

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE-UFRN  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-CCS  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**Líbne Lidianne da Rocha e Nóbrega**

***PRÁTICA DO ENFERMEIRO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF NA  
PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE***

Natal-RN  
2007

**Líbne Lidianne da Rocha e Nóbrega**

***PRÁTICA DO ENFERMEIRO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF NA  
PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre** em Enfermagem. Área de concentração: Assistência à Saúde.

Orientador (a): Prof<sup>a</sup> Dra. Akemi Iwata Monteiro

Natal-RN  
2007

Divisão de Serviços Técnicos

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Setorial de Enfermagem

Nóbrega, Líbne Lidianne da Rocha e.

Prática do enfermeiro do Programa Saúde da Família – PSF na promoção da saúde do adolescente / Líbne Lidianne da Rocha e Nóbrega. - Natal, [RN], 2007.

163 f.

Orientador: Akemi Iwata Monteiro.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

1. Promoção da Saúde – Dissertação. 2. Saúde do Adolescente – Dissertação. 3. Programa Saúde da Família – Dissertação. I. Monteiro, Akemi Iwata. II. Título.

RN/UF/BSE

CDU 614-053.6

**Líbne Lidianne da Rocha e Nóbrega**

***PRÁTICA DO ENFERMEIRO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF NA  
PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre** em Enfermagem. Área de concentração: Assistência à Saúde.

Aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Akemi Iwata Monteiro – (Orientadora)  
Departamento de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Soraya Maria de Medeiros – (Titular)  
Departamento de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Lenilde Duarte Sá - (Titular)  
Departamento de Enfermagem - Universidade Federal da Paraíba

---

Prof<sup>a</sup> Rosalba Pessoa de Souza Timóteo - (Suplente)  
Departamento de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

## **DEDICATÓRIA**

*Após a concepção, vim ao mundo para sentir (me) e realizar (me) em VIDA. A partir de então, momentos prazerosos, batalhas intensas, guerreiros distintos, estratégias ingênuos ou sagazes... e um escudo especialmente moldado para mim... com suas perfeitas imperfeições – MEUS PAIS.*

*Devo ao meu pai e, em especial, à grande mulher, minha **MÃE**, tudo que fui, tudo que sou e aquilo que ainda está por vir de mim.  
Dedico a vocês mais essa conquista!*

## ***AGRADECIMENTOS***

- ... a **DEUS** pela luz, força e mistério constante, que nos sonda e fala em nosso coração.
- ... à toda a minha **família**, em especial, às minhas irmãs Lívia e Kátia pelo carinho, apoio emocional, suporte e pelas palavras de força; à minha prima-tia Edinha pela ajuda incondicional de sempre e pelo grande apoio durante a coleta de dados; a tia Odete, tio Luís, por estarem sempre me apoiando com orações, com pensamentos e conselhos positivos e; a meus sobrinhos Vinícius e Victor pela simples presença em minha vida.
- ... à prof<sup>a</sup> Dra. Akemi pela orientação, pelo apoio e pelos insights no decorrer da trajetória de construção do trabalho científico.
- ... à CAPES, pelo incentivo à pesquisa, uma das bases para o desenvolvimento da humanidade.
- ... às professoras Soraya Medeiros, Rosalba Timóteo, Bertha Cruz e Raimunda Germano pela contribuição desde o período das disciplinas, banca de qualificação até os momentos finais do mestrado e à prof<sup>a</sup> Lenilde Duarte pela disponibilidade em participar da banca de defesa, contribuindo com o engrandecimento do trabalho.
- ... aos professores do Mestrado em Enfermagem da UFRN pelo apoio e estímulo à pesquisa.
- ... ao Secretário de Cidadania, à Gerência Executiva de Saúde, da Educação, aos gerentes e às diretoras das Unidades Saúde da Família e das escolas selecionadas para a pesquisa e à diretora do PETI I de Mossoró-RN por me permitirem o acesso a estes locais.
- ... aos enfermeiros do estudo, colegas tão especiais e gentis, por me permitirem conhecer um pouco do seu labor cotidiano.
- ... aos adolescentes da pesquisa, jovens colaboradores, já tão conhecedores de problemas que lhes afligem a vida. Agradeço-lhes pela oportunidade de me aproximar de sua realidade.

... aos que trabalham no Departamento de Enfermagem da UFRN, em especial, a Gracinha, e, à ex-funcionária Liliane Alcântara (Lili), pelo apoio e pelo carinho.

... aos amigos(as) de ontem, de hoje e de sempre, em especial, a Laiane, pela parceria, amizade incondicional, atenção, pelo apoio, pela simplicidade de espírito e maturidade ao passar sua experiência de vida. A Roberta, pessoa com quem dividi o teto de morada nesta cidade e opiniões divergentes, enfim, bem antes disso, uma eterna amizade. A Edmassandra e Kassandra, amigas da adolescência, pelo carinho, pelo apoio, pelos ensinamentos, pelos “respiradouros”. Às alunas da Faculdade de Enfermagem da UERN, Ariane e Rúbia, pelo carinho, pela preocupação, pela lealdade. A Waguinho, Érica Dutra e Érica Formiga pelo apoio e pelas palavras de força.

... a Carmélia, Nair, Tião e Katamara, colegas de equipe, pelo apoio e pela compreensão.

... a Nadja Escóssia, a Luzia Cecília e a todos os colegas do Departamento de Enfermagem da UERN pela atenção.

... à Direção e à Chefia do Departamento de Enfermagem da UERN, nas pessoas da prof<sup>a</sup> Fátima Mota e prof. Alcivan Nunes, respectivamente, pela compreensão.

... e a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram com mais essa grande conquista.

Meu muito obrigada!

*“A atual definição holística da paz significa cuidar bem de si mesmo, dos outros e do ambiente” (MALDONADO, 2004).*



## **RESUMO**

NÓBREGA, Líbne Lidianne da Rocha e. **Prática do enfermeiro do Programa Saúde da Família – PSF na promoção da saúde do adolescente**. 2007, 163 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, [2007].

A atenção à saúde do adolescente, baseada no paradigma flexneriano, necessita ser superada. A partir da Conferência Internacional de Ottawa (1986), a literatura vem elaborando a discussão de que a promoção da saúde, baseada no paradigma de produção social em saúde, sugere uma concepção sanitária que visa superar as práticas assistenciais tradicionais. O Programa Saúde da Família - PSF aspira a transmutar o modelo de assistência vigente, sendo o enfermeiro elemento essencial ao trabalho desenvolvido no programa. Ante este contexto, objetivando-se analisar a prática do enfermeiro do PSF para a promoção da saúde do adolescente, elaborou-se uma pesquisa descritiva de abordagem metodológica quantitativa com a inclusão de dados qualitativos. Foram realizadas entrevistas com 9 enfermeiros de 3 Unidades Saúde da Família – USF de Mossoró-RN e aplicados questionários com 74 adolescentes com idade entre 15 e 19 anos, de escolas públicas das adjacências das USF onde atuam esses enfermeiros. As descrições quantitativas foram transformadas em tabelas, quadros e gráficos a partir do programa Excel (Microsoft) e as qualitativas foram trabalhadas através da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2004). A análise foi realizada, utilizando-se o referencial de promoção da saúde trazido pelo estudo. Os resultados mostram que os problemas mais comuns que acontecem com os adolescentes são as drogas (33,8%), a gravidez (27,0%) e problemas político-sócio-econômico-culturais (24,3%). Os adolescentes constituem demanda espontânea e raramente buscam as USF. São tímidas as ações dos enfermeiros, palestras e grupos, frente aos macro-problemas apresentados pelos adolescentes, além de verticalizadas e irregulares. Os enfermeiros conhecem a promoção da saúde genericamente, não explicitando como operacionalizá-la a partir de sua prática cotidiana. Concluiu-se que a prática do enfermeiro do PSF ainda não se volta à promoção da saúde do adolescente, sendo necessária a programação de módulos sobre a temática para a capacitação contínua de equipes, profissionais das USF, assim como de professores e demais funcionários das escolas, dando espaço à participação de acadêmicos. As discussões devem ser socializadas junto à comunidade para se discutir possibilidades de enfrentamento dos problemas, que também requisitam mudanças sócio-estruturais. Esta pesquisa pode contribuir como trabalho-diagnóstico, no qual se conheceu a realidade assistencial do enfermeiro do PSF a um grupo específico.

**Palavras-Chave:** Promoção da Saúde, Saúde do Adolescente, Programa Saúde da Família, Enfermagem.

## ***ABSTRACT***

NÓBREGA, Líbne Lidianne da Rocha e. **Practice of Nurse Program Health of the Family – PSF in promotion the health of adolescents**. 2007, 163 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, [2007].

Attention to the health of adolescents, based on paradigm flexneriano, needs to be overcome. Since the International Conference of Ottawa (1986), the literature is developing a discussion of the promotion of health, based on the paradigm of social production in health, suggests a design to overcome the health care traditional practices. Program Health of the Family – PSF has this purpose to transmute the model of existing assistance, where the nurse is an essential element to the work done in the program. Around this context, it is our purpose to analyze the practice of nurse of the PSF for the promotion of health of adolescents, produced by a search of descriptive quantitative approach with the inclusion of qualitative data. Interviews were conducted with 9 nurses 3 units of health of the family – USF, Mossoró-RN and applied questionnaires with 74 teenagers aged between 15 and 19 years old, with some nearby public schools where USF operate these nurses. The quantitative descriptions were transformed on tables, pictures and graphics using the program Excel (Microsoft) and the qualitative were worked through the technique of analyzing the content of Bardin (2004). The review was realized using the reference to promote health brought by the study. The results show that the most common problems that happen with teenagers are the drugs (33,8%), pregnancy (27,0%) and political problems-socio-economic-cultural issues (24,3%). Adolescents are spontaneous demand and rarely seek the USF. The actions presented by the nurses as, lectures and groups, are nothing comparing to the macro-problems presented by adolescents, and verticalized irregular. The nurses know the promotion of health generally, not explaining how operate it from its daily practice. Concluded that the practice of nurse of the PSF has not yet reach the promotion of health of the adolescent, being necessary to scheduling modules on the subject to continuous training of teams, professionals from USF, as well as teachers and other staff of schools, giving space to the participation of academic. The discussions should be socialized with the community to discuss possibilities of confrontation of the problems, which also require socio-structural changes. This research can contribute as work-diagnosis, which experienced the reality of care in nursing PSF to a specific group.

**Key-Words:** Health Promotion; Adolescent Health; Family Health Program; Nursing

## *LISTA DE GRÁFICOS*

	P.	
GRÁFICO 1	Motivos dos problemas dos adolescentes	70
GRÁFICO 2	Procura do enfermeiro na unidade de saúde	83
GRÁFICO 3	Há dificuldades para o atendimento pelo enfermeiro na unidade de saúde	89
GRÁFICO 4	Dificuldades para o atendimento pelo enfermeiro	90
GRÁFICO 5	Trabalho dos enfermeiros para os adolescentes	93

## *LISTA DE QUADROS*

	P.	
QUADRO 1	Problemas de saúde ou vulnerabilidades enfrentados pelo adolescente	68
QUADRO 2	Motivos que levam o adolescente a procurar a unidade de saúde	78
QUADRO 3	Trabalhos para as vulnerabilidades dos adolescentes	80
QUADRO 4	Ações desenvolvidas pelo enfermeiro e que os adolescentes participam	94
QUADRO 5	Dificuldades nos trabalhos voltados para as vulnerabilidades dos adolescentes	96
QUADRO 6	Quem planeja os trabalhos voltados para as vulnerabilidades dos adolescentes	96-97
QUADRO 7	Resultados dos trabalhos voltados para as vulnerabilidades dos adolescentes	97

## *LISTA DE TABELAS*

	P.	
TABELA 1	Distribuição percentual dos adolescentes participantes da pesquisa, por idade e por sexo, 2007	57
TABELA 2	Problemas mais comuns que acontecem com os adolescentes da comunidade, por sexo, 2007	67
TABELA 3	Ida à unidade de saúde durante adolescência, por sexo, 2007	73
TABELA 4	Frequência de ida à unidade de saúde durante adolescência, por sexo, 2007	74
TABELA 5	Motivo da ida à unidade de saúde durante adolescência, por sexo, 2007	75
TABELA 6	Motivo do adolescente nunca ter procurado atendimento do enfermeiro, por sexo, 2007	83
TABELA 7	Adolescente atendido pelo enfermeiro, 2007	85
TABELA 8	Motivo que levou adolescente a não ser atendido pelo enfermeiro, por sexo, 2007	86
TABELA 9	Tipo de atendimento do enfermeiro, por sexo, 2007	86-87
TABELA 10	Enfermeiro tem trabalhado ou não para os adolescentes da comunidade, 2007	92
TABELA 11	Tem idéias para melhorar o atendimento na unidade de saúde para os adolescentes, por sexo, 2007.	98
TABELA 12	Idéias para melhorar o atendimento na unidade de saúde para os adolescentes, por sexo, 2007.	99

## *LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS*

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRES	Associação Brasileira de Economia da Saúde
ACD	Auxiliar de Consultório de Dentista
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AMPASA	Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde
BEMFAM	Bem-Estar Familiar no Brasil
CAIC	Centro de Atenção Integrada à Criança
CE	Ceará
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FGV	Fundação Getúlio Vargas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PB	Paraíba
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PETI I	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil I
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SF	Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
USF	Unidade de Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERN	Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte

## SUMÁRIO

<b>PARTE I: PERCURSO PRECEDENTE</b> .....	P. 15
<b>Introdução</b> .....	16
<b>PARTE II: PERCURSO TEÓRICO</b> .....	23
<b>Capítulo I: Promoção da Saúde: planos de luz e como tudo começou</b> .....	24
<b>1.1 Antecedentes</b> .....	24
<b>1.2 O Moderno Movimento de Promoção da Saúde</b> .....	26
<b>Capítulo II: Promoção da Saúde no Brasil: luz sobre práticas de saúde</b> .....	35
<b>2.1 A Prática do (a) Enfermeiro (a) do Programa Saúde da Família-PSF e a Promoção da Saúde do Adolescente</b> .....	43
<b>PARTE III: PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	52
<b>Capítulo III: Material e Métodos</b> .....	53
<b>3.1 Documentação Indireta</b> .....	53
<b>3.2 Documentação Direta</b> .....	53
3.2.1 Tipo de pesquisa.....	53
3.2.2 Local da pesquisa.....	54
3.2.2.1 Caracterização dos locais da pesquisa.....	55
3.2.3 Participantes da pesquisa.....	56
3.2.4 Instrumentos e recursos para a coleta de dados.....	58
3.2.5 Análise dos dados obtidos.....	59
3.2.6 A pesquisa real.....	60
<b>PARTE IV: PERCURSO REVELADOR: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	63
<b>Capítulo IV: Prática do Enfermeiro do Programa Saúde da Família – PSF na Promoção da Saúde do Adolescente: um feixe de luz</b> .....	64
<b>4.1 Plano de Análise</b> .....	64
<b>4.2 Análise e Discussão dos Resultados</b> .....	66
<b>PARTE V: PERCURSO FINAL</b> .....	129
<b>Considerações Finais</b> .....	130
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	138
<b>APÊNDICES</b> .....	152
<b>ANEXOS</b> .....	157

**PARTE I: PERCURSO PRECEDENTE**

*“Compelidos a tomar decisões dia-a-dia, os seres humanos atuam como farejadores que cheiram o ambiente a fim de calcular sensivelmente seus deslocamentos”  
(RESTREPO, 1998).*



---

## INTRODUÇÃO

No trilhar dos quatro anos de trabalho enquanto enfermeira do Programa Saúde da Família – PSF (no período de 2000-2002 no município de Fortim-CE, com 13.867 hab.<sup>1</sup> e entre 2002-2004 em Coxixola-PB, com 1.719 hab.<sup>2</sup>), foi-me requestado o comprometimento com ações de saúde, que a priori, envolveriam a intersetorialidade entre a Secretaria Municipal de Saúde - SMS, a de Ação Social e a Secretaria de Educação. Faz-se esse breve resgate sobre a experiência vivenciada nesse período, pois é a partir dela que se incitam neste trabalho, questionamentos e reflexões sobre a atenção do enfermeiro no PSF voltada para a promoção da saúde, em específico, do grupo adolescente, possibilitando a releitura dessa prática.

Na verdade, não se denota tarefa fácil enumerar com precisão as atividades da enfermeira em meio a uma tumultuada agenda de compromissos, ou ajustá-las sem hesitação à categoria de promoção da saúde. Dito isto, principalmente, frente às dificuldades<sup>3</sup> de ordem gerencial-econômica-logística-humana-estrutural e cultural (onde se incluem as crenças e costumes da própria população), observadas durante esses anos, presentes na operacionalização do sistema administrativo municipal e dos seus subseqüentes: saúde, educação, ação social, saneamento e outros.

Acrescida ao trabalho assistencial cotidiano, a participação em seminários e treinamentos realizados em nível municipal e estadual de saúde e educação, bem como por organizações não-governamentais (ex.: Pathfinder do Brasil), pela Escola de Saúde Pública do Ceará, entre outros, era uma constante. Ademais, todos os treinamentos demandavam ações de saúde específicas a serem implementadas pelos profissionais no retorno à unidade.

Além disso, as campanhas anuais de saúde, a estratégia da distribuição do leite e do óleo para as crianças e gestantes desnutridas do município eram proposições qualificadas como importantes ao alcance de melhorias à saúde da população, alvo das iniciativas. Do mesmo modo, foram pensadas as capacitações da enfermeira para que esta se tornasse agente

---

<sup>1</sup> IBGE Cidades. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em: 08 de abr. de 2007.

<sup>2</sup> IBGE Cidades. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em: 08 de abr. de 2007.

<sup>3</sup> Não se faz necessário neste breve resgate, detalhar estas dificuldades vividas nas duas experiências de PSF. A intenção, na verdade, é apontar que as atividades aconteciam sob pressão de condicionantes que concorriam para atonia da promoção da saúde nos municípios.

multiplicadora entre adolescentes e demais pessoas da comunidade ou para qualificar professores do Ensino Fundamental e Agentes Comunitários de Saúde-ACS para serem multiplicadores de saúde. Falava-se sobre a necessidade do trabalho com parcerias da comunidade para a execução das ações.

Não obstante se tencionasse colaborar com a saúde da comunidade, percebia-se uma séria fragilidade das ações e uma fragmentação na sua concretização. As ações de saúde não se intercambiavam e não mantinham continuidade, tornando-se efêmeras. Eram isoladas, pois geralmente, não se desencadeavam atreladas a outras ações da própria saúde ou de outros setores, visando um fim único. Geralmente, começavam no caput hierárquico superior do sistema de saúde e vinham sendo desenroladas em etapas interceptadas e reiniciadas ou não em cada novo segmento decrescente desse sistema, com objetivos elaborados a cada nova criação, a cada novo treinamento

Recordam-se algumas modestas tentativas da equipe de saúde da família de Coxixola-PB e da própria gestão municipal de fazer diferente, ou seja, de tentar construir ações de saúde conjuntas, contínuas e a partir da realidade. Foram realizados treinamentos de ACS, mutirão contra o lixo e contra a dengue (SMS, Secretaria de Obras e Saneamento e população), atividades educativas periódicas em salas de aula com crianças e adolescentes de Ensino Primário e Fundamental, sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST, Acquired Immune Deficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) - AIDS, sexualidade, higiene pessoal, ambiental. Contribuiu-se com gincanas educativas a convite da Secretaria de Educação do município, colaborando-se também com o grupo de gestão coordenado pelo prefeito para decisão de ações importantes para a cidade, entre outras.

Mas, ainda assim, muitas dessas ações eram pensadas por poucos, mesmo quando concretizadas pela população e por outros segmentos, além do setor saúde. E, às vezes, eram descontínuas, sofrendo ainda entraves como orçamento municipal limitado, cultura popular da omissão/comodismo e da discordância gratuita entre os partidos políticos.

Desde então, certas questões vêm sendo mentalizadas com o propósito de se apreender o sentido do trabalho desenvolvido no PSF, tais como: O que acontece para que as ações de saúde não sejam pensadas e concretizadas de forma contínua e integrada, abrangendo interesses coletivos e sujeitos sociais diversificados? Como é (se é) pensada a promoção da saúde em um contexto cujas ações têm cunho preventivo e curativo, raramente promocional, elaboradas por alguns indivíduos em setores isolados? Quais são as demandas do serviço de saúde e como são vistas? Como intervir sobre saúde e doença mediante a compreensão da promoção da saúde?

Durante a vivência laboral nas realidades supracitadas, foram desenvolvidas iniciativas voltadas aos adolescentes: ações educativas, distribuição de condons, além do planejamento familiar e pré-natal. Estas iniciativas eram realizadas primordialmente, com a mesma metodologia e no mesmo grupo de mulheres adultas, e apontavam, sobretudo, para a prevenção de DST/AIDS, gravidez precoce, câncer de colo de útero e complicações da gravidez. A presença de adolescentes na comunidade parecia incitar, principalmente, a idéia de ameaça de problemas específicos relativos a comportamentos de risco. Daí, a atenção ter se voltado de forma isolada, não contínua, e, prioritariamente, para o eixo sexual e reprodutivo, tendo sido planejada e consolidada com o enfoque biologicista/controlista que marca o setor.

Hoje, ao repensar acerca dessa trajetória assistencial do enfermeiro ao adolescente no labor do PSF, brevemente mencionada, tornou-se objeto de interesse da autora, fazer a relação destas experiências com literaturas que discutem as concepções em torno do assistir à saúde. Reunidos os textos, observou-se que as práticas sanitárias correntes dirigidas ao adolescente carecem ser revistas, pois, conforme autor (BURT, 1998, p. 7), “la atención que el adolescente recibe normalmente, si recibe alguna, se centra, con demasiada frecuencia, en comportamientos problemáticos muy específicos, cuando éstos están bien arraigados”.

