>E6. As minhas ações em relação a educação sexual são desenvolvidas na escola.</p> <p>E4... Esse grupos promotores de saúde que tem.. o primeiro treinamento que eles tiveram foi justamente sobre protagonismo e educação sexual, DST/AIDS, sexo seguro...</p> <p>E5... a gente recebe mais em relação a promoção, é quando tem semana cultural na escola eles vem procurar informação ...</p> <p>E3... a gente começou com um grupo no centro de social, centro de cidadania... assim, a escola só abre se tiver o atendimento médico, só educação em saúde por parte da enfermagem, infelizmente diretor ainda está muito fechado.</p> <p>E1... as vezes quando o colégio solicita ai a gente vai lá, ...assim as vezes a gente... a dificuldade com a</p>	<p>E6. A gente já tem a experiência para o adolescente ser encaminhado para o CAPS, para o especialista, é só mandar por escrito para o psicólogo, mas as outras referencias, na verdade, eu não sei como funciona, a gente não recebe a contra referencia.</p> <p>E1... a contra-referência não funciona, principalmente o adolescente, a adolescente... eu encontro facilidade para o CAPS AD álcool e droga, certo, é a nossa referencia, as vezes eu ligo para lá a moça diz, não bota pelo sistema não, manda o médico encaminhar e vai com o encaminhamento do médico e chega lá e é atendido, pelo menos as mães elogiam bastante que são bem atendida no CAPS AD.</p> <p>E3... quanto a referencia o que a gente vai ter o caso de DST/AIDS agente tem CEMJA que funciona no primeiro andar , a gente manda também para o Gonzaguinha. A contra</p>

<p>gente fez o grupo de gestante, a gente foi querer fazer a puericultura, a gente tinha 15 grávida, tinha 3 grávida de novo, a gente viu nosso trabalho indo por água abaixo, por água abaixo...</p>			<p>médico... no caso desse acesso do adolescente ser um grupo prioritário, da outra vez a gente tava conversando sobre isso, né, que a gente tem diversos grupos prioritários, gestante, crianças, idosos, adolescentes, todo mundo é prioritário, então dá uma briga danada; quando chega o povo na fila né, e de tanto grupo prioritário a gente fica sem saída sem saber por onde começar, quem é primeiro, é a gestante ou é a criança de meses que está com febre alta, ou é o idoso que tá com pico hipertensivo, quem é, por onde a gente começa, então a questão do acesso todo mundo é igual, foi pro posto é porque tem alguma necessidade, então vamos ver quem chegou primeiro e minimizar, isso a gente fala... aqui rir, mas é muito complicado, muito complicado, isso dá muita confusão, é incrível...eu tenho dez microáreas, eu tenho dois agentes de saúde, então eu não tenho olhos e ouvidos dentro da área, né, é muito complicado.</p> <p>E1... na visita domiciliar, também, é por conta da insuficiência de profissionais; a gente fica com o idoso acamado não sobra tempo para o pobre do adolescente não, é um grupo que está sem cobertura, por falta de tempo ou por falta de profissional...</p>	<p>insuficiência do profissional é tão grande, que a gente esquece até que o colégio que é vizinho, as vezes é colado com o posto, e ai, meu Deus a gente nunca foi lá...</p> <p>E5... as semanas culturais a gente conversa muito isso com eles,as vezes começam com risadinhas, mas depois, ele empolgam e perguntam mesmo, quando começa a ver que o negocio é interessante.. que as vezes tem um risco e falar ah1 porque meu amigo teve isso e isso assim, como é que é? como da para evitar? como trata?ai a gente discute mais afundo.</p>	<p>referência não existe, só se a gente for atrás.</p>
---	--	--	---	---	--

			E3... o adolescente não está dentro do grupo prioritário de visita domiciliar, tem ainda o problema do carro, a quilometragem estoura, e falta o carro para a gente fazer...		
--	--	--	--	--	--

Fonte: Grupo focal em 28 de março e 11 de abril de 2008

## APÊNDICE L

Mapa 3. 2 Prevenção da gravidez na adolescência: atuação da enfermeira na perspectiva da promoção da saúde