Cartana e Ramos (2005) afirmam que, apesar de sua importância, os serviços de saúde continuam despreparados para o cuidado ao segmento adolescente, pressupondo-se, então, a necessidade premente de superação das formas predominantes e hegemônicas de se apreender a adolescência, as quais têm direcionado a atenção prestada a este grupo específico.

Segundo Patrício (2000), o adolescente ainda é bastante marginalizado no que diz respeito à atenção direta e, mesmo quando se focaliza a adolescência, geralmente, ressaltam-se problemas e doenças advindas de sua vivência, riscos de condições biológico-sociais que enquanto crianças não seriam possíveis de ocorrer.

Entretanto, a partir da Conferência Internacional de Ottawa (1986), vem sendo fortalecida a discussão em torno da promoção da saúde. E, anterior a isso, já vem sendo erigido o debate científico-político que põe em evidência a necessidade de revisão e superação das práticas hegemônicas dos serviços de saúde, fundamentadas pelo paradigma flexneriano. Avigora-se, então, a importância do olhar sobre o contexto e as pessoas a quem se destinam as ações, numa perspectiva de capacitar e emancipar a comunidade para que adquira qualidade de vida.

Ao se voltar para as conceituações de promoção da saúde, observa-se que estas podem ser agrupadas em dois grandes grupos (SUTHERLAND; FULTON apud BUSS, 2003). No primeiro, o conceito enfatiza a transformação de comportamentos, focando os estilos de vida

dos indivíduos. No segundo grupo de conceituação, insere-se a Carta de Ottawa, sendo o documento mais conhecido como referência à corrente da Nova Promoção à Saúde (BUSS, 2000, CARVALHO, 2002). Os conceitos de saúde e promoção da saúde, trazidos pela Carta, embasarão a análise do objeto de estudo desta pesquisa.

Destarte, a Carta de Ottawa (1986) enfatiza como pré-requisitos para a saúde, condições e recursos, tais como: paz, habitação, ecossistema saudável, educação, alimentação, equidade, entre outros, acrescentando como estratégias para a promoção da saúde, a construção de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o reforço à ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades individuais e a reorientação dos serviços de saúde.

No Brasil, a promoção da saúde vem fundamentando a constituição de programas e se tornando componente da política de saúde, o Sistema Único de Saúde - SUS. O Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD, criado em 1989, propõe ações básicas que se baseiam em uma política de promoção da saúde, identificação de grupos de risco, prevenção, tratamento adequado e reabilitação (BRASIL, 1996). Assim, prioriza ações que são orientadas pelo princípio da integralidade, multidisciplinaridade, intersetorialidade e interinstitucionalidade, levando-se em conta as diretrizes do SUS (FERREIRA et al., 2000).

O PSF, por sua vez, enquanto estratégia criada em 1994 para colaborar com a reorganização do sistema de saúde e viabilizar as propostas do SUS, admite os princípios deste último, e conforme salienta o Ministério da Saúde- MS, prima as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, de adultos e crianças, sãos e doentes, de forma integral e contínua.

Daí, a Estratégia Saúde da Família ter sido considerada pelo Ministério da Saúde, como a “política de saúde que pode mudar a situação atual dos adolescentes no país [...] por se aproximar mais das condições socioculturais e assim cumprir os princípios que norteiam o SUS” (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2006, p. 2491).

Além disso, autores (NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. do. 2005) denotam que, a partir do SUS, a prática da enfermeira vem passando por mudanças, em um movimento de transformação de uma atuação profissional, primordialmente, da área curativa, individualizada, ligada às instituições hospitalares, para a produção de serviços em unidades básicas de saúde com relevo para ações promocionais e preventivas em bases coletivas.

Assim, as ações de enfermagem junto ao adolescente, consoante Ferreira et al. (2000), não podem estar desarticuladas das ações globais e nem desconsiderar as questões de cunho político, social e econômico que englobam o assunto saúde, pois, em conformidade com os

autores, conceber o direito que esse sujeito tem à saúde e empenhar-se para sua promoção, proteção e recuperação é uma questão de respeito à cidadania.

De modo que, acredita-se nesta pesquisa, que a abordagem do adolescente feita pelo enfermeiro no PSF, vem sendo repensada e, que suas ações não se restringem aos serviços de saúde e nem contemplam apenas o conceito biológico de adolescência e tentativas de controle de comportamento/estilos de vida/doenças. Pois, o referencial atual sobre promoção da saúde considera que os sujeitos a quem se destinam as ações, têm e devem exercer um papel social preponderante no empenho por melhores condições de vida.

Portanto, finalmente, diante deste contexto exposto no preâmbulo da pesquisa, reflexo de um fazer/pensar que não são estáticos, questiona-se: Como ocorre a prática do enfermeiro da equipe de Saúde da Família - SF voltada ao adolescente? O enfermeiro da equipe de SF tem contribuído com o desencadeamento de ações que promovam a saúde do adolescente?

De modo que, constitui-se objetivo geral deste trabalho, analisar a prática do enfermeiro do Programa Saúde da Família voltada para a promoção da saúde do adolescente. E como objetivos específicos: Identificar os problemas de saúde do adolescente que busca a atenção do enfermeiro; Identificar as ações do enfermeiro do PSF voltadas para o adolescente com o sentido de promoção da saúde; Analisar a percepção do enfermeiro do PSF sobre a promoção da saúde do adolescente.

Salienta-se que se visualiza o enfermeiro enquanto elemento essencial ao trabalho desenvolvido no PSF, embora, como elemento co-participante no trabalho do setor saúde e deste com os demais setores (educação, ação social, justiça, meio ambiente e outros), atuando em um movimento transdisciplinar de ações voltadas para a promoção da saúde do adolescente.

Assim, esboça-se um estudo que consubstancia uma discussão relevante no campo da saúde, em específico, no campo da atenção primária, em que se destaca o PSF, aonde a promoção da saúde e a assistência ao adolescente vêm sendo consolidadas teoricamente, estando amparadas legalmente através de marcos como: a Carta de Ottawa de 1986, a Carta Magna de 1988, as bases do Programa Saúde do Adolescente – PROSAD de 1989, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA de 1990, entre outros.

Demais, analisar a prática do enfermeiro da equipe do SF para a promoção da saúde do adolescente configura-se em um modo de se conhecer o que se espera e o que tem sido concretizado por esse profissional no intuito de se promover a saúde deste grupo. Possibilita-se, inclusive, pensar na reestruturação e na melhoria da qualidade dos serviços prestados nas

USF, com base em um apontamento feito pelo próprio adolescente e na observação de um diagnóstico da prática profissional voltada ao grupo. Permite-se ainda, uma reflexão sobre o conhecimento do enfermeiro acerca da promoção da saúde, desvendando-se se há superação do paradigma biomédico na prática corrente do PSF, conforme proposto pelo SUS.

Nesta perspectiva, com base no objetivo geral desta pesquisa, consubstanciado nesta parte introdutória, explicitam-se os seus capítulos que têm como razão, trazerem à tona, de forma gradativa, a fundamentação teórica do fenômeno estudado até chegar-se ao desvelamento de traços importantes da realidade pesquisada e às considerações finais sobre a mesma.

Inicia-se na Parte II, intitulada Percurso Teórico, o capítulo I, “Promoção da Saúde: planos de luz e como tudo começou”, onde se faz um breve resgate da origem do termo promoção da saúde e de suas interpretações, e se retrata o movimento moderno em torno da mesma, iniciado com o Relatório Lalonde e fortalecido pela Carta de Ottawa, a qual se torna referência conceitual para o desenvolvimento das idéias de promoção da saúde no mundo.

No capítulo II, “Promoção da Saúde no Brasil: luz sobre práticas de saúde” refaz-se a perspectiva histórica das políticas de saúde no Brasil desde fins do século XIX, conferindo-se os paradigmas que circundam a concepção e as práticas de saúde desde então, até chegar ao paradigma da produção social em saúde, resgatado pela promoção da saúde, compreendendo-se por que esta última se comunica com a atual política de saúde brasileira, o SUS, e pode se materializar através das práticas cotidianas do PSF.

Neste capítulo é realizada ainda uma contextualização da política de saúde do adolescente e da assistência à saúde do grupo, assim como da relação do enfermeiro com o PSF e a sua possibilidade de contribuir com a mudança de práticas assistenciais embasadas em um paradigma obsoleto e com o desencadeamento da promoção da saúde do adolescente. A construção de uma base teórica acerca da prática do enfermeiro voltada ao adolescente no PSF se constituiu em mais um desafio à pesquisadora em vista do referencial ainda escasso neste campo.

Na parte III, intitulada Percurso Metodológico, sistematiza-se o capítulo III, “Material e Métodos”, onde são descritos o tipo de pesquisa, o local, os participantes, os instrumentos e recursos para a coleta de dados e as técnicas de análise dos dados obtidos. A pesquisa é descritiva, de abordagem metodológica quantitativa com a inclusão de dados qualitativos, tendo sido retratado também neste terceiro capítulo, um pouco do que aconteceu na pesquisa real, ou seja, dos eventos pouco esperados, emanados do contato com o campo.

Na parte IV, intitulada Percurso Revelador: apresentação e discussão dos resultados, é desdobrado o capítulo IV, “Prática do Enfermeiro do Programa Saúde da Família – PSF na Promoção da Saúde do Adolescente: um feixe de luz”, onde é apresentado o plano de análise, ou seja, a forma como os dados quantitativos e qualitativos estão seqüenciados para sua análise e é retratada a análise das informações contidas nos questionários dos adolescentes ou obtidas através das entrevistas com os enfermeiros, e a análise dos conteúdos manifestos captados a partir da leitura de depoimentos das entrevistas.

Finalmente, na parte V, intitulada Percurso Final, desenvolvem-se as Considerações Finais, em que são elencadas as principais conclusões do estudo, em vista do pressuposto, das questões e do objetivo inicial apontado pela pesquisa, assim como, suas propostas e sua possível contribuição para a construção de um alicerce teórico que sirva a futuras pesquisas e à operacionalização de projetos de assistência ao adolescente.

**PARTE II: PERCURSO TEÓRICO**

*“As estruturas de pensamento não são mais do que relações entre corpos que se interiorizam, afeições que, ao se tornarem estáveis, nos impõem um certo modelo de fechamento ou de abertura do mundo” (RESTREPO, 1998).*



## Capítulo I:

---

### Promoção da Saúde: planos de luz e como tudo começou.

#### 1.1 Antecedentes:

“As idéias vêm despontando, fracas ou não, intencionais ou não, faz algum tempo.”

Ainda entre os séculos VI e IV a.C., os gregos afastam a idéia sobrenatural da causalidade das doenças e passam a perceber a importância do ambiente, a sazonalidade, a posição social do indivíduo, o trabalho e outros como fundamentais para o aparecimento das doenças (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001). Notava-se que havia relação entre o entorno onde viviam as pessoas e o surgimento das enfermidades.

Assim, historicamente, a promoção da saúde enquanto idéia e base para a organização de políticas sociais, é anterior ao uso claro do termo (SOUZA; GRUNDY, 2004).

Porém, somente em um período bem mais adiantado da história é que se vem falar em promoção da saúde. Winslow (apud BUSS, 2003, p. 17) comenta sobre a saúde pública em 1920, como “a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física, mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle das infecções na comunidade [...]”. É este mesmo autor que faz menção à promoção da saúde como “[...] um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal [...]”.

Henry Sigerist, médico canadense, esteve também entre os primeiros a usar a expressão “promoção da saúde”, tendo o realizado em 1945. Fez isto ao definir as quatro tarefas primordiais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção da doença, a recuperação do enfermo e a reabilitação (BUSS, 2003).

Leavell e Clark em 1974 também fazem referência à promoção da saúde em sua teoria da tríade ecológica ou modelo da história natural da doença. Informa-se que, segundo essa teoria interage em um equilíbrio dinâmico, três componentes, o homem (hospedeiro), o agente patogênico e o meio. O desequilíbrio de um dos elementos desta tríade poderia levar ao surgimento da patologia. São apresentadas então, as fases pré-patogênica e patogênica (REZENDE, 1989).

A partir dessa teoria, são levantados ainda, os níveis de aplicação das ações de saúde: no primeiro nível, na fase pré-patogênica, as ações são de higiene ambiental, educação, alimentação e lazer, tencionando-se a promoção da saúde. No segundo nível, são sugeridas medidas de proteção que evitem que a doença aconteça. Sobre o terceiro nível, fase patogênica, devem recair o diagnóstico e a terapêutica precoces, a fim de se detectar a doença e impedir sua progressão. No quarto nível, visa-se limitar o dano causado pela patologia no organismo e, por fim, no quinto nível, as medidas pretendem a reabilitação (REZENDE, 1989).

Destaque-se que o primeiro e o segundo níveis (promoção e proteção específica) constituem-se na prevenção primária, enquanto o diagnóstico e o tratamento precoce e a limitação da invalidez, na prevenção secundária e terciária, sendo que a reabilitação é citada só como prevenção (LEAVELL & CLARK apud BUSS, 2003, p. 18).

Sobre a prevenção primária, relata-se que as medidas para promoção da saúde não se direcionam à determinada doença ou desordem, mas devem contribuir para melhorar a saúde e o bem-estar gerais. São sublinhadas a educação e a motivação sanitárias como aspectos importantes para este fim, sendo um bom padrão de nutrição, adequado às fases do desenvolvimento humano, a educação sexual e o aconselhamento pré-nupcial, a orientação sanitária nos exames de saúde periódicos, o aconselhamento à saúde em qualquer momento de contato entre médico e paciente (estendendo-se ao resto da família), alguns procedimentos para a promoção da saúde (LEAVELL & CLARK apud BUSS, 2003, p. 18).

Porém, essa abordagem de promoção da saúde acaba sendo considerada como centrada no indivíduo, com uma extensão para famílias ou grupos dentro de algumas restrições, tendo-se concluído ainda que o uso dos conceitos de Leavell & Clark é impróprio para o caso das doenças crônicas não-transmissíveis (BUSS, 2000).

Assim, a partir da segunda revolução epidemiológica (o movimento de prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis), a promoção da saúde foi sendo relacionada a medidas de prevenção sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida, não estando mais direcionadas exclusivamente a indivíduos e famílias (TERRIS apud BUSS, 2000).

As conceituações existentes para a promoção da saúde podem, então, ser agrupadas em dois grandes grupos (SUTHERLAND; FULTON apud BUSS, 2003). No primeiro grupo, a promoção da saúde apresenta-se como “[...] atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-se no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das ‘culturas’ da comunidade em que se encontram” (SUTHERLAND; FULTON apud BUSS, 2000, p. 166). Diante dessa percepção, as ações de

promoção combinam atividades educativas associadas com riscos comportamentais que podem ser modificados ou que estariam sob o controle dos indivíduos, ao menos parcialmente.

Porém, modernamente, e no segundo grupo, a concepção da promoção da saúde destaca o papel essencial dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, informando que esta última é resultado de fatores relacionados com a qualidade de vida: “[...] padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde” (SUTHERLAND; FULTON apud BUSS, 2000, p. 167).

Adotando esta concepção, as atividades de promoção da saúde se relacionariam mais ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, sendo este percebido de uma forma ampla (ambiente físico, social, cultural, político e econômico) mediante políticas públicas e condições adequadas ao desenvolvimento da saúde e ao estímulo da capacidade dos indivíduos e comunidades (empowerment) (SUTHERLAND; FULTON apud BUSS, 2000).

Portanto, constata-se que a expressão promoção da saúde vem sendo pensada e sofrendo conotações diferentes no século XX, apesar de muito antes, como na própria antiguidade, ambiente, trabalho, posição social e outros já serem vistos como elementos intrínsecos à questão da saúde.

Em particular, ao referir-se ao início do movimento moderno de concepção e discussão da promoção da saúde, atribui-se, principalmente, ao Informe de 1974 do Ministro da Saúde do Canadá, Mark Lalonde, o marco formal para o surgimento desta nova perspectiva.

## **1.2 O Moderno Movimento de Promoção da Saúde**

Na década de 60, uma grande discussão arregimentada em várias partes do mundo, enfocando a determinação econômica e social da saúde, suscitou a busca de uma abordagem positiva nessa área, objetivando-se sobrepujar a orientação centrada, mormente, no controle da enfermidade. Dentre os projetos vislumbrados com tal desígnio, ganharam destaque, a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior e o movimento canadense desenvolvido através do Relatório Lalonde (BRASIL, 2002b).

Uma das primeiras observações que envolvem cuidado da saúde que sobrepujam a tradicional abordagem da atenção médica, trata-se do relato das missões promovidas pela

Organização Mundial de Saúde e encaminhadas à China em 1973 e 1974. Neste relato foi apresentado um conjunto de atividades com vistas à melhoria da saúde, realizadas primordialmente em ambiente rural e desenvolvidas pelos chineses desde 1965, dentre elas: estruturação da comunidade local, apoio às escolas e serviços em geral, organização da população para o cuidado com a saúde ambiental, entre outras. As experiências não puderam ser publicadas, o que não impediu que as idéias fossem utilizadas na organização da proposta de atenção primária de saúde, adotada mais tarde pela Declaração de Alma-Ata (BRASIL, 2002b).

Contudo, considera-se a divulgação do documento “A New Perspective on the Health of Canadians”, pelo Ministro da Saúde do Canadá, Mark Lalonde, em 1974, como marco do surgimento formal do moderno movimento de promoção da saúde (BUSS, 2000). Segundo autor (PEDROSA, 2004), esse documento é referência para a ressignificação da promoção da saúde, desvinculada do paradigma da história natural da doença.

O Relatório ou Informe Lalonde, como também ficou conhecido o documento, discute a necessidade de serem revistos os orçamentos públicos canadenses, os quais se organizavam para assistir às doenças, desconhecendo os fatores que as determinam (MERCADANTE, 2002). Tinha, assim, uma motivação política, técnica e econômica e pretendia defrontar os gastos crescentes da assistência médica, questionando ainda a abordagem essencialmente médica para as doenças crônicas, a qual apresentava resultados insignificantes (BUSS, 2000).

Neste relatório, foi citado um mapa de território da saúde, no qual se fala no conceito de campo da saúde. Figura neste conceito que o campo da saúde pode ser desmembrado em quatro componentes: biologia humana (aspectos biológicos individuais); ambiente (questões externas ao corpo humano, sobre as quais o indivíduo tem pouco ou nenhum controle), estilo de vida (decisões individuais que afetam a saúde e sobre as quais se tem mais ou menos controle) e organização dos cuidados/serviços de saúde (quantidade, qualidade, arranjo, natureza e relacionamentos das pessoas e recursos na provisão dos cuidados de saúde) (LALONDE, 1974).

Porém, ao dispor sobre promoção da saúde, o relatório se restringe a discutir a importância de ser compreendida a influência de estilos de vida sobre a saúde e apresenta como estratégias para o futuro no campo de saúde, propostas de programas educativos para melhorias de hábitos individuais, controle ambiental (água, solo, ar) e sobre produtos, pesquisas sobre riscos, cuidados preventivos de saúde, etc.

O Relatório Lalonde ameaça uma abertura para o social na determinação da doença ao sugerir a utilização da noção de “campo da saúde” e formular um modelo explicativo ampliado do processo saúde/doença. Este *insight*, porém, é negado no interior do próprio documento. Aos poucos o social, na saúde, vai se tornando sinônimo de “estilo de vida saudável” (CARVALHO, 2002, p. 57).

Constata-se, conforme o autor (CARVALHO, 2002) que a promoção da saúde trazida pelo Informe tem cunho behaviorista, onde o social converge para uma retórica comportamental e a-histórica, não sendo levantados temas como poder, sujeitos e estruturas sociais, capitalismo e luta de classes.

Na discussão social esboçada pela promoção da saúde behaviorista, não aparecem aspectos como pobreza, iniquidade social, desemprego, condições de trabalho e vida, participação, entre outros. Ademais, quando se afirma que o indivíduo pode fazer nada ou quase nada sobre o ambiente físico e social, supõe-se a diminuição do político e da possibilidade de mudança, restando aos menos favorecidos, moldarem seu comportamento conforme regras, valores e normas externas a eles (CARVALHO, 2002).

Em certos contextos, como naqueles em que vigora a hegemonia neoliberal, estratégias de cunho behaviorista de promoção à saúde podem denotar dispensa para que o Estado se torne alheio ao setor de atenção à saúde, responsabilizando os indivíduos, destacadamente, por seus problemas de saúde.

Na década de 70, o Relatório Lalonde influenciou em distintos países, a concepção de promoção da saúde, quando muitas práticas estiveram voltadas à mudança de hábitos, estilos de vida e comportamentos individuais não saudáveis, dentre eles, o fumo, a obesidade, promiscuidade sexual e o abuso de drogas. Tal abordagem assistencial focava a prevenção de doenças crônico-degenerativas, problema significativo nos países desenvolvidos (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Esse mesmo Relatório exerce influência também em 1977 sobre o lançamento do slogan “Saúde para todos no ano 2000” pela Organização Mundial de Saúde – OMS. Dá-se início, então, a várias iniciativas lideradas pela OMS, partindo-se da concretização da Iª Conferência Internacional sobre Atenção Primária, realizada em Alma-Ata, em 1978, donde resultou a Declaração de Alma Ata (PEDROSA, 2004; SOUZA; GRUNDY, 2004).

Ocorre que a ampliação da compreensão sobre o fenômeno saúde-doença para além dos limites sanitários, o entendimento sobre o dever dos Estados de garantirem os meios para o bem-estar dos indivíduos, a realidade dos países subdesenvolvidos e a crise mundial da época, sinalizam para a introdução de novas práticas de promoção e prevenção (PEDROSA, 2004).

Eis, então, que se discute sobre a Nova Promoção à Saúde, elucidando que ela comparte com o modelo behaviorista a crítica ao paradigma biomédico e a necessidade de ampliação do entendimento do processo saúde-doença. Ao passo que, diverge deste modelo, quanto ao realce dado à intervenção com vistas a modificar hábitos de vida e da idéia de culpabilização dos indivíduos por seus comportamentos, quando as causas podem ser explicadas a partir do entorno social (CARVALHO, 2002).