Desenvolvimento de habilidade			
Primeiro encontro		Segundo encontro	
Grupos de adolescentes	Ações de educação em saúde	Grupos de adolescentes	Ações de educação em saúde
<p><b>E4.</b> ... nós temos dois grupos de pessoas, um grupo de planejamento familiar, e a gente tem um grupo de adolescente, juntando os dois o grupo até se confundem, acho que é uma forma da gente ta prevenindo a gravidez na adolescência... ai responde a pergunta o que agente faz pra prevenir? é o grupo de adolescente, e também está enfocando essa parte de da gravidez na adolescência e o grupo de planejamento familiar...</p> <p>E4... ai ficou tão grande o grupo que a gente resolveu dividir em dois, o grupo do sol e o grupo da lua a cada 15 dias a gente tem um grupo...</p> <p>E1. Nós tínhamos duas equipes do PSF, mas agora funcionando só tem uma, o médico saiu, a enfermeira está de licença maternidade, tem uma equipe do PSF que praticamente cobre toda a área, a gente não conseguiu formar grupo de adolescente o que é que faço, eu aproveito toda a oportunidade que tiver...</p> <p>E8... esse grupo restrito que fica em média 50 adolescentes, e o pessoal que é facilitador, de vez em quando dá as palestras quando a gente não pose ir, ai eles vão lá, para a gente dá algum tipo de orientação, vão lá com algumas perguntas, me perguntaram ontem isso assim e assim, o que eu posso dizer, ai a</p>	<p>E4... a gente esclarece tanto sobre o próprio planejamento, o direito que ela tem em planejar, de planejar a gravidez, planejar a família, de ter e praticar o sexo com liberdade, mais também com proteção, é escolha, e ai unindo, a nossa unidade de saúde, unindo lá os dois grupos. .</p> <p>E4... eles têm uma rádio na escola, eles têm um jornalzinho, agente faz entrevista para o jornalzinho, conseguimos cd com jingle, eles colocam para rodar nessa rádio.</p> <p>E1... na unidade de saúde o planejamento familiar eu faço uma vez por semana, ali eu já aproveito, faço a palestra tanto para adolescente e mães. Eu junto o grupo e converso, então eu vou aproveitando a oportunidade que tenho, eu não consegui, a gente não conseguiu formar um grupo de adolescente.</p> <p>E8... a gente explica que está fazendo um trabalho diferenciado, então assim, mexe muito com a questão da gravidez do adolescência, por causa do acesso mais fácil a informação...</p> <p>E3... a gente faz esse trabalho a cada 15 dias com o tema que eles elencam... eles falam muito do</p>	<p>E1... a gente também tem grupos...</p> <p>E5... o grupo mesmo formado no momento não tem , eu já tentei, mas parece assim, que toda a vez que a gente tenta existe um empecilho, eu peço para o agente de saúde, olha converse com os adolescentes de sua área, para fazer um grupo, discutir os temas e tudo, eu pergunto, e ai já combinou o dia o horário, há doutora é um pouco difícil, eles são de manhã outros são de tarde, e eles não vão querer outro horário...</p> <p>E2... assim a gente estava encontrando quinzenalmente, mas já teve quinzena que não foi permitido, não quiseram, então mas assim os temas são elencados por eles.</p> <p>E3... a gente começou com um grupo.</p> <p>E4... primeira ação deles como grupo multiplicadores de saúde, foi a palestra sobre gravidez na adolescência na véspera do carnaval, na</p>	<p>E1. Como eu havia falado antes a gente aproveita todas as oportunidades na unidade... . as ações de educação em saúde a gente sempre faz...</p> <p>E2... eles mesmos foram elencando os temas, eles pediram para falar sobre DST/AIDS e prevenção, eles foram vendo a necessidade ... no primeiro dia saiu muito difícil pra gente, eles saiam e entravam varias vezes, agora a gente já conseguiu pegar o grupo, é eles quem querem saber né, e com relação as oficinas, a gente monta as oficinas ou faz a palestra, mas tem que ser uma coisa dinâmica e participativa, se for só a gente falando bla, bla, bla, ele não prestam atenção, se a gente não levar algo em troca, como a colega vem falando, tipo o preservativo, o contraceptivo para evitar eles irem até o posto, irem buscar, ótimo, um lanchinho eles adoram, mas eu deixo uma tarefa para eles e eles me dão uma tarefa da nova proposta.</p> <p>E5. Lá na unidade realmente, grupo formal não tem... a gente trabalha muito na consulta individual quando é procurada.</p> <p>E5. a gente geralmente, quer dizer aproveita muito quando vai fazer uma prevenção, um planejamento familiar, as vezes lá na unidade está virando moda assim, um colega, um amigo ou uma amiga que já conversou com a gente, oh! eu trouxe ele aqui para conversar, ele está precisando, seja por um motivo de DST, seja por um motivo de planejamento familiar então eles correm muito boca a boca.</p> <p>E1... quando a gente vai fazer educação em saúde, se for uma coisa formal ah! vocês vão com aqueles álbuns seriados, pode ter certeza da evasão, eles vão escapulir rapidinho, então como eu faço, a gente chega num grupinho aqui, como agente ta aqui, todo mundo sentado, como é na prevenção, eu começo logo com as orientações da prevenção ai vão puxando, puxando, entra anticoncepcional emergência, já entra é tudo, vão fazendo</p>

<p>gente orienta... mas a gente não tem ainda aquele resultado, assim, do impacto na gravidez na adolescência, mas o acesso deles pra unidade a procura deles ter melhorado bastante.</p> <p>E3... então, como é que acontece, a cada 15 dias, é escolhido previamente o tema, na primeira eles elencaram os assuntos, e primeiro assunto que saiu foi justamente a gravidez na adolescência, porque eles tinham justamente no grupo deles, tem uma adolescente de 15 anos que estava grávida, era uma que freqüentava o grupo também....</p>	<p>social...</p> <p>E3... a gente trabalha gravidez na adolescência dentro do grupo de gestante e no planejamento familiar.</p>	<p>quarta feira que antecedia a semana do carnaval, então, eles já vem com uma bagagem por conta desse treinamento, eles são um grupo atípico...</p>	<p>pergunta e a gente ver que ela o tempo da gente é curto, porque tem gente esperando pra atender e elas querem saber, sabe, eu digo, gente depois volto.</p> <p>E1... às vezes você começa a conversar, faz aquela palestra e as vezes eles saem dali, daquela reuniãozinha com a gente e prescreve,vão na farmácia e não tem o insumo para eles receberem, isso ai já vai caindo em descrédito né, pelos menos as informações..</p> <p>E2... é mesmo na consulta individual.. é mesmo na consulta individual... são subjetividades de cada pessoas né, principalmente dos adolescentes que é uma fase de descobertas, uma fase de conquistas que eles acham que pose tudo, tudo ta mudando, tem que usar uma linguagem adequada, com relação a esse grupo também, que tem morou, cheio de gírias, você também tem que entrar um pouquinho no mundo deles, assim, a gente tenta fazer com que seja abordado e efetivado.</p> <p>E6... e lá esse ano e meio que a gente passou trabalhando, foi com DST/AIDS, é um assunto que puxa esses outros assuntos, a questão da educação sexual.. quando você trabalha com palestra, esse método não é tão eficaz, ele não permite uma discussão, ele só joga informação e a gente trabalhou dessa forma assim, nesse momento da palestra eles fazem perguntas, esse feedbeach fica um pouco prejudicado.</p> <p>E4... às vezes as professoras não gostam que levem os álbuns seriados, porque acham as figuras chocantes das DST, acham que não é para eles, as vezes tem as crianças por volta da 5ª a 8ª série para assistir as palestra,( as professoras tem preconceito). A gente encontra, eu já encontrei preconceito dos professores, eles querem ver o material que a gente leva e não permite que abra o álbum seriado, aquele álbum antigo que tem de DST, são os próprios órgãos e até genitais expostos com as doenças, que é muito bom, como eles chocam, como ele é chocante, aquelas figuras são chocantes até para um adulto, quem diria para um adolescente, que não vai querer nunca ficar igual aquela figura; tem uma colega que diz eu gosto é do tratamento de choque, que dá certo, mostrar as figuras e apavorar logo todo mundo, e eles ter cuidado consigo mesmo. nesse grupo dos adolescentes multiplicadores eles têm uma bagagem muito interessante sobre DST, sobre sexualidade muito boa.</p>
---	---	--	--