Segue-se, pois, à Conferência de Alma Ata, a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, na cidade de Ottawa no Canadá e inspirada nas recomendações e documentos oriundos de Alma Ata. Das discussões empreendidas durante a Conferência sobre Promoção da Saúde, resulta a Carta de Ottawa, documento que se torna referencial para o desenvolvimento das idéias de promoção da saúde no mundo, uma base ideológica sobre esta última (BUSS, 2000, OLIVEIRA, 2005).

A Carta de Ottawa se inscreve no segundo grupo de conceituação da promoção da saúde (citado no subcapítulo dos Antecedentes), sendo o documento mais conhecido como referência à corrente da Nova Promoção à Saúde (BUSS, 2000, CARVALHO, 2002). Os conceitos de saúde e promoção da saúde trazidos pela Carta embasarão a análise do objeto de estudo desta pesquisa.

A Declaração de Ottawa (1986, p. 1-2) define saúde como sendo:

O maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. As ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis.

Entendida deste modo, a saúde não chega a ser um fim, mas um meio para que os indivíduos atinjam a qualidade de vida. E demais, necessita também de recursos muito além do setor exclusivamente sanitário para que possa ser tocada. A Carta de Ottawa propõe, então, um conceito positivo para saúde, onde destaca os recursos pessoais e sociais e as capacidades físicas. Afirma-se no texto oficial que a promoção da saúde é:

O nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver [...]. A promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (CARTA DE OTTAWA, 1986, p. 1).

Percebe-se nestas duas últimas definições, a ênfase na importância da intersectorialidade e da participação social como meios necessários para a promoção da saúde. Ademais, a Carta (1986) considera ainda como pré-requisitos para a saúde, condições e recursos, tais como: paz, habitação, ecossistema saudável, educação, alimentação, justiça social, equidade, entre outros, acrescentando como estratégias para a promoção da saúde, a construção de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o reforço à ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades individuais e a reorientação dos serviços de saúde.

Citam-se quanto à reorientação dos serviços de saúde, que a promoção da saúde nos serviços deve ser contemplada por indivíduos, comunidade, grupos, profissionais de saúde, instituições de saúde e governos. O setor específico precisa adotar uma postura que perceba e respeite as peculiaridades culturais e deve mover-se, gradativamente, na direção da promoção da saúde além das ações puramente assistenciais. Deste modo, denota-se que esta reorientação admite a necessidade de maior pesquisa em saúde, assim como de transformações na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde. Isto deve levar a uma modificação de atitude e de organização dos serviços de saúde para que sejam vistas as necessidades globais do indivíduo como ser integral que é (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Ao levantar a discussão sobre as estratégias para a promoção da saúde, a Declaração de Ottawa leva a cabo o papel de introduzir esta pauta na agenda política dos países, e, além disso, divulga a idéia da saúde como um bem socialmente produzido (MERCADANTE, 2002).

Aos poucos, vai se reconhecendo no campo da saúde pública, a fragilidade do modelo de atenção então vigente, fundamentado essencialmente, no conhecimento biológico, na estrutura tecnológica médica, no risco e na assistência individual para trazer respostas aos problemas de saúde da população. Com o aprofundamento desta discussão, dá-se espaço para a reflexão sobre ações e estratégias da promoção da saúde na América Latina e no mundo (MERCADANTE, 2002).

Seguiu-se então, à Ottawa, a realização de outras conferências internacionais em diferentes países, como a de Adelaide na Austrália, a de Sundsvall na Suécia, a de Jacarta na Indonésia, a da Cidade do México no México e a de Bangkok na Tailândia, que trouxeram para a discussão, princípios já sublinhados em Ottawa e em Alma-Ata, além de novos debates. Além destas, realizou-se também a Rede de Megapaíses em Genebra, Suíça.

Anteriores à 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada na Indonésia, aconteceram conferências regionais como a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região das Américas (em Bogotá, Colômbia) em 1992 e a 1ª Conferência de Promoção da Saúde do Caribe (em Trinidad e Tobago) em 1993, com o sentido de discutir problemas específicos da região latino-americana.

A Conferência de Bogotá cita que o grande desafio da promoção da saúde na América Latina é transformar e conciliar para o bem estar social, a atual relação entre saúde e desenvolvimento, pois este tem provocado, através de políticas de ajuste macroeconômico e da crise econômica, iniquidade nesta região (DECLARAÇÃO DE SANTA FÉ DE BOGOTÁ, 1992).

A Conferência de Adelaide (DECLARAÇÃO DE ADELAIDE, 1988) aconteceu em 1988 e destacou as políticas públicas saudáveis como tema central, tendo ficado compreendido ao demarcá-las, a necessidade de que todas as políticas, não só as estritamente sanitárias, estejam preocupadas com a equidade e com a saúde das pessoas, e que pesem sua influência sobre esta última. Afirmou-se que as políticas saudáveis devem propiciar escolhas saudáveis de vida para os cidadãos e que ao formularem suas políticas, os setores da agricultura, indústria, comércio, educação e comunicação deveriam estar sintonizadas com a saúde como elemento essencial, dando atenção a esta, tanto quanto aos assuntos econômicos.

A 3ª Conferência de Saúde (DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL, 1991), realizada em Sundsvall, em 1991, enfatizou a criação de ambientes – físico, social, político e econômico favoráveis para a promoção da saúde. É interessante notar que a declaração informa sobre a interdependência existente entre ambiente e saúde, sobre a importância do desenvolvimento sustentável (o evento antecede e prepara o cenário para a concretização da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento – Rio-92). Traduz o ambiente em um entorno onde estão incluídos, casa, comunidade, lazer, trabalho e ressalta que as ações necessárias para a criação de ambientes favoráveis e promotores da saúde devem ser de caráter espiritual, social, físico, econômico e político, estando dinamicamente interligadas e coordenadas em nível local, regional, nacional e mundial.

Ao serem relatadas na Conferência, as quatro dimensões (social, política, econômica e a participação feminina) para um ambiente favorável e promotor de saúde (DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL, 1991), percebe-se uma reunião de elementos que não são exclusivos do setor sanitário. Apontam, assim como nas conferências anteriores, para uma visão ampliada de saúde, destacando ainda como imprescindível, a participação social nas decisões deste e de outros setores, inclusive por parte de grupos que têm trazido discussões sociais relevantes,



mas que ainda são por vezes secundarizados, como é o caso do segmento das mulheres. Entende-se ainda que o reescalonamento de recursos refere-se à reorganização dos planos económicos em função das necessidades sociais e não o contrário.

A Conferência de Jacarta (DECLARAÇÃO DE JACARTA, 1997) concretizada em 1997 foi a primeira a realizar-se em país em desenvolvimento e a inserir o setor privado de saúde no apoio à promoção da saúde. Considera a pobreza como ameaça à saúde e salienta os novos desafios dos determinantes da saúde: urbanização, sedentarismo, violência civil e doméstica, assim como, a degradação ambiental, a integração da economia global, o comércio e os mercados financeiros, o acesso aos meios de comunicação, entre outros que podem ter impacto relevante sobre a saúde.

A Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde ocorreu em 1998 em Genebra e “nasceu do reconhecimento da necessidade e do potencial para possibilitar um maior impacto na saúde mundial, por meio da formação de uma aliança entre os países mais populosos” (BRASIL, 2002b, p. 53).

A Conferência realizada no México em 2000 ressaltou no campo das ações, estabelecer a promoção da saúde como ponto fundamental das políticas e programas, tanto em nível local, regional, nacional, como internacional (DECLARAÇÃO DO MÉXICO, 2000).

A Conferência acontecida em Bangkok na Tailândia, em 2005, ergue proposições que acredita serem necessárias para a aquisição de saúde num mundo globalizado. Destaque-se que neste evento são citados como fatores críticos que influem sobre a saúde: o aumento das desigualdades intra e inter países, novos padrões de consumo e comunicação, comercialização, mudanças no ambiente global e urbanização (CARTA DE BANGKOK, 2005).

Em relação às Conferências Mundiais de Promoção da Saúde, afirma-se que o principal elemento discutido nas mesmas “é uma convocação à responsabilidade individual e coletiva na definição dos caminhos pelos quais podemos-devemos ‘tecnocientificamente’ modificar o mundo que nos cerca, e ‘eticamente’, repensar o (s) modo (s) de desenvolvimento e organização da vida em sociedade” (MERCADANTE, 2002, p. 290-291).

Distingue-se também nas declarações das conferências, a revisão do entendimento sobre saúde a partir de uma referência global do indivíduo que é ser integral e da responsabilização não só das pessoas “comuns” pela sua saúde individual. Mas de outros sujeitos políticos, como governos, empresários, lideranças, pela criação e implementação de políticas públicas saudáveis, em que haja oportunidade de escolhas saudáveis e onde predomine uma autonomia individual e coletiva (BRASIL, 2002b).

Aponta-se também nas cartas das conferências para a importância de se ter saúde como um meio para o desenvolvimento econômico, social e pessoal e não como um fim ou objetivo de viver. Informa-se que a saúde é um direito fundamental e que consiste num sólido investimento social. Menciona-se, marcadamente, a educação para a saúde, para o desenvolvimento das capacidades individuais e para que as pessoas aumentem o controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente (BRASIL, 2002b).

É preciso, sobretudo, destacar a partir da discussão e de questionamentos sobre a promoção da saúde, levantados por alguns autores, que esta última enfrenta alguns desafios, surgidos mediante suas contraditórias proposições. Indaga-se:

Como promover a livre escolha e, ao mesmo tempo, objetivar o esclarecimento sobre o que se constitui em escolha saudável através da educação? O fornecimento de informações relativas à saúde não restringe a possibilidade da liberdade? Não é verdade que a livre escolha é incompatível com a pré-determinação das opções possíveis, como aquelas baseadas na definição biomédica de saúde? [...] Como promover uma autônoma tomada de decisões, sem advogar certas racionalidades e repreender outras? (OLIVEIRA, 2005, p. 430-431).

Além destes, como promover autonomia individual e ao mesmo tempo coletiva? Como aumentar o controle sobre si próprio e o meio ambiente mediante a aquisição de informações em saúde? O que significa saúde como investimento social? Qual a prioridade real num Estado eminentemente capitalista? As políticas sociais oferecem direcionalidade às políticas econômicas ou vice-versa? Qual o limite das intervenções sobre o processo saúde-doença?

Certamente, como todo estudo tem uma possibilidade limitada de responder a questões da realidade, este não poderá oferecer respostas prontas a todas as perguntas acima. Por outro lado, a existência de questionamentos não anula a evolução percebida da visão sobre a saúde com o surgimento da promoção da saúde, mas significa que a reflexão sobre esta última, deve ser feita de forma contínua e contextualizada, sempre visionando a conformação de sociedades justas, igualitárias e saudáveis.

Carvalho (2004) atenta para fatores explicativos das contradições da promoção da saúde, e, dentre eles, cita a pouca ênfase que se dá a temas como o conflito de classes e a relação entre capitalismo e saúde. O que despolitiza o debate e indica a defesa de uma sociedade harmônica, em que os indivíduos são levados a mudar hábitos de vida para terem saúde.

É inegável a possibilidade de que a força econômica “propulsora” do progresso vigente e defensora de interesses específicos, não da grande maioria, subjuguem o discurso

sobre saúde, assim como de outras áreas, educação, ação social, meio ambiente, entre outras, à sua “interpretação” pouco amistosa, mas, rentável de desenvolvimento.

Entretanto, deve-se apreender a promoção da saúde na pauta das discussões de operacionalização do conceito, atrelada a dinâmica de transformação social, cujos “processos, que são coletivos, envolvem trabalho contínuo com pauta de transformações de ordem estrutural e conjuntural” (MELLO, 2000, p. 1149).

Dentre as conferências realizadas, parece-nos que a de Bangkok se sobressai no que diz respeito à menção realçada das desigualdades existentes dentro de países e entre países pobres e ricos como influentes sobre a saúde, da responsabilidade e da influência dos setores empresariais sobre a saúde e o meio ambiente, assim como dos novos padrões de consumo e seu impacto sobre a saúde, entre outros.

Porém, aparece uma nota ao final da Carta, mas, pouco compreensível, a qual informa que: “Essa carta contém visões coletivas de um grupo internacional de expertos, participantes da 6ª Conferência Global de Promoção da Saúde, Bangkok, Tailândia, Agosto 2005, e não representa necessariamente as decisões e política declarada da Organização Mundial de Saúde” (CARTA DE BANGKOK, 2005, p. 5). Pergunta-se: por que a OMS se negou a corroborar as discussões e interpelações indicadas pelos participantes da Conferência de Bangkok, registradas na Carta deste evento, assim como o fez com as outras conferências?

Tenta-se dar um sentido a esta questão, salientando-se, portanto, a necessidade de se compreender qual concepção embasa o pensamento e a prática de atores sobre saúde e acerca da promoção da mesma em realidades concretas, e qual projeto social é defendido por esta concepção. Relembre-se que os dois aspectos, o conceito de saúde e a promoção da saúde, não estão livres de serem tomados a partir de concepções diferenciadas, influenciadas por fatores de ordem política, econômica, social, cultural e subjetiva que permeiam interesses de corporações sociais.

## Capítulo II:

---

### Promoção da Saúde no Brasil: luz sobre práticas de saúde

Para dar início a este capítulo, reitera-se como aspecto relevante para o estudo, a idéia de que à saúde tem sido exigida uma mudança na sua forma de abordar os indivíduos e suas famílias. Considera-se também que este setor é somente um dos co-responsáveis pela operacionalização de estratégias que visem a uma incorporação de novos métodos e comportamentos face às necessidades sociais da população.

Por conseguinte, sabe-se que transformações essenciais “[...] na maneira de pensar as questões atinentes ao campo da saúde e da medicina desde as últimas décadas do século XX têm contribuído para o estabelecimento de novos paradigmas, centrados nos conceitos de promoção da saúde, humanização, foco no paciente e cidadania” (BURSZTYN; RIBEIRO, 2005, p. 404).

Pensa-se, então, em promoção da saúde, como modo de se reorganizar os serviços a partir de uma nova lógica, em que as diretrizes, integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação e sustentabilidade norteiem a implementação das políticas e práticas em saúde.

Ao realizar-se o retrocesso das políticas de saúde no Brasil, desde o final do século XIX aos dias atuais, compreende-se o porquê da premência de se ter conhecimento de como vem ocorrendo a articulação sanitária local após a consagração do marco teórico concernente à promoção da saúde e a mobilização em torno dos fundamentos básicos da Reforma Sanitária.

Sem pormenores, sabe-se que, os serviços contemporâneos da fase que vai do final do século XIX até meados da década de 80 no século XX, constituíam-se, mormente, numa prática ideológica de separação, dicotomia entre ação clínica individual e preventiva, em que a presença de uma eliminava ou dispensava a existência de outra, sendo a primeira mais valorizada do que a segunda.

Assim, eram efetivadas ações de caráter curativista, essencialmente, predominando a assistência à doença. Isso sem esquecer de que houve um período marcante em que apenas trabalhadores (e às vezes, só alguns destes), ou seja, a força de trabalho e não o sujeito e suas

subjetividades tinham acesso à assistência médico-curativa individual. A preocupação do Estado se assentava sobre os interesses econômicos específicos da época.

No Brasil, período da República Velha, entre os anos de 1889 e 1930, a estrutura organizativa dos serviços de saúde assumiu um caráter dicotômico entre saúde pública e previdência social, separando as ações de prevenção e controle de doenças da população das de medicina individual (previdenciária, filantrópica e liberal) (PAIM, 2003).

Vale salientar, que atinente a este período, mais precisamente a partir de 1910, o paradigma<sup>4</sup> flexneriano, suposições teóricas oriundas das recomendações do Relatório de Flexner publicado naquele ano pela Fundação Carnegie para o Progresso do Ensino, a fim de colaborar com a reformulação do ensino em medicina (SANTOS; WESTPHAL, 1999, WIESE, 2003), passa a exercer influência sobre as práticas médicas, sobretudo, sobre a concepção de saúde predominante ainda hoje na formação e nas ações sanitárias de muitos profissionais do setor no Brasil.

Este paradigma manifesta-se através de elementos coexistentes, que são: o mecanismo, que passa a fazer parte da medicina pela comparação do corpo humano com uma máquina, em que suas partes podem ser organizadas e desorganizadas, se compreendidas suas funções; o biologismo, que se refere a um entendimento exclusivamente biológico da natureza das doenças; o individualismo, em que são renegados os aspectos sociais da vida do indivíduo, que por sua vez, é objeto das ações de saúde; a especialização, a qual surge, tanto a partir do mecanismo que implicou na parcialização do objeto da saúde, que reforça o conhecimento específico, enfraquecendo o holístico, como decorreu também da fragmentação do processo de produção e do produtor, mediante a divisão técnica do trabalho; a tecnificação, em que o ato técnico médico coloca-se entre homens, profissionais e doença e; o curativismo, que, como aspecto primordial, privilegia os aspectos curativos, valorizando diagnóstico e terapêutico, e por sua vez, o processo fisiopatológico (MENDES apud MENDES, 1996).

O Relatório de Flexner, enfim, conformou-se aos atributos de uma prática médica da qual se demandava o controle social/reprodução da força de trabalho, importantes para a mudança da sociedade agro-rural para a urbano-industrial em princípios do século XX (ALEIXO, 2002).

---

<sup>4</sup> Paradigmas designam formas científicas de conhecimento compartilhadas por um grupo ou comunidade de cientistas. Ver mais sobre em: KUHN, T. S. Posfácio-1969. In: \_\_\_\_\_. **A estrutura das revoluções científicas**. 6. ed. Ed. São Paulo: Perspectiva, 2001. p. 217-225.

Passando à Era Vargas, entre 1930 e 1964, o papel do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde restringia-se ao cumprimento de campanhas sanitárias e de programas especiais (tuberculose, hanseníase, entre outros), assim como, à manutenção de centros, postos de saúde e serviços de pronto-socorro, maternidades, hospitais de psiquiatria, etc.. Para estes se dirigia a população isenta de contribuição com a medicina previdenciária e que não podia pagar pela assistência médica particular. Trabalhadores urbanos com carteira assinada eram assistidos através dos IAP – Institutos de Aposentadorias e Pensões, que se expandiram, favorecendo crescimento da medicina previdenciária (PAIM, 2003).

Na Era Vargas, os elementos especialismo e tecnificação (flexnerianismo) do ato médico colaboraram com a necessidade de expansão da indústria de medicamentos e aparelhos médicos. Os “[...] preceitos de biologismo e individualismo contrapunham-se, oportunamente, às ameaças das idéias que implicavam causas sociais na gênese das doenças” (ALEIXO, 2002, p. 4).

Na fase do Autoritarismo, entre 1964 e 1984, as políticas de saúde constituídas pelos governos militares particularizaram o setor privado, com a compra de serviços médico-assistenciais, apoio aos investimentos e empréstimos com subsídios. Foi realizada a unificação dos IAP, instituindo o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social, responsável pela assistência médica dos segurados da previdência e seus familiares, além das aposentadorias e benefícios.

O Sistema Nacional de Saúde - Lei 6229/75 foi criado e foram definidas atribuições dos dois ministérios relacionados com a questão saúde (PAIM, 2003). O Ministério da Saúde-MS ficou responsável pela assistência sanitária e o Ministério da Previdência e Assistência Social-MPAS, pelo atendimento médico assistencial individualizado. Esta divisão de atribuições entre os dois ministérios propiciou a compartimentalização das ações de saúde: assistência preventiva de um lado e de outro, assistência curativa.

O aumento dos gastos com a compra de serviços de saúde privados pela previdência, necessários à cobertura assistencial da grande massa operária formada a partir do êxodo para os centros urbanos (industrialização), causa um déficit dos recursos financeiros existentes, provocando uma crise econômica do setor da previdência social.

No contexto da crise econômica, das ações minoritárias e de curto alcance manejadas pelos serviços figurantes do modelo médico assistencial individualizado e curativista e da opressão e fracasso do regime ditatorial, surge o descontentamento por parte de camadas sociais. É tomada, então, a consciência da falência do paradigma flexneriano na orientação do

sistema de saúde frente às exigências suscitadas pela vida em sociedade, discutindo-se a urgência de um novo paradigma que possa responder às hodiernas mudanças sociais.

Assim, compreende-se também a crise da saúde como sendo expressão fenomênica de causas enraizadas no modelo de atenção médica vigente, organizado pelo paradigma do flexnerianismo. Admite-se que sair desta crise, envolve superar o modelo de atenção médica estruturado por este paradigma, vislumbrando um novo modelo de atenção à saúde.

Neste contexto, o movimento de reforma sanitária articulado por trabalhadores, acadêmicos, profissionais de saúde e setores da população fortaleceu-se em meados da década de 80 (Nova República), após a conquista da democracia e interrupção da recessão econômica (PAIM, 2003). Tinha como bandeira de luta, a revogação da Lei n. 6229/75 que havia criado o Sistema Nacional de Saúde, transformando-o “[...] em outro sistema que contemplasse ações integrais de saúde, prevenção, proteção, recuperação e promoção” (CASTILHOS, 2003, p. 37).

Constatou-se, então, que:

À medida que se compreendeu o processo saúde-adoecimento como determinado pela existência e condições de trabalho, qualidade de moradia, de alimentação e do meio ambiente, possibilidades de lazer, graus de autonomia e exercício da cidadania, dentre outras construções sócio-históricas, foi preciso criar outro modo de pensar as políticas e ações sanitárias (BRASIL, 2005c, p. 6-7).

Fortalecida a concepção da necessidade de revisão de políticas e da assistência à saúde no país, as idéias oriundas do movimento de Reforma Sanitária foram discutidas por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS, ocorrida em 1986. Ao final desta, três pontos principais constituíram o ideário de suas propostas, que foram: a ampliação do conceito de saúde, o financiamento do setor saúde e a mudança do modelo assistencial (CASTILHOS, 2003). O ideário das propostas da VIII CNS serviu como referência para a construção do novo sistema de saúde.