Fonte: Grupo focal em 28 de março e 11 de abril de 2008

## APÊNDICE M

### Mapa 3.3 Prevenção da gravidez na adolescência: atuação da enfermeira na perspectiva da promoção da saúde

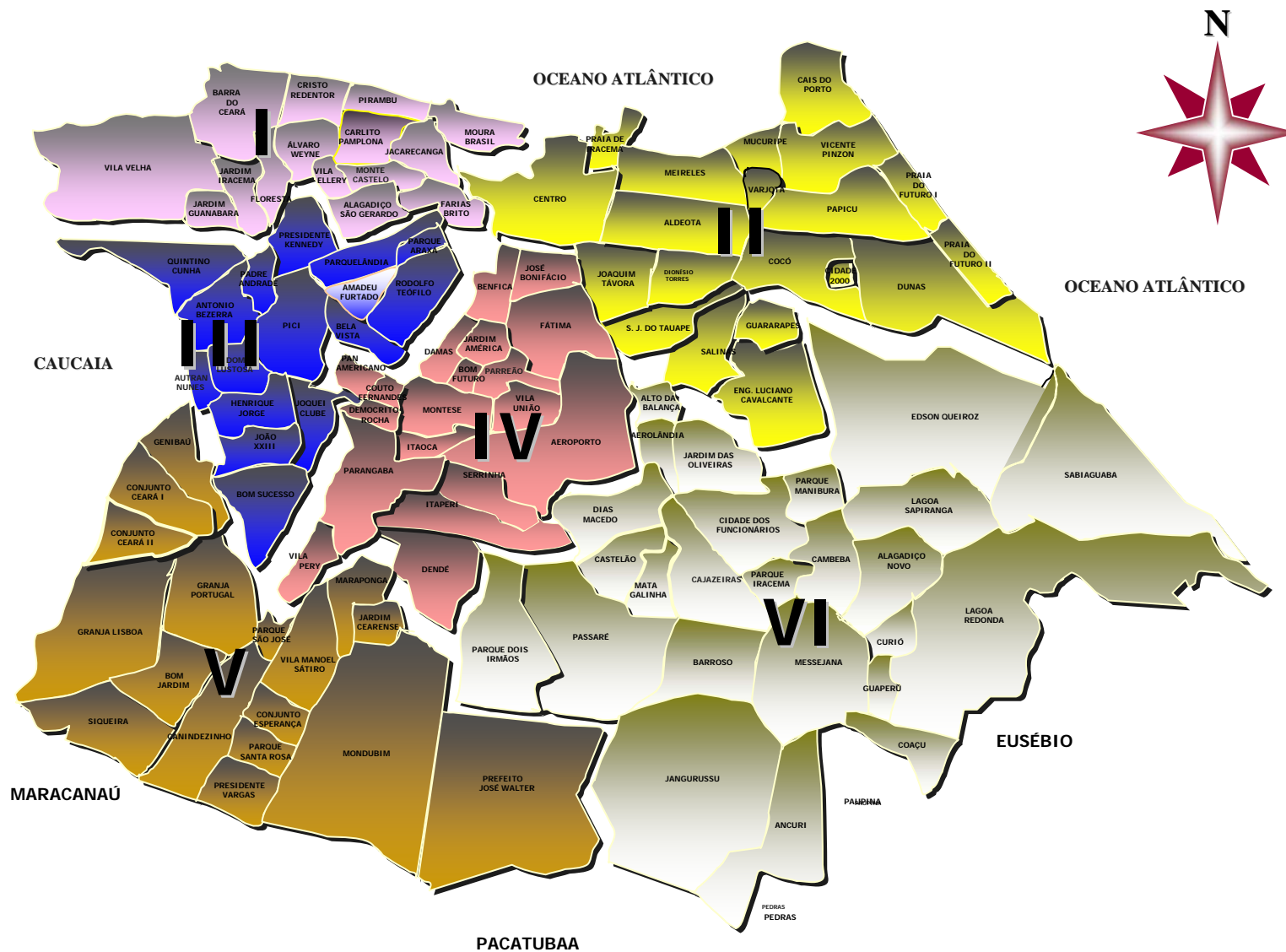
<b>Ambientes favoráveis à saúde</b>			
<b>Primeiro encontro</b>		<b>Segundo encontro</b>	
Acolhimento	Ética	Acolhimento	Ética
<p>E4... vai muito da necessidade deles mesmos.</p> <p>E8. ... ficou pactuado lá, esses adolescentes da escola eu... somos as enfermeiras deles, não tem, não tem obstáculo, o dia de marcação de consulta é diferenciado, eles têm acesso a unidade para falar com a gente a hora que eles quiserem... com essa abertura as vezes eles chegam...</p> <p>E3. ... eles têm passagem livre pelo posto.</p>	<p>E. 8 ...eu queria que tu fosse pegar camisinha pra mim, porque eu to com vergonha, tem um pessoal conhecido lá na fila, e depois vão ficar falando , eu digo, ah! não acredito não, então eu digo, fica aqui na minha sala, ai eu pego a carteirinha de estudante eu mesmo vou na farmácia pego, e digo assim, olha, aqui é livre, aqui é sigiloso, as moças da farmácia não conhecem sua cara nem seus pais, e mesmo se conheçam não vai sair daqui.</p>	<p>E1... quando eles aparecem, eu aproveito a oportunidade para atender, não deixa voltar.</p> <p>E6... então, eles já tão adaptados a esse estabelecimento, de procurar a gente nesse horário, e assim é que nós recebemos nossos adolescentes, e na escola quando eu vou para lá faço palestra, a gente oferece o dia de atendimento do adolescente, diz que pode procurar que todos os dias tem acolhimento é só marcar, se não quiser ir, é só mandar uma pessoas, quando não querem se expor, manda uma pessoa para ajudar e só vem no dia marcado, essa abertura agente oferece.</p> <p>E2. O acolhimento a gente faz, o acolhimento é em relação a livre demanda, quem chega agente faz o acolhimento, encaminha para determinada, depende da equipe do profissional, seja ela de adolescente ou não, assim, questão especifica do adolescente em relação ao acesso e acolhimento a gente não tem.</p> <p>E5... mas o pessoal da recepção e todos os profissionais da unidade são orientados a verificar o que está acontecendo, o que levou aquela pessoa a unidade, uma das pessoas que tem um papel importantíssimo na nossa unidade é a moça do posso ajudar, ela é assim fantástica, porque ela conversa quer saber se não tem vaga naquele momento, mas qual é o problema, vamos conversar com a enfermeira, vê o que pode ser feito.</p> <p>E3. O acolhimento é realizado também com ajuda do “Posso Ajudar” que leva para as enfermeiras, para a nossa sala, então, assim, quando eles chegam, quando é adolescente</p>	<p>E6... às vezes a mãe vem para conversar com a gente, querendo que a gente converse com a filha, achando que ela por estar envolvida com alguém que usa droga, que já tem conversado. Olha eu vou conversar com ela mas a senhora fique sabendo, que o que vou conversar com ela, só diz respeito a mim e a ela, nada vou contar a senhora, não posso dizer a senhora, não posso dizer.</p> <p>E2... a gente já faz uma escuta qualificada, individual. Realmente acontece caso em que a mãe traz a menina, e traz a sua filha, chega pra gente dizendo que aconteceu isso, isso, isso, a gente tenta fazer com que a mãe espere do lado de fora e que a gente possa ter uma conversa com a adolescente pra ela falar dos problemas dela, já houve caso da mãe esperar do lado de fora e quando a filha sai ela entrar para saber o acontecido, seja na prevenção, saber se a filha é virgem ou não é, se tava com alguma doença ou se não tava, se tava com aquele rapaz ou se não tava, se ta grávida...</p> <p>E5. Em termos de ética, a gente conversa muito com o pessoal da unidade, são pessoas que trabalham na unidade e moram nas áreas, muitas vezes a gente tenta evitar exatamente o fuxico da</p>

		<p>grávida, chega rindo, chega muito junto, então é encaminhado para a sala da gente e feito o acolhimento individual, as vezes quer que a colega escute, então entra com a colega, do jeito que preferir.</p> <p>E4. .. na questão do acolhimento é, já até por conta do “Posso Ajudar”, é um programa muito interessante, todo mundo que chega a unidade é acolhido de certa forma, é acolhido e sai de lá com uma resposta, até mesmo que essa resposta seja um não, mas sai de lá com uma resposta, ou justificativa, por que não está sendo atendido naquele dia, porque está sendo agendado para uma data futura, porque não tem aquela medicação ou por que.</p>	<p>própria unidade, porque é uma coisa que as vezes afasta realmente eles de lá.</p> <p>E4. Na questão da ética, como as meninas falaram, existe aquela mãe bisbilhoteira, quer saber da vida da filha e tudo, mas a gente sempre procura sempre lá na unidade, a gente pergunta você permite que adulto fique com você, ou você quer ser consultado sozinho, é uma decisão sua, se você acha que sua mãe pode escutar nossa conversa, deixa ela dentro do consultório, se não, se você prefere que ela fique do lado de fora ou durante a prevenção ou durante o planejamento, você pede e ela tem que se retirar.</p>
--	--	---	---

Fonte: Grupo focal em 28 de março e 11 de abril de 2008

## **ANEXOS**





## ANEXO B

### Dados demográficos e epidemiológico de adolescente por SER

Quadro 1 População de adolescente segundo a SER, Fortaleza-CE, 2006.