Cabe ressaltar que foi também no ano de 1986, que se realizou a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida na cidade de Ottawa no Canadá, inspirada nas recomendações e documentos oriundos da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde concretizada em 1978 na cidade de Alma Ata, conforme citado no capítulo anterior. Das discussões empreendidas durante a Conferência sobre Promoção da Saúde, resulta a Carta de Ottawa, documento que se torna referencial para o desenvolvimento

das idéias de promoção da saúde no mundo, uma base ideológica sobre esta última (BUSS, 2000, OLIVEIRA, 2005).

De forma que, com a institucionalização do Sistema Único de Saúde - SUS em 1988, oficializa-se, então, como um dos principais itens de seu arcabouço jurídico, o direito de todos à saúde e o dever do Estado de garanti-la através de um acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (COHN, 1998).

O SUS, pois, está fundamentado por um novo paradigma, o da construção social em saúde a qual é “[...] resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população [...]” (MENDES, 1996, p. 237). A prática da vigilância à saúde direcionada por este paradigma intenta superar a assistência plenamente curativa e compartimentalizante do paradigma flexneriano. “As estratégias de intervenção da vigilância à saúde resultam da combinação de três grandes tipos de ações: a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa” (TERRIS apud MENDES, 1996, p. 245).

Percebe-se, assim, que o SUS, enquanto política do Estado brasileiro que objetiva a melhoria da qualidade de vida e afirmação do direito à vida e à saúde, comunica-se com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde. E a promoção da saúde caracteriza-se, modernamente, pela constatação do papel fundamental dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, sendo julgada de um lado, como uma resistência à evidente medicalização da vida social e, de outro, como uma resposta setorial que articula recursos técnicos e posições ideológicas variadas (BUSS, 2000).

Com essa compreensão, torna-se visível que “o caminho aponta para um olhar diferente da saúde pública – que pressupõe ruptura de paradigmas tradicionalmente consolidados nos serviços – no que concerne à estrutura burocrática hierarquizada e às abordagens conceituais e técnicas das ações e práticas” (MELLO, 2000, p. 1149).

Enquanto uma das propostas presentes no documento resultante do ciclo de discussões em Ottawa, a reorientação dos serviços de saúde destaca que a promoção da saúde nos serviços deve ser contemplada por indivíduos, comunidade, grupos, profissionais de saúde, instituições de saúde e governos. O setor específico precisa adotar uma postura que perceba e respeite as peculiaridades culturais e deve mover-se, gradativamente, na direção da promoção da saúde além das ações puramente assistenciais. (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Assim, à medida que o flexnerianismo não sobrepõe um entendimento puramente biologicista de manifestações patológicas, não dando conta de um trabalho que manifeste o



sentido positivo da saúde, referenciando uma assistência que ocorre de forma puramente médico-curativa, começa a ganhar terreno, a promoção da saúde dentro da discussão teórica no campo da saúde pública. “Ela resgata a concepção da saúde como produção social e busca desenvolver políticas públicas e ações de âmbito coletivo que extrapolem inclusive o enfoque de risco (campo da prevenção)” (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 102).

A teoria da produção social propicia uma concepção mais dinâmica acerca da realidade e, por sua vez, do processo saúde-doença, onde o estado de saúde é passível de acumular-se e desacumular-se, a saúde é produto social, efeito de fatos econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos. Assim, desmaterializa-se a concepção de setor sanitário, reconhecendo-se a saúde como campo de conhecimento, em termos da interdisciplinaridade, e como prática social, em termos da intersetorialidade, compreensão que faz relação com o conceito de saúde como expressão de qualidade de vida (MENDES, 1996).

Entrementes, abra-se um parêntese para inteirar-se que já se perspectiva dentro da promoção à saúde, algo além da interdisciplinaridade, que é a transdisciplinaridade.

A transdisciplinaridade proporciona a oportunidade de ação integrada, em que estão inclusos os diversos sentidos da vida humana, entre eles, o subjetivo, o social, o político, o econômico e o cultural, dispondo-se a serviço da saúde, os saberes construídos nos mais diferentes campos do conhecimento (SPAGNUOLO; GUERRINI, 2004-2005). Interpreta-se a partir deste juízo das coisas, que a saúde não fica atrelada estritamente ao setor sanitário, e que, ao se operacionalizarem em conformidade e em equilíbrio com os seus objetivos abrangentes, sem antagonismos, os campos de conhecimento estarão contribuindo com a saúde de um modo global.

Segundo autores (SPAGNUOLO; GUERRINI, 2004-2005), somente assim ter-se-á possibilidade de promover a difusão das ações, colocando em prática um modelo de atenção integral às famílias mediante um verdadeiro “promover” de ações saudáveis, dando forças a novas práticas profissionais firmadas por esse arquétipo.

E por falar em família, cabe aqui mencionar a Estratégia Saúde da Família surgida em 1994, uma proposição do Ministério da Saúde, nas bases da vigilância da saúde, a fim de dar primazia às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e de suas famílias (VERDI; AMADIGI, 2005). Considerada um estratagema para a organização da Atenção Primária, assume consoante Mercadante et al (2002), os princípios do SUS na esfera da Unidade de Saúde da Família - USF. Aspira a transmutar o modelo assistencial de saúde vigente que se caracteriza por estar baseado no modelo paradigmático biológico e curativista.

Estruturado a partir da Unidade de Saúde da Família, o Programa Saúde da Família abraça, segundo Verdi e Alonso (2005), uma população determinada, através do trabalho de uma equipe multiprofissional que desenvolve ações de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos.

Portanto, a importância do PSF está no seu potencial para substituir o antigo modelo, marcadamente assistencial, por outro que envolva ações preventivas, terapêuticas e de promoção de uma vida mais saudável (MERCADANTE et al, 2002). Assim, “o modelo SUS em implantação, no qual o PSF constitui a dimensão operacional, pode ser entendido como o paradigma revolucionário, porque traz respostas aos problemas não solucionados pelo paradigma dominante e reorienta as pesquisas sobre os problemas” (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2004-2005, p. 62).

No entanto, uma vez que o SUS vem sendo implementado em condições adversas desde a década de 90 (período do regozijo neoliberal no país) até hoje (ABRASCO; CEBES; ABRES; REDE UNIDA; AMPASA, 2006), o PSF tem desafios a enfrentar: restrição dos recursos financeiros; concentração da oferta de profissionais para a saúde nas grandes cidades, sobretudo, nas de maior nível de renda; integração das equipes de Saúde da Família e execução de mecanismos de articulação entre o nível primário e o secundário e terciário de atenção; a inadequação do ensino médico às necessidades predominantes na população; estabilidade entre demanda espontânea, produtividade e necessidades atribuídas ao princípio de responsabilização; necessidade da desburocratização do acesso aos serviços; entre outros (MERCADANTE et al, 2002; BECKER, 2001, WIESE, 2003).

Na verdade, podem-se citar outros a defrontar ou a alcançar: a precarização do trabalho; formação e inclusão de recursos humanos (enfermeiros, odontólogos, fisioterapeutas, psicólogos...) da área da saúde com vistas à implementação do SUS; intersetorialidade; atenção à resolução dos fatores estruturais determinantes das demandas de saúde; criação e implementação de políticas sociais saudáveis; mudanças no modelo de gestão com vistas à permeabilidade social, idoneidade, compromisso com a reversão do status quo; etc.. São desafios que devem ser levantados, compreendidos e superados a fim de se desbancar o modelo flexneriano subjacente às práticas sanitárias desde início do século XX.

Destarte, no período de 1998 a 2002, o Ministério da Saúde - MS trabalhou com a intenção de avigorar o componente da promoção da saúde no SUS. Assim, “promoveu várias ações e investiu na formação dos trabalhadores e gestores da saúde no paradigma da promoção da saúde” (BRASIL, 2005c).

Em 2003, o MS ressaltou a promoção da saúde em vários espaços de discussão interna, com outros ministérios, os outros níveis de gestão do sistema de saúde e com instituições de ensino e pesquisa, corroborando o processo para a construção e a execução da Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil (BRASIL, 2005c).

Essa política tem como diretrizes propostas, a integralidade, a equidade, a responsabilidade sanitária, a mobilização e a participação social, a intersetorialidade, a informação, a educação e a comunicação e a sustentabilidade, tendo redigido ainda uma agenda nacional da promoção da saúde (2005-2007) com objetivos correlacionados. Várias áreas técnicas do MS já executam ações de promoção da saúde em seu cotidiano. O desafio, por sua vez, está em articulá-las e integrá-las, tornando possível o seu impacto no SUS (BRASIL, 2005c).

Deste modo, corrobora-se que não só ao PSF cabe a reorientação dos serviços sanitários, mas sim a uma rede amplificada formada pelos outros níveis de atenção à saúde articulada a outros setores (educação, justiça, meio ambiente, ação social, etc.) interligados com a produção social de saúde como previsto nas Cartas das Conferências Mundiais de Promoção da Saúde.

No entanto, em se tratando da operacionalização da promoção da saúde no país, há quem acredite que não obstante os princípios e diretrizes da promoção da saúde estarem anunciados nas formulações jurídico-políticas da Política Nacional de Saúde, ainda não existe no Brasil uma política explícita, formalizada e instituída, que compreenda todas as dimensões da promoção de saúde (MERCADANTE et al, 2002).

Portanto, neste estudo, acredita-se, por hora, que as diretrizes propostas pela Política Nacional de Promoção da Saúde, assim como pela Reforma Sanitária e as Conferências Mundiais de Promoção da Saúde são um avanço em relação ao molde assistencial que se desenvolveu, com predominância, até metade dos anos 80 (século XX). Porém, uma escalada de desafios precípuos deverá ser superada pelo Estado e os setores que dele fazem parte, além da gestão sanitária em suas hierarquias, em que se evidencie a voz ativa da população e dos profissionais da área.

Assim, é coerente ratificar-se que a discussão sobre a promoção da saúde para ser mais lógica, deve ser visualizada realisticamente, reconhecendo-se se há e quais os percalços ou os elementos coadjuvantes neste processo de investida sobre a ampliação do conceito de saúde, investigando-se a sua aplicabilidade na base do iceberg, ou seja, por onde e onde tudo deve começar - a realidade local.

Quanto ao nível local, a produção de serviços na comunidade e nas unidades de SF, é teoricamente desenvolvida por uma equipe multiprofissional a uma população adstrita. Esta equipe é considerada um elemento-chave para o alcance de indicadores de saúde positivos e para a aplicação dos princípios essenciais previstos na Carta de Ottawa, no relatório da Reforma Sanitária, nos capítulos sobre saúde da Constituição Federal, entre outros documentos oficiais.

Em se tratando da proposta de operacionalização do PSF, o enfermeiro, tido como um dos profissionais de saúde da equipe interdisciplinar, tem atribuições a serem executadas no sentido da ampliação do conceito sanitário, com vistas às necessidades de saúde da população e não na perspectiva de ordenamento burocrático das atividades médicas de propósito essencialmente curativo.

Por isso, finaliza-se esta parte, assumindo-se por ora, que o trabalho do enfermeiro desencadeado no PSF pode ser investigado a fim de se reconhecer suas perspectivas de contribuir com o projeto de substituição de um modelo assistencial que toma a saúde como aspecto negativo, ao enfatizar, em contrário, a doença.

## **2.1 A Prática do (a) Enfermeiro (a) do Programa Saúde da Família-PSF e a Promoção da Saúde do Adolescente**

Viu-se no capítulo anterior que ao sistema de saúde tem sido exigida uma mudança na sua forma de abordar indivíduos e famílias, devendo ser considerado também que este setor é somente um dos co-responsáveis pela operacionalização de estratégias que visem uma incorporação de novos métodos e comportamentos face às necessidades de saúde da população.

Por sua vez, transformações essenciais “[...] na maneira de pensar as questões atinentes ao campo da saúde e da medicina desde as últimas décadas do século XX têm contribuído para o estabelecimento de novos paradigmas, centrados nos conceitos de promoção da saúde, humanização, foco no paciente e cidadania” (BURSZTYN; RIBEIRO, 2005, p. 404).

Com a Carta de Ottawa (1986), documento que resultou de um ciclo de discussões e construção de elementos fundamentais sobre promoção da saúde, são considerados pré-

requisitos para que se tenha saúde: a paz, alimentação, moradia, lazer, emprego, meio ambiente saudável, justiça social, entre outros.

E enquanto uma das propostas presentes neste documento resultante do ciclo de discussões em Ottawa, a reorientação dos serviços de saúde destaca que a promoção da saúde nos serviços deve ser contemplada por indivíduos, comunidade, grupos, profissionais de saúde, instituições de saúde e governos. O setor específico precisa adotar uma postura que perceba e respeite as peculiaridades culturais e deve mover-se, gradativamente, na direção da promoção da saúde além das ações puramente assistenciais (CARTA DE OTTAWA, 1986).

No Brasil, o adolescente ganha destaque enquanto sujeito de direitos, especialmente, a partir de meados da década de 80. Neste período, tomam força os debates em torno do papel do jovem na sociedade em meio a instabilidades sócio-político-econômicas da época, como a adoção da política neoliberal pelo governo, hiperinflação, recrudescimento das desigualdades sociais, desemprego em massa, financiamento e crescimento do setor privado a partir da política governamental, sucateamento das instituições públicas, precarização do trabalho, entre outros.

Ademais, nota-se o crescente aumento da população jovem nas últimas décadas, tornando o grupo etário, um dos mais numerosos no território brasileiro, sendo elemento muito importante para qualquer processo de transformação social (SERRA; MOTA, 2000).

A população adolescente no Brasil (faixa etária entre 10 e 19 anos) constitui 21% da população nacional, segundo o último censo do IBGE, sendo um grupo com marcante expressividade populacional. São 35.302.872 adolescentes, dos quais 50,4% homens e 49,5% mulheres (BRASIL, 2006).

Essas transformações demográficas aliadas a uma conjuntura de mudanças sócio-econômicas, além de fatores ligados à fecundidade, mortalidade e urbanização, que causam impacto na vida e saúde dos brasileiros, reclamam novas respostas do sistema de saúde às novas exigências e aos novos perfis de necessidades (CARTANA; RAMOS, 2005).

Assim, após a promulgação da Constituição de 1988, que conforme foi apontado no capítulo anterior, adota no texto oficial, os princípios e diretrizes discutidos em Alma-Ata, em Ottawa, como também no interior do movimento de Reforma Sanitária, o Ministério da Saúde cria em 1989, o Programa de Saúde do Adolescente-PROSAD, no qual as ações são orientadas pelo princípio da integralidade, multidisciplinaridade, intersetorialidade e interinstitucionalidade no desenvolvimento das atividades, levando-se em conta as diretrizes do Sistema Único de Saúde (FERREIRA et al., 2000).

O PROSAD propõe ações básicas que se fundamentam “[...] numa política de promoção de saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação” (BRASIL, 1996, p. 12). Tem como áreas prioritárias para o trabalho com o adolescente, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde do escolar adolescente, prevenção de acidentes, abordagem da violência e maus-tratos, a família, trabalho, esporte, cultura e lazer.

Vale salientar quanto às estratégias, a primazia de execução de alguns itens relacionados ao atendimento: ações de assistência integral dentro dos preceitos do SUS; ajustamento das normas à realidade local; ampliação da cobertura; melhoramento dos sistemas de referência; capacitação técnica, participação do adolescente e práticas educativas (UBEDA; FERRIANI, 1997).

Além dessas estratégias a serem adotadas, sugere-se a apreensão e inclusão do jovem como protagonista e participante ativo do processo para a promoção da saúde, o que foi reforçado posteriormente, com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA em 1990, que garantiu o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade dos adolescentes.

Assim, tanto os princípios, como as estratégias adotadas pelo PROSAD mantêm relação com a perspectiva de promoção da saúde trazida pela Carta de Ottawa, explicitada em seus cinco campos centrais de ação (BRASIL, 2002b): elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde.

Entretanto, embora o PROSAD traga esta perspectiva de promoção da saúde no âmbito de suas propostas, a adolescência parece ter sido conceituada pelo programa a partir de uma visão essencialmente cronológica e biológica, e a caracterização, de certo modo restrita, mas, oficial do PROSAD confirma isso: “faixa etária entre 10 e 19 anos, [...] período da vida caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais” (BRASIL, 1996, p. 5).

De acordo com o sistema ideológico dominante, o adolescente é um ser em desenvolvimento e em conflito, o qual atravessa uma crise que se inicia em mudanças corporais, em outros fatores pessoais e familiares, sendo concebido como “maduro” ou “adulto” quando se adapta à estrutura social ou quando ele passa a ser mais uma “engrenagem da máquina”. É com esta concepção que muitos profissionais de saúde lidam com a adolescência (BECKER, 1993), sendo na verdade, motivo pelo qual, alguns destes justificam achar complicado o trabalho com adolescentes, consagrando a idéia restrita de que a fase é sempre problemática.

Destarte, cabe ressaltar, enquanto percepção deste estudo, que a adolescência deve ser vista “como uma condição perpassada pela situação de gênero, classe social e contextos sócios culturais, de forma que é impossível defini-la como algo acabado [...]” (TRAVERSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2002, p. 137). Muito além de um evento cronológico e biológico, a adolescência marca e é marcada por uma vivência, um coletivo, uma sociedade, devendo também ser tomada em seus aspectos sociais e subjetivos, onde predomina a diversidade própria da fase.

Anos após o estabelecimento da concepção de adolescência pelo PROSAD, o Ministério da Saúde vem referir que “a adoção do critério cronológico objetiva a identificação de requisitos que orientem a investigação epidemiológica, as estratégias de elaboração de políticas de desenvolvimento coletivo e as programações de serviços sociais e de saúde pública, porém, ignora as características individuais” (BRASIL, 2005b, p. 7).

No entanto, dados como o da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids – Abia (2001), do Fundo das Nações Unidas para a Infância - Unicef (2002) e da RefeFax Especial 8 de Março (2003) revelam um crescente aumento da exclusão e limitação das oportunidades de trabalho e de rendimento para os jovens, em virtude da crise econômica e social enfrentada pelo país entre os anos de 1980 e 1990 (REDE FEMINISTA, 2004).

No Brasil e noutros países, “os adolescentes são vistos como membros de um grupo sensível, predisposto a inúmeros problemas graves, tais como: fome, miséria, analfabetismo, desintegração familiar [...]” (SILVA; ZEITOUNE, 2000, p. 169). Por isso, corrobora-se que são esses e outros aspectos que marcam verdadeiramente o adolecer e que necessitam serem abordados de forma crítica pelos responsáveis pela implementação das políticas sociais aos jovens.

Muza e Costa (2002) relatam que existe ainda uma demanda de adolescentes com questões sócio-emocionais. São eventos que correspondem à expressão da sexualidade ou resultado do envolvimento com condições violentas ou de uso/abuso de drogas. Segundo esses autores, o melhor modo de lidar com esses agravos é a promoção da saúde dos adolescentes.

A gravidez na adolescência, por exemplo, expressão da sexualidade e reprodução, em muitos casos, segundo Brasil (2006) está associada à situação de vulnerabilidade social, bem como à falta de informação e ao acesso aos serviços de saúde, e ainda, ao baixo *status* de adolescentes mulheres na estrutura social vigente, principalmente das pobres e negras.

Acrescente-se que nesta pesquisa, entende-se problema de saúde como sendo:

Um problema inaceitável segundo os sentidos atribuídos à saúde por uma dada cultura. Em nosso heterogêneo arsenal cultural, uma doença na família, uma demanda em saúde não atendida pelos governos, uma indústria poluidora em zona residencial, a presença de criadouros de *Aedes aegypti* domiciliares e peridomiciliares, a disseminação da aids nas populações de baixa renda e entre os idosos, ou a emergência abrupta da doença de Chagas de forma aguda, são exemplos de questões que podem ser interpretadas como problemas relacionados à saúde individual ou coletiva e que guardam especificidades segundo o contexto em que emergem ou as condições sociais, políticas e, assim, simbólicas, que os sustentam ao longo do tempo (PITTA; RIVERA, 2006, p. 401).

Portanto, entendendo que problema de saúde sobrepõe a mera presença da doença e a manifestação de seus sinais e sintomas fisiopatológicos, constitui-se, um grande desafio, a construção de um modelo assistencial que esteja associado às condições de vida, com relação aos aspectos biológicos, políticos, psíquicos e sociais, enfatizando-se a promoção e a proteção da saúde, apropriando-se do conceito de cidadania e de que saúde é um direito e um processo de conquista e libertação e não uma forma de submissão (GRIEP; CAMPIOL, 2004).

A demanda pela existência de serviços de saúde de qualidade é sustentada como um desafio ao alcance da reversão das más condições de vida e saúde dos adolescentes (MOREIRA; JORGE; LIMA, 2004).

O setor de Atenção Primária do qual o PSF é representativo enquanto espaço para a adoção de práticas voltadas para os reais problemas de saúde da população, tem como objetivo, segundo Rocha (2000), desencadear ações de promoção e prevenção de agravos à saúde do adolescente. Esta autora afirma que os agravos à saúde dos adolescentes estão associados a questões vinculadas ao seu estilo de vida e suas condições de sobrevivência.

No PSF, a enfermagem, assim como as outras profissões da área, está atrelada a um processo coletivo de trabalho, e possui como elemento básico de atenção, a saúde da família, nas diferentes etapas do seu ciclo vital. A associação entre ações promocionais, preventivas e curativas deve compor os momentos assistenciais do enfermeiro, que deve se atentar, mormente, para as necessidades de saúde da família e para os problemas epidemiológicos da área de abrangência (VERDI; ALONSO, 2005), ressaltando que o seu cuidar não deve renegar a qualidade subjetiva presente em cada ser, individual e coletivamente, o que dá maior ou menor importância a determinados eventos de saúde-doença e sobrepuja características quantitativas manifestas.

O enfermeiro através do PSF, tem contato próximo com sujeitos de diversas faixas etárias, como o adolescente, por exemplo, com quem pode estar, a partir de estratégias diferenciadas, conversando sobre alternativas diversificadas e possíveis de promoção da



saúde, prevenção e cura. Frequentemente, esse profissional está “[...] atuando junto a adolescentes nos hospitais, na rede básica de saúde ou nas escolas [...]” (CANO et al., 1998, p. 92).