SER	População geral	Adolescente ( 10 a 19 anos)
SER I	383.896	81.556
SER II	351.964	74.773
SER III	384.326	83.919
SER IV	293.261	64.035
SER V	511.143	108.589
SER VI	492.326	104.592
Fortaleza	2.416.916	517.464

Fonte: SMS/CEVEPI/ estimativa do IBGE para Fortaleza em 2006.

Nota: Os adolescentes representam aproximadamente 22% da população.

Quadro 2 Partos em adolescente segundo a SER, Fortaleza-CE, 2006.

SER	Numero de partos	Nº. de partos em adolescentes (10 a 19 anos)	Percentual
SER I	4.465	941	21%
SER II	4.650	664	14%
SER III	4.964	912	18%
SER IV	3.747	621	17%
SER V	8.222	1.829	22%
SER VI	8.793	1.853	21%
Ign./out.Mun. <sup>2</sup>	10.410	2.183	21%
Fortaleza	45.251	9.003	20%

Fonte: SMS/CEVEPI/ SINASC em 13 de outubro de 2008.

Quadro 3 Mortalidade materna em adolescente segundo a SER, Fortaleza-CE, 2006.

SER	Nº. de óbitos maternos	Nº. de óbitos maternos em adolescentes
SER I	2	1
SER II	1	-
SER III	2	1
SER IV	3	1
SER V	3	2
SER VI	5	1
Fortaleza	16	6

Fonte: SMS/CEVEPI/ Comitê de prevenção da mortalidade materna de Fortaleza.

<sup>2</sup> Ign - ignorado/outros município

## ANEXO C

### **Atribuições comuns a todos os profissionais que integram as equipes da ESF**

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais aquela população está exposta;
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocam em risco a saúde;
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nas diferentes fases do ciclo da vida;
- Valorizar a relação com o usuário e com a família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto, de respeito;
- Realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento;
- Resolver os problemas de saúde ao nível de atenção básica;
- Garantir acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar;
- Prestar assistência integral à população adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada;
- Coordenar, participar de e/ou organizar grupos de educação para a saúde;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados;
- Fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e suas bases legais;
- Incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde;
- Auxiliar na implantação do Cartão Nacional de Saúde.

Retirado do Guia Prático da Saúde da Família- Ministério da Saúde, 2000, p. 75.

## ANEXO D

### Atribuições Específicas do Enfermeiro

- Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada;
- Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolo estabelecido nos Programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão;
- Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a Unidade de Saúde da Família –USF;
- Executar ações de assistência integral em todas as fases do ciclo da vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso;
- No nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
- Realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na USF e, quando necessário, no domicílio;
- Realizar as atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 2001;
- Aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva;
- Organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas, como hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, etc.;
- Supervisionar e coordenar ações para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e de Auxiliares de Enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.

Retirado do Guia Prático da Saúde da Família-Ministério da Saúde, 2000, p. 75.

**ANEXO E****Parecer do Comitê de Ética****Universidade Federal do Ceará  
Comitê de Ética em Pesquisa****Of. N° 35/08**

Fortaleza, 07 de fevereiro de 2008

**Protocolo COMEPE n° 282/07****Pesquisador responsável:** Maria Glêdes Ibiapina Gurgel**Dept°./Serviço:** Departamento de Enfermagem/ UFC**Título do Projeto:** "Prevenção da gravidez na adolescência: atuação da enfermeira na perspectiva da promoção da saúde"

Levamos ao conhecimento de V.S.a que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, Resolução n° 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 31 de janeiro de 2008.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

A handwritten signature in cursive script that reads 'Mirian Parente Monteiro'.

Dra. Minan Parente Monteiro  
Coordenadora Adjunta do Comitê  
de Ética em Pesquisa  
COMEPE/UFC