Entretanto, a própria frequência de adolescentes e jovens nos serviços de saúde brasileiros é ainda muito discreta (BRASIL, 2006). O que talvez seja reflexo da dificuldade que os próprios profissionais têm em elaborar e desenvolverem um trabalho peculiar a esta clientela e da própria inadequação estrutural dos serviços para atender a esta demanda específica.

Hoje, nota-se que “la atención que el adolescente recibe normalmente, si recibe alguna, se centra, con demasiada frecuencia, en comportamientos problemáticos muy específicos, cuando éstos están bien arraigados” (BURT, 1998, p. 7).

Não obstante sua importância, os serviços de saúde continuam despreparados para o cuidado ao segmento adolescente, pressupondo-se, então, a necessidade premente de superação das formas predominantes e hegemônicas de se apreender a adolescência, as quais direcionam as opções configuradas na atenção prestada a este grupo específico (CARTANA; RAMOS, 2005).

Há uma significativa carga de controle por parte das instituições de saúde sobre a sexualidade e a reprodução de adolescentes e jovens, vistas como condições de risco, em detrimento de um olhar promocional da saúde (BRASIL, 2006). “O ‘adultocentrismo’ estabelece relações de poder desiguais entre uma geração, detentora de maior poder, sobre outra. Um exemplo [...] manifesta-se nas práticas prescritivas sobre o comportamento e as atitudes de adolescentes e jovens nos serviços de saúde” (BRASIL, 2006, p. 25).

Conforme Patrício (2000), a pobreza da percepção que se tem do processo adolecer está fundamentada no paradigma cartesiano que ainda tem sido utilizado na assistência à saúde. Exemplo que constata tal afirmativa é o resultado de um levantamento feito por Moreira, Jorge e Lima (2004), onde foi constatado, dentre os trabalhos científicos elaborados por enfermeiros, sobre a adolescência, em nível *strictu sensu*, que o modelo biomédico ainda tem forte apelo sobre estas pesquisas.

Predominantemente, ao se voltar a atenção a esse grupo etário, não se faz uma reflexão crítica e coerente acerca das circunstâncias sociais e subjetivas da vida dos mesmos, em nível individual e coletivo, as quais os tornam vulneráveis a determinados eventos, o que talvez possibilitasse, por conseguinte, a criação de alternativas orientadas de promoção da saúde.

Ao contrário, este sujeito ainda é bastante marginalizado no que diz respeito à atenção direta e, mesmo quando se focaliza a adolescência, geralmente, ressaltam-se problemas e

doenças advindas de sua vivência, riscos de condições biológico-sociais que enquanto crianças não seriam possíveis de ocorrer (PATRÍCIO, 2000).

Num estudo que intentou conhecer a prática de cuidar do adolescente em Unidades Básicas de Saúde, foi demonstrado que a maioria dos sujeitos estudados, enfermeiros, psicólogos, médicos, assistente social e nutricionista conheciam o PROSAD. Contudo, concluem as autoras (SILVA; ZEITOUNE, 2000), que isto não leva a crer que esteja ocorrendo a implementação do programa como um todo, pois existem óbices que têm o poder, de certo modo, de interferir no desenrolar das ações. Neste trabalho, foi colocado pelos participantes que a não priorização da atenção ao adolescente está relacionada com a deficiência de recursos humanos, levando aos existentes, a responsabilidade pela demanda gerencial e de coordenação de outras atividades.

Do mesmo modo, outros estudos demonstraram a inabilidade do profissional de saúde em lidar com aspectos peculiares da adolescência e que marcam seu desenvolvimento, como é o caso da sexualidade. “A centralização da sexualidade, como objeto de atenção dos profissionais da área da saúde, tem sido concebida igualmente na perspectiva patologizante e medicalizante” (RESSEL; GUALDA, 2004, p. 328).

Em se tratando do trabalho da enfermagem, consoante estas autoras, há uma atenção voltada para o desvio, para a anormalidade, onde ocorre o apoderamento do indivíduo e de seu corpo como objeto limitado pela patologia. Sendo o sujeito desvinculado pelo cuidador, de sua história de vida, e suas vivências únicas, convertidas em um problema que pode ser resolvido através da medicalização.

Entretanto, apesar dessa notória expressão biomédica na concepção de saúde dos profissionais da área, aponta-se que antigos paradigmas da enfermagem têm sido questionados (WALDOW, 2001). Santos, Nóbrega e Rodrigues Filho (2002) relatam que surge, atualmente, um novo paradigma que enfatiza a irredutibilidade da unidade da existência humana, a dinamicidade imprevisível (que decorre numa vida multidimensional) e a liberdade humana na escolha da direção, a partir do valor pessoal e do significado.

Colaborando com a mesma discussão acerca da mudança paradigmática na enfermagem, é citado Capra e o seu paradigma holístico, que é entendido como sendo intuitivo ao invés de analítico, ecológico e que respeita a variedade e o subjetivo do homem (TEIXEIRA; TAVARES, 1997).

Sabe-se que a saúde sob concepção holística é “[...] uma experiência de bem-estar, resultante do equilíbrio dinâmico do organismo, envolvendo os aspectos físicos, psicológicos, social, mental e espiritual” (KOLLER; MACHADO, 1992, p. 74-75).

E, diferentemente de uma visão de inspiração cartesiana que funde dicotomias, constatou-se que, autores acreditam que se a enfermagem, enquanto uma ciência e arte, constitui-se num saber/fazer que tem fundamento em um corpo de conhecimento que considera as dimensões empírica (científica), estética (arte), ética e o componente do conhecimento pessoal, visando o cuidado do outro, é perceptível uma prática com capacidade de superar o modelo clássico (biomédico) da assistência de enfermagem (NASCIMENTO et al., 1997).

Quanto ao enfermeiro, ratificando-se a idéia de que o processo de trabalho desenvolvido no PSF tem possibilitado a este profissional, participar de forma ativa em todas as suas fases, desde o planejamento das atividades, até a sua realização (ARAÚJO, 2003), denota-se ainda que:

[...] A prática da enfermeira passa por uma série de transformações, deslocando a sua atuação profissional predominantemente da área curativa, individualizada, vinculada às instituições hospitalares para a produção de serviços em unidades básicas de saúde com ênfase nas ações de promoção e prevenção de saúde em bases coletivas, sendo a equipe de saúde a unidade produtora destas ações (NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. do, 2005, p. 335).

Ou seja, segundo essas perspectivas, o enfermeiro passa a ser um dos protagonistas no movimento de reforma sanitária e de mudança/ampliação do conceito de saúde, alterando o saber/fazer neste campo, sendo o PSF o ponto de partida, teoricamente adequado, para essas realizações.

De forma que, torna-se condizente e precípuo ressaltar que a enfermagem, enquanto área de aplicação técnico-científica e de produção científica tem como desafio, caminhar interdisciplinarmente, na formulação de conhecimentos e práticas que favoreçam a promoção da saúde do adolescente (CORRÊA, 2000), tendo o PSF como *lócus* para a concretização de uma prática responsável, integral, autônoma e resolutiva.

Historicamente, a atuação da enfermeira voltada à saúde do adolescente, vem se estabelecendo como objeto da assistência de enfermagem somente nas últimas décadas (sobretudo, a partir da década de 70), sendo recente também sua produção de conhecimentos na área da adolescência (CORRÊA, 2000).

Conforme a autora, a partir da década de 70, a enfermeira vem desenvolvendo juntamente com outros profissionais, atividades assistenciais e educativas (acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, controle de DST/AIDS, prevenção de gravidez indesejada,

entre outras) dentro das áreas de atenção materno-infantil (oficializada em 1974/1975) e/ou saúde do adolescente (1989) e/ou saúde da família (1994).

Além disso, principalmente, a partir de meados da década de 1980, com o desencadeamento de eventos (Conferência de Ottawa, Reforma Sanitária, SUS, PROSAD, ECA, PSF, entre outros) que têm a intenção de tornar notória a necessidade de voltar-se a atenção para o grupo adolescente, por meio de políticas saudáveis, estruturam-se referências para a assistência sócio-sanitária a esse sujeito.

Daí acredita-se que o enfermeiro do PSF deve conhecer os aspectos não só biológicos que constituem o ser adolescente, mas, estar preparado para compreender e atuar junto ao grupo, numa perspectiva de promoção da saúde, no sentido amplo do termo, levando-se em consideração a idéia de autonomia do sujeito a quem se destinam as ações de saúde.

As ações de enfermagem junto ao adolescente, consoante Ferreira et al. (2000), não podem estar desarticuladas das ações globais e nem desconsiderar as questões de cunho político, social e econômico que englobam o assunto saúde, pois, em conformidade com os autores, conceber o direito que esse sujeito tem à saúde e empenhar-se para sua promoção, proteção e recuperação é uma questão de respeito à cidadania.

De modo que, o enfermeiro, em vista também da autonomia que vem conquistando no PSF, onde este é visto enquanto *locus* fértil para ações direcionadas a uma reversão do modelo médico tradicional de se fazer saúde, tem papel primordial no desencadeamento de ações progressivas rumo à promoção da saúde do adolescente, na sua prática corrente junto à realidade do jovem.

Justifica-se, portanto, o desenvolvimento deste estudo e sua intenção de analisar a prática do enfermeiro para a promoção da saúde do adolescente, o que se constitui fato importante e tarefa árdua em meio ao referencial ainda escasso neste campo. Busca-se colaborar com a necessidade de redefinição das demandas do adolescente enquanto objeto da assistência da enfermagem e com o reconhecimento da perspectiva/possibilidade do enfermeiro para a operacionalização do modelo promocional.

**PARTE III: PERCURSO METODOLÓGICO**

*“Se a ambição do cientista é exatamente chegar a graus cada vez mais altos de formalização e universalidade, em sua prática cotidiana jamais pode desligar-se do contexto social que serve de caldo de cultura para sua atividade pesquisadora” (RESTREPO, 1998).*

## Capítulo III:

---

### Material e Métodos

A pesquisa foi dividida em dois momentos em razão da técnica utilizada para seu propósito geral. Numa primeira etapa, foi utilizada a documentação indireta e numa segunda, a documentação direta (LAKATOS; MARCONI, 1991).

#### **3.1 Documentação Indireta**

Nesta fase foi realizada coleta de dados, pois se buscou conhecimentos que trouxessem a dimensão teórica acerca do tema em estudo, o que foi possível, mediante pesquisa bibliográfica em fontes secundárias: livros da área da saúde coletiva, política e social acerca do tema em estudo (adolescência e promoção da saúde), periódicos on-line ou não, base de dados como o scielo, google e Biblioteca do Ministério da Saúde. É a “fase da pesquisa realizada com intuito de recolher informações prévias sobre o campo de interesse” (LAKATOS; MARCONI, 1991, p. 174).

#### **3.2 Documentação Direta**

Neste momento, foram levantados dados no local onde o fenômeno estudado ocorre, através de pesquisa de campo, que “consiste na observação de fatos e fenômenos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados a eles referentes e no registro de variáveis que se presume relevantes, para analisá-los” (LAKATOS; MARCONI, 1991, p. 186).

A pesquisa concretizada assumiu as seguintes especificidades:

##### **3.2.1 Tipo de pesquisa**

Pesquisa descritiva de abordagem metodológica quantitativa com a inclusão de dados qualitativos.

Os estudos descritivos têm como principal objetivo, delinear ou analisar características de fatos/fenômenos, avaliar programas ou isolar variáveis principais ou chave (LAKATOS; MARCONI, 1991).

A escolha da abordagem metodológica, por sua vez, levou em consideração os objetivos formulados para a pesquisa e, conseqüentemente, a importância da captação e da reorganização adequada dos dados para a constituição de elementos teóricos para análise.

Deste modo, optou-se pelo uso do método quantitativo neste trabalho a fim de se descrever a tendência de características do fenômeno estudado: problemas dos adolescentes, procura da Unidade Saúde da Família - USF pelo adolescente, ações do enfermeiro voltadas para o adolescente. Por outro lado, fazendo-se necessário explicitar atitudes, valores e crenças de grupos (enfermeiros do PSF) em relação ao objeto de estudo (promoção da saúde do adolescente), incluiu-se também técnica qualitativa de obtenção e tratamento dos dados (CODATO; NAKAMA, 2006).

### **3.2.2 Local da pesquisa**

A pesquisa foi realizada em 06 (seis) espaços situados na cidade de Mossoró-RN: a) Unidade Saúde da Família Dr. Ildone Cavalcante de Freitas; b) Escola Municipal Celina Guimarães Viana; c) Unidade Básica de Saúde Dr. Chico Costa; d) Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI I; e Unidade Saúde da Família Dr. Luiz Escolástico Bezerra e; f) Escola Municipal Marineide Pereira da Cunha.

A princípio, a USF Dr. Ildone Cavalcante de Freitas, Dr. Chico Costa e a que funciona no Centro de Atenção Integrada à Criança – CAIC do bairro Carnaubais, foram citadas pela Coordenação Municipal do PSF de Mossoró-RN, como sendo as unidades da cidade que desenvolvem atividades com adolescentes (como grupos) em outros espaços além da USF. Entretanto, num contato anterior à coleta de dados, uma das enfermeiras dos Carnaubais, informou que o grupo de adolescentes estava inativo havia dois meses, aproximadamente.

Além disso, durante o período de coleta de dados, a suspensão de aulas da Escola Estadual José Nogueira devido à greve irrompida pelos docentes por tempo indeterminado, foi razão para substituição deste local pelo Programa de Erradicação do Trabalho Infantil I. No PETI I, a diretora também afirmou já terem sido desenvolvidas atividades com adolescentes pelas equipes do PSF.

Após o início da coleta de dados, soube-se também através da direção da Escola Municipal Marineide Pereira da Cunha, que as enfermeiras da USF Dr. Luiz Escolástico Bezerra também desenvolviam ações com os adolescentes desta escola. Daí, portanto, as razões para a escolha desses espaços enquanto locais de pesquisa, por oportunizarem coletar informações de enfermeiros e adolescentes envolvidos em atividades contíguas.

### 3.2.2.1 Caracterização dos locais de pesquisa

A Unidade Saúde da Família Dr. Ildone Cavalcante de Freitas está localizada à Rua Marechal Deodoro, S/N, Barrocas, Mossoró-RN. Nela estão congregadas 03 equipes de Saúde da Família, que prestam atendimento diário à população da área de abrangência de 2ª a 6ª feira, das 07 às 11 e das 13 às 17 hs. Cada equipe de Saúde da Família - SF é composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 dentista, 01 auxiliar de enfermagem, 01 Auxiliar de Consultório de Dentista-ACD e 07 Agentes Comunitários de Saúde-ACS, totalizando 03 médicos, 03 enfermeiros, 03 dentistas, 03 auxiliares de enfermagem, 03 ACD e 21 ACS. A unidade conta ainda com 01 diretora da unidade de saúde, 01 assistente social, 04 auxiliares de serviços gerais e 08 recepcionistas.

A Escola Municipal Celina Guimarães Viana está localizada à Rua Tibério Bulamarqui, S/N, Barrocas, área de abrangência da USF Dr. Ildone Cavalcante, a qual fica numa rua atrás da escola. Desenvolve Ensino Fundamental I e II e Educação de Jovens e Adultos, manhã, tarde e noite, respectivamente. Seu quadro funcional é constituído por pessoal de apoio, técnico, pessoal administrativo e docente. Possui, aproximadamente, 392 alunos entre 10 e 19 anos de idade. Seus horários de funcionamento são: 07:00 às 11:20, 13:00 às 17:20 e 18:50 às 22:10 hs.

A Unidade Saúde da Família Dr. Chico Costa está localizada à Rua Seis de Janeiro, S/N, Santo Antônio, Mossoró-RN. Nela estão congregadas 04 equipes de Saúde da Família, que prestam atendimento diário à população da área de abrangência de 2ª a 6ª feira, das 07 às 11 e das 13 às 17 hs. Cada equipe de Saúde da Família - SF é composta por 01 médico (com exceção de uma), 01 enfermeiro, 01 dentista, 01 auxiliar de enfermagem, 01 Auxiliar de Consultório de Dentista-ACD e 07 Agentes Comunitários de Saúde-ACS, totalizando 03 médicos, 04 enfermeiros, 04 dentistas, 04 auxiliares de enfermagem, 04 ACD e 28 ACS. A unidade conta ainda com 01 diretora da unidade de saúde, 01 enfermeira supervisora, 01 assistente social, 04 auxiliares de serviços gerais e 06 recepcionistas.

O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI I está situado à Rua Travessa Orlando Dantas, S/N, Santo Antônio, área de abrangência da USF Dr. Chico Costa. Desenvolve atividades sócio-educativas para crianças e adolescentes entre 7 e 15 anos: reforço escolar, atividades físicas, artísticas, culturais e lúdicas. Possui, aproximadamente, 800 participantes na faixa etária informada. Seu quadro funcional é constituído por pessoal de



apoio, técnico, pessoal administrativo e docente. Seus horários de funcionamento são: 07:00 às 11:00 e de 13:00 às 18:00.

A Unidade Saúde da Família Dr. Luiz Escolástico Bezerra localiza-se à Rua Henrique Maciel de Lima, Santa Delmira I, Mossoró-RN. Nesta unidade atuam duas equipes de Saúde da Família, que prestam atendimento diário à população da área de abrangência de 2ª a 6ª feira, das 07 às 11 e das 13 às 17 hs. Cada equipe de Saúde da Família - SF é composta por 01 enfermeiro, 01 médico, 01 técnico de enfermagem, 01 dentista, 01 Auxiliar de Consultório de Dentista - ACD e 08 Agentes Comunitários de Saúde – ACS, totalizando 2 enfermeiros, 2 médicos, 2 técnicos de enfermagem, 2 dentistas, 2 ACD, 16 ACS. A unidade conta ainda com 01 diretora da unidade de saúde, 01 assistente social, 04 auxiliares de serviços gerais e 02 recepcionistas.

A Escola Municipal Marineide Pereira da Cunha situa-se à Rua Henrique Maciel de Lima, Santa Delmira I, Mossoró-RN, área de abrangência da USF Dr. Luiz Escolástico Bezerra. Desenvolve Ensino Fundamental I e II, manhã e tarde, respectivamente. Seu quadro funcional é constituído por pessoal de apoio, técnicos, pessoal administrativo e docente. Possui, aproximadamente, 237 alunos entre 10 e 19 anos de idade. Seus horários de funcionamento são: 07:00 às 11:20 e de 13:00 às 17:20.

### **3.2.3 Participantes da pesquisa**

A princípio, em se tratando dos adolescentes, a pesquisa seria realizada com pessoas na faixa etária entre 10 e 19 anos, conforme delimita o conceito de adolescência do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996). No entanto, após a realização do pré-teste, em virtude de certo grau de dificuldade em responder às questões, principalmente, entre os jovens dos 10 aos 14 anos, eliminou-se este grupo e considerou-se a faixa etária dos 15 aos 19 anos para ser pesquisada.

O total de alunos nessa faixa etária das três instituições juntas (Escola Celina, Escola Marineide e PETI I) correspondia a 197, conforme lista entregue pelas mesmas. Assim, feito o cálculo a partir da fórmula (RICHARDSON, 1999) abaixo, chegou-se à amostra de 112 adolescentes a serem pesquisados.

$$n = \frac{\sigma^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + \sigma^2 p \cdot q}$$

$n$  = Tamanho da amostra.  
 $\sigma^2$  = Nível de confiança escolhido, expresso em número de desvios-padrão.  
 $p$  = Percentagem com a qual o fenômeno se verifica.  
 $q$  = Percentagem complementar (100-p).  
 $N$  = Tamanho da população.  
 $e^2$  = Erro máximo permitido.

Sendo:  $\sigma^2 = 2^2$ , o  $p = 80$ , o  $q = 20$ ,  $N = 197$  e o  $e^2 = 5^2$ .

No entanto, justifica-se que, embora, após levantamento e sorteio do total de sujeitos que cabia pesquisar em cada instituição, com entrega de 112 questionários no total, para preenchimento, uma parte dos instrumentos não foi devolvida, por um dos seguintes motivos: não ter achado o adolescente na instituição ou por ele ter esquecido o questionário no dia marcado para devolução (mesmo após diversas tentativas da pesquisadora) ou; não consentimento dos pais ou; desinteresse do adolescente em participar da pesquisa.

De forma que, somando-se 33 questionários dos estudantes da Escola Celina Guimarães, com mais 25 do PETI I e com mais 16 da Escola Marineide Pereira, totalizaram-se 74 (66%) instrumentos devolvidos preenchidos.

Assim, os adolescentes constituíram uma amostra de 74 sujeitos, sendo 38 homens (51,4%) e quase o mesmo número de mulheres, 36 (48,6%). Na distribuição percentual por idade, predominou a idade de 15 anos, 40 (54,0%) (Tabela 1).

**TABELA 1:** Distribuição percentual dos adolescentes participantes da pesquisa, por idade e por sexo, 2007.

IDADE	SEXO					
	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N*	%
15 anos	18	24,3	22	29,7	40	54,0
16 anos	11	14,9	10	13,5	21	28,4
17 anos	5	6,8	3	4,1	8	10,8
18 anos	1	1,4	0	0,0	1	1,4
19 anos	1	1,4	3	4,1	4	5,4
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>48,6</b>	<b>38</b>	<b>51,4</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>

N\*= 74

Quanto aos enfermeiros das equipes de SF que atuam nas USF supracitadas, 09 foram entrevistados, sendo 8 mulheres e apenas 1 homem. Em relação à formação, 8 deles têm pós-graduação, sendo em nível *lato sensu*: 5 pelo Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - PROFAE, 3 em Programa Saúde da Família, 1 em Saúde Pública, 1

em obstetrícia e 1 em administração hospitalar. Entre os enfermeiros pós-graduados, 3 deles têm duas especializações ao mesmo tempo.

No que se trata de participação em curso na área da adolescência, apenas 1 afirmou positivamente, sendo que na verdade, não foram cursos específicos desta área, mas, sobre temas que podem se relacionar com adolescência: DST e Sociedade Civil Bem-Estar Familiar - BEMFAM, com carga horária de 40 hs cada.

No que se refere aos anos de formação, 2 enfermeiros têm entre 6 e 10 anos de formados, 1 tem entre 11 e 15 anos, 3 têm entre 16 e 20 anos, e 3 têm entre 21 e 25 anos. Quanto ao tempo em que trabalham no PSF, 6 têm entre 1 e 5 anos de contribuição com o PSF, 2 têm entre 6 e 10 anos e 1 tem entre 11 e 15 anos.

No que diz respeito ao vínculo empregatício, 3 enfermeiros relataram ter mais de um vínculo além do PSF e os demais negaram.

### **3.2.4 Instrumentos e recursos para a coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu mediante: a) aplicação de questionários com adolescentes (APÊNDICE A) e; b) realização de entrevista individual estruturada com enfermeiros (APÊNDICE B).

Antes dos procedimentos de coleta de dados, foram observados todos os preceitos éticos vigentes na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas com seres humanos. A pesquisa iniciou-se após emissão do Parecer favorável n. 99-2007 do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UFRN, ocorrida em 01/06/2007 (ANEXO A).

Após o início da coleta de dados, em virtude da substituição da Escola Estadual José Nogueira pelo PETI I e da inclusão da Escola Municipal Marineide Pereira da Cunha e da USF Dr. Luiz Escolástico Bezerra como locais de pesquisa, submeteu-se as alterações à nova apreciação ética, havendo sido aprovadas pelo CEP, conforme Parecer n. 006/2008, no dia 15/02/2008 (ANEXO B).

Os roteiros da entrevista e do questionário foram submetidos à pré-teste nos dias 18 e 19/06/2007, aplicados antes do início da pesquisa propriamente dita, numa população com características semelhantes aos dos sujeitos do estudo (1 enfermeiro e 13 adolescentes). Daí, foram feitas explicitações no questionário e a inclusão de mais uma pergunta na entrevista para um melhor entendimento, validação dos instrumentos e atendimento aos objetivos do estudo. Lakatos e Marconi (1991) consideram suficiente realizar pré-teste com um número de

sujeitos correspondente a cerca de 5 a 10% do tamanho da amostra. Após a adequação dos instrumentos, adentrou-se o campo de pesquisa.

O questionário foi organizado com perguntas abertas, fechadas e mistas. Ao todo, 15 questões a fim de captar a opinião dos adolescentes sobre os **problemas** comuns deste grupo na comunidade, sobre o **motivo de procura da USF** e as **ações do enfermeiro**. Em 12 questões, a entrevista levanta informações dos enfermeiros sobre a **demanda, serviços, ações dos enfermeiros, vulnerabilidades/problemas e promoção da saúde dos adolescentes**.

O horário para a realização da entrevista e para aplicação dos questionários foi agendado com antecedência, tendo sido combinado com os enfermeiros, o uso do sistema de gravação de voz para registro dos depoimentos. Foi feita transcrição integral dos dados obtidos, através de digitação no aplicativo Microsoft Word ao final de cada dia de coleta.

A pesquisa de campo foi iniciada mediante: 1º) a apresentação do pesquisador e da pesquisa (origem, fundamentos, objetivos e finalidades) e; 2º) o oferecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura voluntária pelos adolescentes e enfermeiros (ANEXOS C e D).

Além dos adolescentes e enfermeiros, foi oferecido TCLE (ANEXO E) aos pais/responsável legal pelos primeiros, por fazerem parte de grupo vulnerável.

### **3.2.5 Análise dos dados obtidos**

As descrições de caráter quantitativo (questionários e parte das entrevistas) obtidas foram organizadas em um banco. Foram analisados 74 questionários e 9 entrevistas. Fez-se uso do programa estatístico Excel (Microsoft), havendo sido criadas planilhas, cujos dados foram distribuídos seguindo a seqüência do próprio instrumento. Posteriormente, foram representados na forma de tabelas, quadros ou gráficos, com sua freqüência absoluta e/ou relativa para análise a partir do referencial teórico trazido na primeira parte deste estudo.

Em se tratando da representação dos dados referentes às questões do instrumento aplicado com os adolescentes, alguns foram representados, fazendo-se o cruzamento das variáveis: sexo x idade; sexo x problemas do adolescente; sexo x ida à unidade de saúde durante adolescência; sexo x freqüência de ida à unidade; sexo x motivo de ida à unidade; sexo x procura ou não do enfermeiro; sexo x por que nunca procurou atendimento do enfermeiro; sexo x tipo de atendimento do enfermeiro; sexo x tem idéia para melhorar atendimento na unidade de saúde para os adolescentes; sexo x idéia para melhorar atendimento na unidade de saúde para os adolescentes.

Esses cruzamentos foram utilizados com o objetivo de acrescentarem outras informações sobre os adolescentes: tendências do sexo feminino e masculino em referência aos dados supracitados, possibilitando ao final da pesquisa, que tenha sido elaborado um diagnóstico mais preciso sobre os jovens, seus problemas, a busca pela USF, motivo de procura, entre outros, colaborando com a construção de um trabalho mais específico pelos enfermeiros das unidades.

As descrições de caráter qualitativo (outra parte das entrevistas) foram reorganizadas a partir do uso da técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (2004). Realizou-se interpretação e inferência sobre os dados, valendo-se do confronto deste material com o referencial teórico apresentado pelo estudo, ou seja, a promoção da saúde.

Na aplicação da técnica de análise de conteúdo, destacam-se duas funções: 1- responder às questões elaboradas ao dar início à proposta de pesquisa e/ou confirmar ou não as hipóteses criadas antes do trabalho de investigação e; 2- descobrir o que está velado (conteúdos latentes), transpondo as aparências do que foi comunicado (GOMES, 1994).

Intentando-se revelar os significados manifestos e latentes no material qualitativo, podem ser desenvolvidas dentro da análise de conteúdo, a Análise da Expressão, a Análise das Relações, a Análise Temática, entre outras, sendo esta última forma, uma das que mais se ajustam à pesquisa qualitativa sobre Saúde (MINAYO, 2004).

O presente estudo fez opção pela análise temática, que busca desvendar os núcleos de sentido que constituem uma comunicação, cuja presença ou frequência denotem algo para o objetivo analítico proposto. Portanto, seguiu-se às etapas de trabalho, nas quais está estruturada a Análise Temática: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BARDIN, 2004).

### **3.2.6 A pesquisa real**

Ao entrar em campo, a investigadora tentou seguir uma seqüência lógica de encaminhamentos que culminariam com a entrega e recepção dos instrumentos aplicados com os sujeitos. Primeiro, foram feitos os contatos antecipados no mês de junho, com os espaços de estudo selecionados e, depois, o levantamento exaustivo de um por um dos adolescentes entre 15 e 19 anos da Escola Estadual José Nogueira e leitura da lista dada pela Escola Municipal Celina Guimarães, para o cálculo da amostra e sorteio dos sujeitos.

Em 09 de julho de 2007 dá-se início à coleta de dados com os sujeitos da amostra calculada, permitindo uma aproximação sucessiva da realidade e de sua dinamicidade: uma

das escolas selecionadas para a pesquisa (Escola Estadual José Nogueira) tem suas aulas suspensas devido à greve irrompida pelos docentes.

Outra escola da mesma área foi pensada a tempo para substituição, tendo sido também eliminada por estar localizada em rua pouco segura, uma vez que se tratava de região entremeada por grupos em que se efetuavam negociações e uso de drogas, fato alertado por moradores, que atribuíam risco à realização da pesquisa no turno noturno.

O local escolhido foi, então, o PETI I, também localizado no Santo Antônio, porém, em uma parte do bairro que oferecia menor risco, principalmente, no período diurno em que os alunos estariam no programa. A diretora da instituição respondeu positivamente à solicitação da pesquisa, assinando a carta de anuência.

Vale informar que, soube-se, após o início da coleta de dados, através da Direção da Escola Municipal Marineide Pereira da Cunha, que as enfermeiras da USF Dr. Luiz Escolástico Bezerra também desenvolviam ações com os adolescentes desta escola. Assim, prosseguiu-se com visita a estas duas instituições, a fim de solicitar anuência da gerência ou direção das mesmas, para a realização da pesquisa nestes espaços, o que foi admitido sem dificuldades.

Nas escolas Marineide Pereira e Celina Guimarães, a dificuldade imposta esteve relacionada à baixa frequência dos alunos em sala de aula, o que atrasou a entrega aos sujeitos e também favoreceu a não distribuição do total calculado de TCLE e de questionários. Constatou-se em uma das escolas, por parte dos professores, que muitos alunos matriculados simplesmente deixavam de ir às aulas, embora isto não tivesse oficializado na lista informada pela secretaria da escola. A dilação marcante em receber os instrumentos respondidos, contribuiu para tardar o início do processo de análise.

Em se tratando das entrevistas com os enfermeiros, essas marcadas também com antecipação, na maioria delas, sofreram menos adiamentos. Mas, por terem sido realizadas no ambiente da própria USF, em vários momentos sofreram interrupções de terceiros. O método de gravação, embora aceito por todos os depoentes, foi expresso como motivo de timidez. Porém, a pesquisadora esclareceu sobre o destino do material, sobre a possibilidade de se manter uma conversa informal e de se fazer pausas durante esta última, assim, tendo se sucedido. A duração das entrevistas variou em um intervalo de 12 a 40 min.

Enfim, embora delongada, a etapa de coleta de dados foi concluída em 31 de agosto de 2007, após quase 3 (três) longos meses de trabalho de campo.

Os questionários e as descrições quantitativas das entrevistas foram, então, revisados e encaminhados para a construção da representação gráfica: tabelas e gráficos com as

freqüências do fenômeno estudado. A apresentação desses dados traz do universo pesquisado, os seguintes descritores: **1- Os Problemas do Adolescente e a Procura da USF pelo Adolescente e; 2- Ações do Enfermeiro.**

Os dados qualitativos foram trabalhados, tendo-se em vista as fases atribuídas por Bardin (2004) à análise temática. Primeiramente, a transcrição integral dos depoimentos, difícil em algumas falas em virtude de ruído físico presente no momento da gravação, tom de voz e ou da timidez do depoente, porém, não impediu a transcrição fidedigna das informações pertinentes.

Daí encetou-se a pré-análise, onde o material bruto (*corpus*), todas as respostas por perguntas, foi lido, sublinhando-se e fazendo-se as primeiras reflexões. Depois, foi disposto em tabela para leitura exaustiva, destacando-se as partes dos textos que contribuiriam para formação dos índices e indicadores. Desde a pré-análise, o olhar sobre o material obtido foi direcionado pelos objetivos da pesquisa, questões e pressuposto.

Os termos destacados (palavras e frases), núcleos de sentido, foram apreciados quanto à sua significação e classificação, sendo elaboradas as primeiras categorias. Por conseguinte, as categorias foram separadas e seu conteúdo foi sendo estruturado, agregado (codificação). Algumas delas foram unificadas e outras eliminadas em virtude do número de vezes em que as unidades de registro apareciam, regra de enumeração denominada de freqüência (BARDIN, 2004).

Após a classificação e codificação do material resultante dos depoimentos, elegeu-se sete categorias para conduzir as discussões no trabalho: **1- Conversando com o Adolescente e Contribuindo com o seu Conhecimento; 2- Dia Específico de Atendimento do Adolescente na USF; 3- Planejamento; 4- Profissional Capacitado para Atender o Adolescente na USF; 5- Ver o Adolescente como um Todo; 6- Fazer Trabalho Educativo e Levar Informação e; 7- Trabalho em Equipe Multiprofissional e Parcerias.**

Para evitar associação do sujeito com o conteúdo informado nas categorias, cada enfermeiro da pesquisa foi identificado com o nome de uma das estrelas da Bandeira do Brasil. Aludiu-se, assim, ao brilhantismo deste profissional que, anonimamente, avança e/ou retrocede, colaborando com os passos do ensaio para apresentação de um PSF dinâmico e arrojado, assumindo ainda, a necessidade de revisão/reinvenção de práticas frente ao segmento adolescente.

Na interpretação e inferência sobre o material transformado, fase referente ao tratamento dos resultados obtidos (BARDIN, 2004), tentou-se desvendar o conteúdo latente das mensagens, revelando algumas inclinações ou tendências do fenômeno social estudado.

**PARTE IV: PERCURSO REVELADOR:**

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

*“A carícia é uma mão revestida de paciência  
que toca sem ferir e solta para permitir a  
mobilidade do ser com quem entramos em  
contato” (RESTREPO, 1998).*



## Capítulo IV:

---

### **Prática do Enfermeiro do Programa Saúde da Família – PSF na Promoção da Saúde do Adolescente: um feixe de luz**

#### **4.1 Plano de Análise**

Antes de dar início ao desvelamento gradual da realidade encontrada após tratamento do material bruto recolhido através do desabafo vivencial subjetivo ou objetivo dos sujeitos participantes, faz-se adequado orientar que, na tentativa de responder às questões, pressuposto e, portanto, aos objetivos da pesquisa, os descritores quantitativos e as categorias qualitativas foram ordenados da seguinte maneira:

#### **Seção I: Problemas do adolescente que buscam a atenção do enfermeiro**

##### 1.1 Os problemas do adolescente e a procura da USF pelo adolescente

Neste momento, são descritos os problemas e as tendências de procura e do motivo da procura da USF pelo adolescente, a fim de responder ao objetivo:

- Identificar os problemas de saúde do adolescente que busca a atenção do enfermeiro;

#### **Seção II: Ações do enfermeiro e a promoção da saúde do adolescente**

##### 2.1 Ações do enfermeiro

Aqui é exposta a procura do enfermeiro pelo adolescente, se o adolescente conseguiu ser atendido, qual motivo se não conseguiu, tipo de atendimento do enfermeiro, por que nunca procurou o enfermeiro, dificuldades para ser atendido, se o enfermeiro tem trabalhado ou não para os adolescentes desta comunidade e as idéias para melhorar o atendimento no posto de saúde para os adolescentes. Além dessas, se há serviço estruturado para o adolescente na USF, demanda organizada, trabalhos do enfermeiro voltados aos problemas dos adolescentes, ações dos enfermeiros das quais os adolescentes participam, dificuldades nos trabalhos desenvolvidos com adolescentes, quem planeja estes trabalhos e quais resultados já foram alcançados.

## 2.2 Conversando com o adolescente e contribuindo com o seu conhecimento

Aqui se responde como o enfermeiro está contribuindo para melhoria da saúde do adolescente.

Responde-se, ao final da análise desta segunda seção, ao objetivo:

- Identificar as ações do enfermeiro do PSF voltadas para o adolescente com o sentido de promoção da saúde.

## **Seção III: Percepção do enfermeiro do PSF sobre promoção da saúde do adolescente**

### 3.1 Dia específico de atendimento do adolescente na USF

### 3.2 Planejamento

### 3.3 Profissional capacitado para atender o adolescente na USF

A partir destas três categorias são apresentadas as percepções dos enfermeiros sobre um serviço estruturado para o adolescente.

### 3.4 Ver o adolescente como um todo

### 3.5 Fazer Trabalho Educativo e Levar Informação

Aqui se apresentam as percepções do enfermeiro sobre o que seja promoção da saúde do adolescente.

### 3.6 Trabalho em Equipe Multiprofissional e Parcerias

Por último, expõe-se o que mais é preciso fazer para implementar a promoção da saúde do adolescente nos serviços pesquisados.

Esta terceira seção busca responder ao objetivo:

- Analisar a percepção do enfermeiro do PSF sobre a promoção da saúde do adolescente.

Ressalta-se que, com exceção da Seção III, onde só houve categorias, nas outras duas seções, as descrições quantitativas obtidas foram analisadas, relacionando-se em alguns momentos, os dados dos adolescentes com os dos enfermeiros.

E por fim, após feitas as construções teórico-cognitivas resultantes da discussão das três seções desta análise, espera-se atender ao objetivo geral, razão do esforço despendido com esta pesquisa:

- Analisar a prática do enfermeiro do Programa Saúde da Família voltada para promoção da saúde do adolescente.

#### **4.2 Análise e Discussão dos Resultados**

A saúde do adolescente, sem receio de ser mera repetição por sua defesa freqüente no meio onde é discutida, é pauta ou tema relevante quando se examina o desenvolvimento sócio-político-econômico de um país. A população adolescente no Brasil (faixa etária entre 10 e 19 anos) constitui 21% da população nacional, segundo o último censo do IBGE, sendo um grupo com marcante expressividade populacional. São 35.302.872 adolescentes, dos quais 50,4% homens e 49,5% mulheres (BRASIL, 2006).

A forma como se tem pensado a atenção à saúde do grupo está relacionada ao modo como se pensa a adolescência no contexto sócio-histórico e aos paradigmas predominantes da ciência. Na assistência à saúde, fundamentada no paradigma cartesiano, predomina a pobreza da percepção do processo adolecer (PATRÍCIO, 2000). Porém, as discussões sanitárias que consideram importante vivificar a interpretação do contexto complexo em que se encontra o adolescente, tornam imanente a ligação deste com o mundo que o cerca, questionando:

[...] Parece haver uma clara distorção nas teorias que buscam explicá-la em termos unicamente psíquicos e somáticos (corporais). Seria possível, hoje, quando a nossa sociedade atravessa a mais grave crise de sua história, ignorar a importância fundamental dos fatores sociais, econômicos e culturais que incidem na crise do adolescente? (BECKER, 1993, p. 9-10).

Acredita-se nesta pesquisa que seja incoerente trabalhar com o adolescente, desvinculando-o do seu contexto vivencial. No Brasil e noutros países, quando não associados à noção restrita de “rebeldes sem causa”, “os adolescentes são vistos como membros de um grupo sensível, predisposto a inúmeros problemas graves, tais como: fome, miséria, analfabetismo, desintegração familiar [...]” (SILVA; ZEITOUNE, 2000, p. 169). Ou seja, aspectos de ordem político-sócio-econômica marcam negativamente o adolecer, necessitando serem abordados de forma crítica e contextualizados pelos responsáveis pela implementação das políticas sociais aos jovens, na perspectiva do conceito ampliado de saúde, discutido pela proposta da política da promoção da saúde, conhecendo ainda os limites desta proposta e tentando superá-los.

## Seção I: Problemas do adolescente que buscam a atenção do enfermeiro

### Os problemas do adolescente e a procura da USF pelo adolescente

Os tipos de problemas relatados pelos sujeitos respondentes dos questionários conseguiram superar as expectativas de que se julgaria “problemas” como associados somente a doenças.

Na Tabela 2 encontram-se os problemas percebidos pelos adolescentes como sendo comuns entre eles na comunidade.

**TABELA 2:** Problemas mais comuns que acontecem com os adolescentes da comunidade, por sexo, 2007.

PROBLEMAS	SEXO					
	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N**	%
Drogas	9	12,2	16	21,6	25	33,8
Gravidez	15	20,3	5	6,8	20	27,0
Problemas Político-Sócio-Econômico-Culturais	6	8,1	12	16,2	18	24,3
Outras Doenças*	9	12,2	3	4,1	12	16,2
Violência	1	1,4	7	9,5	8	10,8
DST/AIDS	5	6,8	1	1,4	6	8,1
Não respondeu	2	2,7	4	5,4	6	8,1
Odontológicos	2	2,7	3	4,1	5	6,8
Falta de Atendimento/Medicação	2	2,7	2	2,7	4	5,4

NOTA: Os sujeitos deram mais de uma resposta.

\* Outras Doenças: Corresponde a problemas que foram agrupados porque isolados têm percentual pouco expressivo.

N\*\* = 74

Algumas diferenças marcantes entre as informações de meninos e meninas foram encontradas. Adolescentes do sexo masculino citaram mais as *drogas*, 16 (21,6%); *problemas político-sócio-econômico-culturais* (bebidas, não trabalham, não estudam, abuso sexual, prostituição, falta de respeito, falta de orientação, mau atendimento no posto de saúde, desemprego, etc.), 12 (16,2%) e; *violência*, 7 (9,5%).

Adolescentes do sexo feminino citaram mais a *gravidez*, 15 (20,3%); *outras doenças* (gripe, dengue, resfriado, sinusite, febre, dor de cabeça, catapora, inflamação na vagina), 9 (12,2%) e; *DST/AIDS*, 5 (6,8%). Isto pode representar um sentido valorativo ocasionado pelas vivências prática e subjetiva, mais próximas, experimentadas com mais evidência por um dos sexos em cada um desses problemas sociais.

Entre a Tabela 2 e o Quadro 1 (problemas/vulnerabilidades dos adolescentes percebidos pelos enfermeiros) surgem semelhanças no que diz respeito aos tipos e/ou à ordem da percepção de alguns dos problemas. Isto no que se referem às *drogas*, citadas por 7 entrevistados e às *DST* e *gravidez*, citadas por 4.

PROBLEMAS	Nº
Drogas	7
DST	4
Gravidez	4
Início Precoce da Vida Sexual	2
Conflitos	2
Promiscuidade	1
Fumo/Álcool	1
Fragilidade	1
Família Desestruturada	1
Falta de experiência	1
Automedicação	1
Aborto	1

**QUADRO 1: Problemas de saúde ou vulnerabilidades enfrentados pelo adolescente**

NOTA: Os sujeitos deram mais de uma resposta.

Os problemas descritos pelos sujeitos desta pesquisa estão, inclusive, correlacionados, pois, sabe-se que em certas circunstâncias, uns podem derivar dos outros. Exemplo é a associação entre uso de drogas, gravidez precoce e DST/AIDS, já que se sabe que o efeito das substâncias psicoativas no organismo pode levar à dificuldade de elaboração do juízo crítico e deixa os indivíduos mais propensos às práticas sexuais de risco (AMARAL, 2006).

O tráfico de drogas e o consumo de álcool, por sua vez, são fatores relacionados com o aumento da violência. Associam-se a esta última também por concorrerem para a maior incidência de violência doméstica e contra as crianças e adolescentes (ABRAMOVAY, 2002).

Em Mossoró, a faixa etária que vai dos 10 aos 15 anos contempla um dos dois grupos mais utilizados pelos traficantes como entregadores, sendo esta entrega, considerada porta de entrada para que haja o consumo e a provável dependência, segundo Presidente do Conselho Municipal de Entorpecentes (DAMASCENO, 2007).

Além disso, o bairro Santo Antônio (um dos locais onde se desenvolveu a presente investigação) é o que tem maior número de casos registrados de HIV/AIDS, reunindo ainda outros problemas sociais, entre eles, o consumo de drogas, prostituição, gravidez precoce e DST.

No município, através de levantamento feito pelo Conselho Municipal de Entorpecente, a partir da coleta sistemática de dados da Gerência Executiva da Saúde, observou-se que o número de jovens que contraiu AIDS, principalmente, do sexo feminino, cresceu 60,0% de um ano para outro e tem idade entre 15 e 23 anos (DAMASCENO, 2006).

Numa pesquisa de Monteiro; Medeiros e Oliveira (2007) em um bairro de periferia de Natal-RN constatou-se que o álcool é a principal substância (93,3%) consumida pela maioria dos adolescentes que fazem uso de drogas lícitas e que 37,9% destes sujeitos já fizeram uso de drogas ilícitas.

Em um estudo qualitativo de Muza e Costa (2002) realizado no Distrito Federal, também são apresentadas através das falas dos próprios adolescentes, a violência, o uso de álcool e drogas e aspectos da expressão da sexualidade (iniciação sexual precoce, falta de espaço acolhedor para tratar da questão e medo e vergonha) como os problemas do grupo na comunidade. Os autores crêem que estes últimos aspectos expõem adolescentes ao risco de gravidez não planejada e à contaminação pelo HIV.

Numa pesquisa recente da Fundação Getúlio Vargas - FGV, “O Estado da Juventude: Drogas, Prisões e Acidentes”, são apresentados informações sobre questões relacionadas ao sexo, drogas e violência no Brasil, envolvendo jovens. Ao ser traçado o perfil do consumidor declarado de drogas, notou-se que 86,0% têm idade entre 10 e 29 anos e 99,0% são do sexo masculino (NERI, 2007).

Quanto à gravidez precoce, conforme a pesquisa da FGV, o percentual subiu de 7,97% em 1980 para 9,1% em 2000, sendo considerada ainda *contrapartida feminina*<sup>5</sup>, ou seja, fator de risco para a futura inclinação de homens solteiros para a atividade criminosa (NERI, 2007). Quanto à AIDS, em 2000, foram registrados 5,3 casos da doença para cada um milhão de adolescentes brasileiros entre 12 e 17 anos de idade, sendo 6,8 casos por milhão entre as moças e 3,8 casos entre os rapazes (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2004).

Assim, na pesquisa atual, os dados corroboram problemas enfrentados por adolescentes, constatados em outros estudos, trazendo características que os particularizam, como a ordem de percepção dos problemas e informações novas as quais se constituem num achado importante, como os *odontológicos* e a *falta de atendimento/medicação* citados, respectivamente, por 5 (6,8%) e 4 (5,4%) dos questionados (Tabela 2).

Chama a atenção, a visibilidade dada à saúde bucal por alguns adolescentes, quiçá, resultado da inclusão do dentista na equipe de SF desde o ano 2000 (BRASIL, 2000). Além

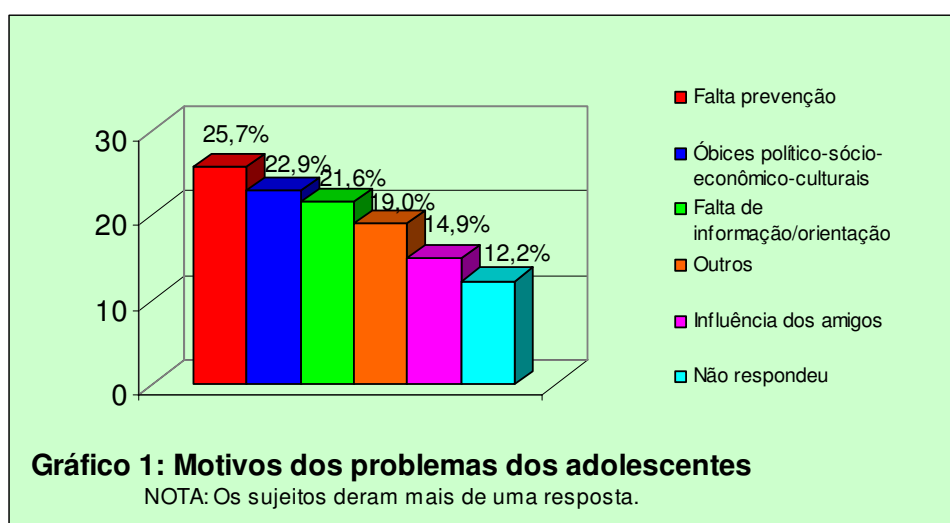
---

<sup>5</sup> Grifo nosso. Contrapartida feminina parece ser uma expressão que responsabiliza a mulher, sem nenhuma meticulosidade, pela ocorrência da gravidez na adolescência e pela presença de futuros potenciais criminosos.

disso, ainda a importância dos medicamentos, mesmo entre grupos que parecem adoecer com menos frequência e estão menos nas USF. Isto pode ser sinal da dificuldade de equilíbrio entre grande demanda espontânea e o quantitativo necessário de medicamentos nos serviços de saúde e da influência da cultura popular da medicalização passada entre as gerações, robustecida pelo próprio setor sanitário no âmbito das práticas curativistas e percebida ainda pelo enfermeiro no Quadro 1 (p. 68) quando cita o aspecto da automedicação.

A apreensão desses dados e a sua relação direta com condicionantes de ordem macro-estrutural revelam, sobretudo, necessidade de reflexão sobre paradigmas assistenciais que tenham veemência para a promoção de formas de vida saudáveis. Não se conduz problemas de magnitude, como são os dos adolescentes, apenas com iniciativas específicas de um ou outro setor isolado e com uma visão restrita do problema, de suas causas e formas de resolução, como se tem visto majoritariamente no campo da saúde, no que diz respeito às ações curativistas, que impõe mudanças de comportamento e têm frequência irregular.

Tanto é que ao serem investigados sobre os motivos dos problemas, 19 (25,7%) adolescentes informaram a *falta de prevenção* (Gráfico 1).



Essa falta de prevenção apontada pode estar revelando uma auto-culpa dos adolescentes habituados com programas de educação que prescrevem mudanças de estilo de vida, responsabilizando o indivíduo exclusivamente por sua saúde e coibindo comportamentos. “Um exemplo [...] manifesta-se nas práticas prescritivas sobre o comportamento e as atitudes de adolescentes e jovens nos serviços de saúde” (BRASIL, 2006, p. 25).

Em referência ao movimento em busca da promoção da saúde apreendido por esta pesquisa, cabe destacar que não se comparte a idéia de que a promoção seja alcançada tão somente a partir do ensino de habilidades pessoais para o autocuidado e para a mudança de estilos de vida danosos. “Atualmente, o ensino dessas habilidades está ocupando toda a cena, com a promoção dos chamados ‘estilos de vida saudáveis’. A ilusão que se cria é que as pessoas têm autonomia total para cuidar-se e que os problemas estarão resolvidos se cada um cuidar de si [...]” (VALADÃO, 2003, p. 208).

Não se trata de reproduzir esta falácia como decisivamente suficiente. É preciso sim convidar os atores sociais a repensarem práticas danosas, porém, deve-se combinar isso com a oferta de opções saudáveis, como o estímulo ao esporte, artes, qualificação da mão-de-obra, emprego, lazer, entre outros.

Num documento preparado para uma Conferência sobre saúde dos adolescentes e jovens da América Latina e Caribe, relata-se que:

El abuso de drogas, la delincuencia y la violencia comparten todas las características de la vecindad donde vive el adolescente, lo cual sugiere que algunas vecindades ofrecen oportunidades concretas para desarrollar comportamientos problemáticos y brindan muy poco auxilio para evitarlos: esos vecindarios tienen leyes y normas comunitarias que favorecen actividades delictivas, consumo abusivo de drogas, adquisición de armas de fuego, amistades que muestran comportamientos inadecuados, padres con actitudes favorables para con el comportamiento problemático, y falta de unidad y organización entre los vecinos. En esas circunstancias, los jóvenes que luchan por tener identidad, destrezas y estilos de vida tienen acceso fácil a actividades consideradas como inadecuadas por la sociedad, y tienen acceso muy restringido a actividades calificadas como positivas (BURT, 1996, p. 9).

Concorda-se com a citação, destacando-se da realidade pesquisada, que 17 (22,9%) dos adolescentes citaram como sendo motivo dos problemas, *óbices político-sócio-econômico-culturais* (não tem família, desemprego, falta de policiamento, de programas sociais, etc.).

No Brasil se convive com o uso abusivo de drogas, violência, doenças e mais: fome, desemprego, desintegração familiar, analfabetismo, como foi apontado por Silva e Zeitoune (2000), onde se torna no mínimo insensível ou ato ingênuo por parte de um profissional, orientar modos de vida saudáveis incompatíveis com o padrão social da grande maioria da população, que não tem acesso a opções saudáveis. Ou acreditar que é possível adaptar-se a condições de carência, dando-se jeitinhos com o pouco que se tem, reaproveitando isso e aquilo, e mesmo assim, apresentar um nível de vida e saúde adequado.



Moreira; Jorge e Lima (2004) informam que, geralmente, o comportamento dos jovens recebe influência de aspectos sócio-culturais e econômicos, quase sempre com características regionais. Lima et al. (2004) ao estudarem a eficácia de programas sociais de promoção da saúde executados em condições macroestruturais adversas, detectou, dentre os indicadores de impacto social, que o acesso ao emprego é um óbice a ser enfrentado. Concluíram com o ensejo de que o exercício da cidadania e o empoderamento de famílias que convivem em situações estruturais adversas seja a esperança de superação do atual quadro social mantido pelo desequilíbrio de forças.

Acredita-se que o empoderamento, assim como outros princípios que devem orientar a promoção da saúde, segundo a OMS, como a participação social e a concepção holística (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003) têm que ser discutidos a partir da compreensão da necessidade de reversão das limitações produzidas pelo ambiente, não só reconhecendo, mas, desorganizando o regime de iniquidades sociais que impera no país e, com mais força em regiões como a nordeste.

Por sua vez, tendo sido a Estratégia Saúde da Família, considerada pelo MS, como “política de saúde que pode mudar a situação atual dos adolescentes no país [...] por se aproximar mais das condições socioculturais e assim cumprir os princípios que norteiam o SUS” (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2006, p. 2491), esperava-se um olhar integral por parte dos profissionais das equipes em relação ao grupo jovem.

Deste modo, apesar do dado *óbices político-sócio-econômico-culturais* ter sido notificado por 22,9% adolescentes no Gráfico 1 (p. 70), o que representa um olhar não superficial do sujeito sobre seu contexto social, apenas 2 enfermeiros citaram *conflitos* (psicológicos, emocionais e sociais) e 1 citou *famílias desestruturadas* no Quadro 1 (p. 68), como percepção atrelada ao contexto político-sócio-econômico-cultural do adolescente.

Dessa forma, vê-se que o enfermeiro, em sua maioria, não direcionou o olhar reflexivo sobre as circunstâncias sociais e subjetivas de vida do adolescente, as quais podem torná-lo vulnerável a determinados eventos. Do contrário, teria oportunidade de discutir alternativas de superação orientadas numa perspectiva de promoção da saúde.

Constatou-se, por exemplo, após levantamento feito por autores, que trabalhos científicos elaborados por enfermeiros, sobre a adolescência, em nível *strictu sensu*, têm ainda forte apelo do modelo biomédico sobre estas pesquisas (MOREIRA; JORGE; LIMA, 2004).

Do mesmo modo, na atenção direta, mesmo quando se focaliza a adolescência, geralmente, ressaltam-se problemas e doenças advindas de sua vivência, riscos de condições biológico-sociais que enquanto crianças não seriam possíveis de ocorrer (PATRÍCIO, 2000).

Em se tratando da assistência da enfermagem, consoante Ressel e Gualda (2004), há uma atenção voltada para o desvio, para a anormalidade, onde ocorre o apoderamento do indivíduo e de seu corpo como objeto limitado pela patologia em si. O sujeito é desvinculado pelo cuidador, de sua história de vida, e suas vivências únicas, transformadas em um problema que pode ser resolvido através da medicalização.

Afirma-se que mais do que em qualquer outra faixa etária, no caso das adolescências, é patente a fraqueza do sistema de saúde em vigor, que parte de uma visão unidirecional de saúde, desconsiderando a variedade de patologias “não orgânicas” que põem em risco a vida de crianças e adolescentes (TRAVERSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2002).

Por esta razão, concorda-se que no SUS, a promoção da saúde é vista como uma oportunidade de focalizar aspectos que estão relacionados com o processo saúde-adoecimento em nosso país, como o desemprego, a violência, a fome, urbanização, subemprego, etc. (BRASIL, 2005c). No entanto, necessita-se também problematizar o percurso histórico político-econômico-social pelo qual o Brasil tem caminhado até chegar a estruturar-se como nação com grandes desigualdades sociais.

Dando continuidade à apresentação dos dados, com a intenção de conhecer os problemas do adolescente que procura a USF, questionou-se, em primeiro lugar, se durante a adolescência, o sujeito já foi ou não à USF.

**TABELA 3:** Ida à unidade de saúde durante adolescência, por sexo, 2007.

JÁ FOI À UNIDADE	SEXO					
	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N*	%
Sim	30	40,5	30	40,5	60	81,1
Não	6	8,1	8	10,8	14	18,9
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>48,6</b>	<b>38</b>	<b>51,4</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>

N\* = 74

Entre os jovens depoentes, 60 (81,1%) já foram à unidade de saúde depois que se tornaram adolescentes. Estudo de Formigli; Costa e Porto (2000) apresentam um dado menor, 57,1 %, acerca do conhecimento de uma Unidade de Saúde de Belém-PA por adolescentes que residem próximo dela, serviço aquele destinado a crianças e adolescentes.

Entretanto, apesar de ter sido detectado que 81,1% dos adolescentes já foram à unidade de saúde durante a adolescência, percebe-se que os mesmos usam com pouca regularidade os serviços de saúde na realidade pesquisada, pois, 32 (53,3%) adolescentes *raramente* vão à USF (Tabela 4).

**TABELA 4:** Frequência de ida à unidade de saúde durante da adolescência, por sexo, 2007.

FREQUÊNCIA DE IDA À UNIDADE DE SAÚDE	SEXO					
	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N*	%
Estive 1 Vez	6	10,0	7	11,7	13	21,7
Mensalmente	5	8,3	2	3,3	7	11,6
Trimestralmente	1	1,7	1	1,7	2	3,4
Semestralmente	2	3,3	1	1,7	3	5,0
Anualmente	2	3,3	1	1,7	3	5,0
Raramente	14	23,3	18	30,0	32	53,3
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>49,9</b>	<b>30</b>	<b>50,1</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

N\* = 60

O resultado da Tabela 4 difere daquele encontrado na Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios - PNAD de 1998, em que se informa que as pessoas de 0 – 18 anos são as que mais procuram Posto ou Centro de Saúde (BRASIL, 1998).

Constata-se em estudo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) que a frequência de adolescentes nos serviços de saúde no país ainda é muito pequena. Estudo realizado por Souza e Schumacher (2006) relata a baixa frequência de adolescentes em Unidades Básicas de Saúde. Ou seja, ao se pensar no grupo adolescente, o espaço dos serviços de saúde não representa a imagem mais relacionada com esse segmento (LEÃO, 2005).

Sabe-se que as políticas públicas de saúde e educação têm um papel essencial em se tratando de proporcionar retaguarda afetiva, emocional, de orientação e de recursos para prevenção e proteção dos adolescentes. Entretanto, avaliações dos próprios adolescentes indicam que o avanço realizado nesse campo ainda é insuficiente para diminuir as situações de vulnerabilidade e risco (BRASIL, 2002a).

Em relação à ausência desses sujeitos dos serviços de saúde, coloca-se também que, embora a Tabela 4 apresente uma diferença, por sexo, entre adolescentes que vão *mensalmente* à unidade, 5 (8,3%) entre as meninas contra 2 (3,3%) meninos, essa diferença não foi marcante. Salientando-se assim que, apesar de encontrar-se em algumas literaturas (BRASIL; 2006, FORMIGLI; COSTA; PORTO, 2000; PINHEIRO et al, 2002) que há distinção nessa busca entre o sexo masculino e o feminino ou que o maior grau de utilização dos serviços de saúde entre adolescentes, é por parte das meninas, nesta pesquisa, não se encontrou diferença expressiva. Ademais, um número significativo, 13 (21,7%) informa só ter *estado 1 vez* na unidade de saúde.

Por outro lado, muito embora, haja um uso irregular dos serviços de saúde pelos adolescentes pesquisados, eles trazem demandas, talvez pouco ou mal interpretadas pelos serviços, o que pode estar ocasionando uma “estranheza” do grupo ou a sua resistência em procurar esse espaço. Ayres (1993) afirma que a faixa adolescente, assim como, a infância tardia e os adultos jovens, não utilizam muito os serviços sanitários por serem poucas as necessidades traduzidas por esses serviços para essa clientela.

Nesse contexto, na Tabela 5 verifica-se que o motivo mais citado entre os que disseram que já foram à unidade de saúde, foi a *consulta* (inespecífica) com 26 (43,3%), sendo 14 (23,3%) entre elas e 12 (20,0%) entre eles. Trabalho de Verbrugge (1989) citado por Pinheiro et al. (2002) aponta que número de visitas aos serviços curativos foi similar entre homens e mulheres, não havendo aí a distinção por idade.

**TABELA 5:** Motivo da ida à unidade de saúde durante a adolescência, por sexo, 2007.

MOTIVO DA IDA À UNIDADE DE SAÚDE	SEXO					
	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N**	%
Consulta	14	23,3	12	20,0	26	43,3
Dentista	7	11,7	9	15,0	16	26,7
Consulta Médica	2	3,3	1	1,7	3	5,0
Curativo	0	0,0	3	5,0	3	5,0
Menstruação Irregular	2	3,3	0	0,0	2	3,3
Pegar Camisinha	0	0,0	2	3,3	2	3,3
Vacinação	1	1,7	1	1,7	2	3,3
Outros*	2	3,3	0	0,0	2	3,3
Fratura	0	0,0	1	1,7	1	1,7
Problemas com Bebida	0	0,0	1	1,7	1	1,7
Prev. CA Colo Útero	1	1,7	0	0,0	1	1,7
Prevenção	1	1,7	0	0,0	1	1,7
Retirada de Pontos	0	0,0	1	1,7	1	1,7
Palestra	1	1,7	0	0,0	1	1,7
Não Respondeu	0	0,0	1	1,7	1	1,7

NOTA: Os sujeitos deram mais de uma resposta.

\* Outros: Corresponde a motivos que foram agrupados porque isolados têm percentual pouco expressivo.

N\*\* = 60

Por sua vez, em estudo realizado por Ayres (1993), o grupo das queixas gerais e inespecíficas ficou em segundo lugar como motivo de consulta registrado nos prontuários de pacientes adolescentes. Esse padrão denota, segundo o autor, a dificuldade de tradução das demandas que encaminham o adolescente ao serviço de saúde nos termos clínicos habituais.

Acredita-se também que os motivos pelos quais se procura um serviço de saúde representam, duplamente, o modo como a medicina se apropria e interpreta os fenômenos da

vida: “através das representações de quem procura o atendimento e do tipo de tradução que o profissional de saúde dará a essas representações” (AYRES, 1993, p. 159).

As pessoas são aculturadas desde cedo, principalmente, pelo modelo organizacional das instituições de saúde e assistencial dos profissionais a interpretarem os serviços como locais de atendimento à doença e a apreenderem seus sinais e sintomas como estritamente biológicos. Mesmo quando não têm exatidão do que precisam, logo são levadas ao atendimento clínico. Daí, a consulta ter sido citada várias vezes, mesmo sem a menção do profissional específico.

Neste ínterim, Ruzany (2000) faz um alerta essencial. Se os adolescentes buscam os serviços sem queixas clínicas específicas, porém, depara-se com um modelo de atenção médica que prioriza procedimentos clínicos clássicos de anamnese e exame físico, dificilmente pode se esperar que estes adolescentes retornem para outra consulta ambulatorial, já que suas demandas não estão sendo atendidas.

Não obstante, considere-se o mérito desses procedimentos, inclusive como devendo ser efetuado por outros profissionais, como o enfermeiro, pois, sabe-se que na fase da adolescência, a avaliação do desenvolvimento e do crescimento é um elemento que pode indicar alguns problemas com a saúde do jovem, assente-se como compreensão deste estudo que para se fazer uma aproximação promocional da saúde, “a consulta de enfermagem [e de outros profissionais] deve levar em consideração os vários processos de vulnerabilidade, necessidades e agravos a que estes [adolescentes], em particular, e os distintos grupos a que pertencem estão sujeitos, sempre considerando a sua complexidade” (MANDÚ; PAIVA, 2001, p. 131). Necessitando ainda fazer uma abordagem escutatória, de trocas, amistosa e diversificada, aliada, sobretudo, a outras ações coletivas, executadas no âmbito da própria UBS, da escola e de outros espaços.

Destaca-se, ainda, na Tabela 5, o *dentista* citado por 16 (26,7%) adolescentes, em que eles e elas alcançaram valores aproximados, respectivamente, 9 (15,0%) e 7 (11,7%). Ainda que não tenha uma diferença estatística marcante, a predominância da procura dos meninos pela odontologia ratifica pesquisas que dizem o mesmo (BRASIL, 2006; PINHEIRO et al, 2002; FORMIGLI; COSTA; PORTO, 2000).

Corroborando os dados achados, trabalho de Formigli; Costa e Porto (2000) apresentam os tipos de atendimento ofertados por um Serviço de Saúde em Belém-PA, conforme percepção de adolescentes e, entre eles, o atendimento clínico e o odontológico foram os mais mencionados, 59,6% e 48,1%, respectivamente. Em se tratando do motivo de procura ao serviço, referido pelo adolescente, os autores encontraram que os problemas

odontológicos (13,1%) perdem só para a gravidez (22,1%), ficando as doenças, motivo que leva à demanda por consulta, em primeiro lugar com 46,7%.

Segundo Pinheiro et al (2002), em se tratado da saúde bucal no Brasil, “esta prática é maior nas idades escolares, provavelmente por uma oferta do serviço na rede escolar, entretanto é mais presente no meio urbano”. A PNAD de 1998 (BRASIL, 2000a) detectou que a população jovem até os 19 anos, residentes na zona urbana e mulheres são os que utilizam os serviços odontológicos com maior frequência.

Fazendo-se a ligação do que se encontrou na Tabela 5 (p. 75) com os dados da Tabela 2 (p. 67), verifica-se aí um aspecto simbólico da importância da saúde bucal para o grupo juvenil, que embora ainda não seja a desejável, deve ser resgatado no planejamento de ações para esta clientela: os problemas odontológicos foram reconhecidos por esse grupo e o dentista foi afirmado pelo adolescente como motivo para a ida ao posto de saúde, o que chama atenção, portanto, da necessidade de atenção da equipe de saúde sobre a assistência integral, investigando a presença de problemas orais e de outros e aproveitando a presença do adolescente na UBS para a realização de outras ações.

Esse dado marcante para a realidade pesquisada se sobrepõe a outro encontrado em Ruzany (2000, p. 55), onde os adolescentes, mesmo sendo atendidos por enfermeiros, médicos e outros, informaram não terem recebido esclarecimentos sobre este componente (bucal) da saúde. “Um dos quesitos da maior relevância foi a quase inexistência de dados positivos sobre promoção de saúde oral, apesar dos serviços terem em suas propostas este componente da atenção integral”.

Outros motivos também importantes foram menos citados na Tabela 5, como *pegar camisinha*, 2 (3,3%), *vacinação*, 2 (3,3%) e *prevenção do câncer - CA de colo de útero*, 1 (1,7%), o que chama atenção por também expressar o aumento da vulnerabilidade desses jovens a doenças específicas, como DST/AIDS, Hepatite B, entre outras.

Os dados acima diferem da PNAD 1998, no que se refere ao motivo de procura de serviços, pois, embora deva ser levado em conta que nesta PNAD não foi feita distinção de idade, é informado que entre homens e mulheres, o principal motivo encontrado foi o exame de rotina, prevenção ou vacinação, havendo diferenças entre os sexos. As mulheres realizam mais buscas por atendimentos de rotina ou prevenção e os homens buscam mais os serviços por doenças (BRASIL, 1998). Isto revela que apesar das generalidades, cada coletividade apresenta indivíduos com peculiaridades que carecem ser conhecidas.

No Quadro 2, entre os enfermeiros, surge uma nova apreensão do contexto pesquisado: 5 informam que os motivos que levam o adolescente à USF são o *planejamento*

familiar; 4 as dúvidas/informações e; 3 o pré-natal. O atendimento do dentista também é citado, porém, por 2 enfermeiros. Alguns desses dados expressam diferenças em relação ao que o adolescente informou na Tabela 5.

MOTIVOS	N
Planejamento Familiar	5
Dúvidas/Informações	4
Pré-natal	3
Atendimento Dentista	2
Prevenção DST	2
Atendimento Médico	1
Vacina	1

**Quadro 2: Motivos que levam o adolescente a procurar a unidade de saúde**

NOTA: Os sujeitos deram mais de uma resposta.

É natural que a maioria dos profissionais tenha citado o *planejamento familiar*, uma vez que esta atividade é realizada, mormente, pelo enfermeiro, e talvez, dentre as que ele executa, seja ela a mais procurada pelo adolescente.

No entanto, esta atividade não foi citada pelo adolescente na Tabela 5 (p. 75), o que pode ter acontecido por constituir indício de que ele tem prática sexual ativa ou por ser realmente menos procurada pelo mesmo motivo. “O fato dos profissionais manterem uma relação quase familiar com os ‘pacientes’ termina por afastá-lo com receio de que seus problemas ou questões de saúde sejam do conhecimento de muitos” (LEÃO, 2005, p. 81). Ou quem sabe, por causar menos sensações, ou por ser traduzida pelo grupo juvenil como menos impactante em sua vida, podendo também ser desconhecida do adolescente através desta denominação.

O afastamento entre serviços e juventude se expressa na própria nomenclatura dos serviços. Por exemplo, a oferta de métodos contraceptivos em geral se situa na rede pública no campo do planejamento familiar. A própria definição atrelada à idéia de constituição ou não de família já coloca em si barreiras a pessoas que não tenham esta expectativa, mas que detenham demandas sobre o planejamento de sua vida reprodutiva. Até mesmo do ponto de vista simbólico e estético, os serviços de saúde precisam ser reconhecidos pela juventude. Daí a importância de elaboração de nomes, materiais de divulgação, nomenclaturas e ambiência para os serviços que sejam atrativos e correspondam às expectativas diversas de adolescentes e jovens, mulheres e homens, ressalte-se (BRASIL, 2006, p. 25).

Destaca-se, então, o fato do *planejamento familiar* não ter sido relatado (ou ao menos mencionado de outra forma), como sendo uma contradição do jovem questionado, já que a

*gravidez* foi o 2º problema mais informado na Tabela 2 (p. 67), a *falta de prevenção* foi o motivo dos problemas mais apontados no Gráfico 2 e *pegar camisinha* foi referido só por 2 adolescentes na Tabela 5 (p. 75).

## **Seção II: Ações do enfermeiro e a promoção da saúde do adolescente**

### Ações do enfermeiro

Continuando com o enfermeiro, conquanto ele tenha apontado os motivos da busca do serviço pelo adolescente, 7 relatam que *não* existe serviço estruturado na USF para atender este sujeito especificamente, contra 2 que afirmam que *sim*.

Assim, as atividades não são pensadas e programadas com e para essa clientela. Ela tem fluxo irregular (Tabela 4, p. 74), como já se viu anteriormente, e imprevisto, não se fazendo presente com tanta constância nos serviços. Constitui-se, portanto, segundo 6 enfermeiros, numa *demandas não-organizada*, enquanto 3 entrevistados afirmam que existe *demandas organizada*. Depreende-se, neste sentido, que as necessidades dos adolescentes não foram captadas pelo serviço e revertidas em ações específicas às características do grupo.

Ayres e França Júnior (2000, p. 66) apontam que “não são comuns serviços de saúde que dispõem de trabalho voltado especificamente para a população adolescente, com suas necessidades particulares e seu modo todo peculiar de procurar e utilizar a assistência à saúde”. Ademais, é própria do modelo médico-assistencial a característica de estar direcionado à demanda espontânea (AERTS et al., 2004). Daí, um dos desafios do PSF, organizar esta demanda no sentido de sobrepujar o paradigma flexneriano.

Desta forma, mesmo compondo uma parte expressiva (21%) da população brasileira (BRASIL, 2006), com predisposição a vulnerabilidades, tais como: fome, miséria, analfabetismo, desintegração familiar, desemprego, entre outros e, apesar de ter instrumentos legais (ECA, PROSAD, Carta Magna) que o respalda, o público juvenil ainda não foi alcançado pelos serviços (não só os sanitários) no que se refere à forma manifesta de ações promocionais permanentes e programadas.

Destarte, acredita-se que o enfermeiro tem papel primordial no desencadeamento de ações progressivas no caminho da promoção da saúde na prática corrente do PSF, em vista, inclusive, da autonomia que vem sendo citada como uma conquista gradativa pela categoria neste espaço. De forma que, torna-se condizente e precípua ressaltar que a enfermagem, enquanto campo de prática e produção técnico-científica, tem como desafio, caminhar



interdisciplinarmente, na formulação de conhecimentos e práticas que favoreçam a promoção da saúde do adolescente (CORRÊA, 2000).

O enfermeiro encontra o adolescente em diversos espaços: em hospitais, em postos de saúde, nas escolas, na comunidade. No PSF, por sua vez, além dos adolescentes, o enfermeiro tem contato com outros profissionais de saberes diferenciados, com os quais pode estar, a partir de estratégias sistematizadas, conversando sobre alternativas metodológicas de trabalho passíveis de assistir e promover a saúde do adolescente.

Precisa, então, estar capacitado para, atuando em equipe, refletir acerca de formas de trabalho atrativas e contínuas, que estimulem o adolescente a procurar a USF, a participar ativamente deste processo, favorecendo o desencadeamento de ações promocionais resolutivas, superando-se os problemas dos adolescentes, por eles referidos.

Dando seguimento, embora já sabendo que não existe serviço estruturado para o adolescente na realidade pesquisada, foi questionado ao enfermeiro se há trabalhos sendo desenvolvidos para os problemas/vulnerabilidades dos adolescentes e, 7 disseram que *sim* e 2, que *não*. Entre os que disseram *sim*, destacam-se as *palestras* citadas por 2 e os *grupos* também citados por 2 (Quadro 3).

TRABALHOS PARA AS VULNERABILIDADES	N
Palestras	2
Grupos	2
Não respondeu	2
Com a escola	1
Encaminhamento CAPS	1
Assistente Social	1

**QUADRO 3: Trabalhos para as vulnerabilidades dos adolescentes**

NOTA: Os sujeitos deram mais de uma resposta.

Percebe-se que ainda são tímidas as iniciativas dos enfermeiros nos serviços de saúde, frente aos macro-problemas apresentados pelos adolescentes. As *palestras* e a constituição dos *grupos* predominam dentre as estratégias utilizadas no trabalho.

E, retomando-se o Gráfico 1 (p. 70), onde 16 adolescentes (21,6%) relataram *falta de informação/orientação* como motivo dos problemas da adolescência, conclui-se que: as ações de educação em saúde precisam ser mais usadas, salientando-se que isso deve ser sistemático, contínuo e não intermitente. A própria *falta de prevenção* citada por 19 (25,7%) adolescentes no mesmo gráfico, pode ser também consequência do desconhecimento de determinados

assuntos por parte deles, pois, embora, acredite-se que os adolescentes hodiernos recebam informações sobre saúde, principalmente, sexual e reprodutiva, em demasia, através de vários meios de comunicação, a metodologia e os conceitos transmitidos podem estar deixando a desejar.

Ao tratar-se, por exemplo, de orientação sexual na escola, a abordagem contínua por docentes e profissionais de saúde é muito importante. Furlani (2003, p. 68) insiste que:

A educação sexual<sup>6</sup>, em qualquer nível de ensino, deve se caracterizar pela continuidade. Uma continuidade baseada em princípios claros de um processo permanente – porque o bombardeamento midiático de informações recebidas por crianças e jovens é permanente... porque as situações de exclusão social, decorrentes do sexismo e da homofobia, são constantes... porque as representações hegemônicas que hierarquizam as diferenças estão permanentemente sendo fixadas mesmo com permanentes resistências [...].

Além da continuidade, faz-se necessário sugerir que: 1º) Num entorno social de exclusão, os referenciais e práticas propiciados pela Educação Popular em Saúde<sup>7</sup>, opostos à forma tradicional de educar nos serviços, podem ser alternativas de enfrentamento, que tomam a realidade e condições de vida como elementos para reflexão, valorizando a experiência e a abordagem educativa emancipatória (RAMOS, 2001) e; 2º) Há necessidade de condução de um trabalho sistematizado, planejado e intersetorial.

Sistematizar, tornando metódico, contínuo, organizado por etapas lógicas, graduais que se superem por meio da avaliação constante. Planejar, visualizando os dados concretos (político-sócio-econômico-sanitários) e abstratos, presentes, por exemplo, no sofrimento de uma *família desestruturada* (Quadro 1, p. 68) e sem base sustentável e, que medidas a eles são cabíveis, além das de Educação em Saúde. Tornar transdisciplinar e intersetorial, onde, o saber/fazer rompa com os antagonismos existentes entre as profissões e entre essas e o saber popular e, o setor sanitário não seja o único responsável pela saúde, onde os outros apenas colaborem. A escola, por exemplo, que “abre espaço” para a vinda da equipe, deve se sentir

---

<sup>6</sup> O que ela chama de Educação Sexual, entende-se nesta pesquisa, por Orientação Sexual, que consiste, consoante Rocha (2001), num conjunto de ações pensadas com o sentido de se informar sobre questões sexuais. Já a primeira é conceituada como sendo um “processo educativo que vivemos desde o nascimento até a morte; conjunto de vivências e experiências, as influências conceituais do contexto sexualidade, que recebemos da sociedade em todo o decorrer de nossa existência” (ROCHA, 2001, p. 21-22).

<sup>7</sup> Para ler mais sobre o assunto, sugerem-se os trabalhos de: VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2 ed. Ed. São Paulo: Hucitec, Sobral: UVA, 2001; FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

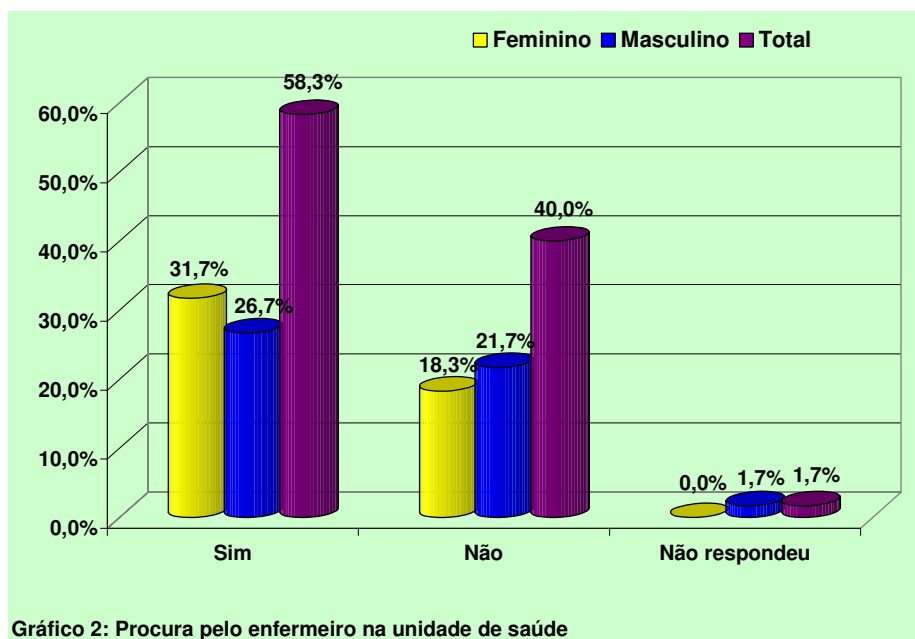
autônoma para desenvolver atividades saudáveis rotineiramente, com ou sem a presença da equipe de saúde.

O trabalho com um grupo educativo não foge à regra de qualquer outro elemento assistencial em enfermagem, devendo ser estruturado e sistematizado (ALONSO, 1999). Ademais, sugere-se abordagem de grupos educativos com pais, uma vez que, ao proporcionar aos mesmos, um espaço para debater as questões da adolescência, com as quais eles não têm facilidade para tratar no dia-a-dia. “Facilitamos seu relacionamento com filhos ou propiciamos a oportunidade para que comece a refletir sobre suas atitudes frente aos filhos adolescentes que precisam de ajuda e apoio com uma grande dose de compreensão e afeto” (CANO; FERRIANI; MUNARI, 1995, p. 44).

Além do que, no intuito de se trabalhar a informação, educação e comunicação, na perspectiva da promoção da saúde, deve-se investir na produção e divulgação de informações que concorram para a redução das desigualdades sociais e da vulnerabilidade de comunidades e ambientes (BRASIL, 2005c).

Estudo de Muza e Costa (2002) questionou a adolescentes moradores de comunidades de cidades-satélites do Distrito Federal, onde são vulneráveis a drogas, violência e a questões da sexualidade (vergonha, preconceito), quais seriam para eles, as formas de enfrentamento da realidade. Eles citaram abandonar o local em que vivem e ocupação do tempo livre com cultura, esporte, lazer e trabalho, confirmando-se que, os condicionantes macro-sociais devem ser enfrentados também com estratégias amplificadas que dêem suporte a escolhas saudáveis. Enquanto uma das estratégias para este enfrentamento necessita-se que o adolescente tenha espaço para se comunicar, aprender e ensinar ao mesmo tempo medidas que podem ser úteis à solução de pequenos e de grandes problemas de sua vivência.

Viu-se, então, que são poucas as ações voltadas para os problemas/vulnerabilidades dos adolescentes. Talvez, por esse motivo, constatou-se que entre os 60 adolescentes que já foram à unidade de saúde, 35 (58,3%), ou seja, só um pouco mais da metade, já procurou o atendimento do enfermeiro (Gráfico 2).



Autores destacam “o papel importante do enfermeiro dentro dos serviços de saúde, visto que representa o profissional responsável pela criação de um vínculo entre adolescentes e a unidade” (TEIXEIRA; VARGENS, 2002, p. 46). Porém, a possibilidade da criação de um vínculo afetivo-cuidativo na realidade pesquisada é abreviada pela inexistência de serviço estruturado para o adolescente, tornando-se mais reduzida, se for considerado o decréscimo do número (de 60 para 35) de jovens que procuram o profissional citado.

Na Tabela 6 é indicado o motivo da não procura do enfermeiro pelo adolescente.

**TABELA 6:** Motivo do adolescente nunca ter procurado atendimento do enfermeiro, por sexo, 2007.

POR QUE NUNCA PROCUROU O ENFERMEIRO?	SEXO					
	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N*	%
Não Respondeu	1	4,2	8	33,3	9	38,0
Não Houve Necessidade	4	16,7	4	16,7	8	33,3
Procura Outro Profissional	3	12,5	0	0,0	3	12,5
Não Costumo Ir ao Posto	1	4,2	1	4,2	2	8,3
Não Deu Certo	1	4,2	0	0,0	1	4,2
Demora no Atendimento	1	4,2	0	0,0	1	4,2
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>46,0</b>	<b>13</b>	<b>54,2</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>

N\* = 24

Encontrou-se que 8 (33,3%) adolescentes mencionaram *não houve necessidade*. Este resultado parece denotar que uma parte dos adolescentes investigados desconhece ou atribui

pouca importância à atuação do enfermeiro junto à equipe de SF e à sua inclinação ao trabalho promocional da qualidade de vida do jovem, quando indica que não houve necessidade para procurá-lo.

Por outro lado, a partir de outras informações já trazidas por esta investigação, como a falta de serviços estruturados nas USF para o atendimento ao adolescente, faz parecer necessário que o enfermeiro organize seu cuidado com vistas a atender às necessidades de saúde do adolescente a partir do planejamento e execução de um trabalho coletivo e intersetorial, que tenha mais resolutividade, e que possa, então, ser mais percebido e valorizado pelos usuários de sua área de abrangência.

Quanto ao desconhecimento de ações em saúde, cita-se pesquisa de Queiroz (2005) sobre práticas educativas no pré-natal, onde foi considerado que em vista de tais práticas não serem conhecidas pelas participantes do estudo, não foram reconhecidas como passíveis de levar a um caminho de reflexão e discussão dos problemas.

Além disso, fazendo-se um paralelo do resultado *não houve necessidade* da Tabela 6 com um levantamento da PNAD/1998 onde também se revela que das pessoas que não buscaram serviços de saúde, 96,0% delas não o fizeram porque não tiveram necessidade (BRASIL, 1998), concebe-se que ainda pode estar sendo feita estreita ligação dos serviços de saúde como espaços somente para a cura.

Para falar sobre essa ligação, é preciso citar que conforme Capra (1987), a maior transformação na história da medicina ocidental se deu com a revolução cartesiana. Na saúde, os conceitos de Descartes orientaram o nascimento de outras teorias (flexnerianismo), que são sinalizadas ainda hoje, tanto nos saberes, como nas práticas médicas, de enfermagem e de outros profissionais em saúde.

Conforme Rios et al. (2007), quatro séculos depois de Descartes, a medicina ainda sustenta esse paradigma centrado numa abordagem hospitalocêntrica, curativista e verticalizada. Ao separar mente e corpo do ser humano, criou-se um dualismo que dificultou a concepção do homem como parte do universo. O corpo (objetivo) foi particularizado nos aspectos de tratamento e cura, em detrimento da mente (subjetiva), olvidando-se que o homem é, na sua totalidade, resultante de uma combinação de fatores biopsicossociais. Houve um processo de restrição da enfermidade à doença; a atenção dos médicos apartou-se do paciente enquanto pessoa total.

Neste sentido, à medida que a enfermidade é uma condição do ser humano total, a doença é a condição de parte do corpo, não sendo tratados os pacientes que estão enfermos, mas as doenças.

Cabe ressaltar, que no contexto da concepção cartesiana, a enfermagem seguiu a trajetória do modelo médico e, gradativamente, reduziu sua área e forma de atuação, preocupando-se, maiormente, com a doença/cura. Assim, “percebemos a negação dos problemas subjetivos apresentados pela pessoa enferma/sadia, assim como, a desvalorização da enfermagem, evidenciadas por expressões comuns na prática hospitalar” (FRANCO et al., 1996, p. 30).

A cultura da cura em detrimento da promoção da saúde é, então, ainda muito forte. E os serviços de saúde, por sua vez, continuam sendo muitas vezes procurados apenas como espaços para o restabelecimento do corpo doente, para a busca da cura das doenças.

Deste modo, não obstante a conquista gradativa da autonomia/valorização do enfermeiro com a implantação dos PSF, ainda há muito que se modificar/melhorar em termos de práticas profissionais e muito mais há que se caminhar para se sobrepor a cultura: da medicalização; da saúde como o oposto da doença; da doença como condição para a cura somente e; da restrita ligação do setor sanitário como espaço de cura.

Por sua vez, na Tabela 7, dos 35 adolescentes que procuraram o enfermeiro, 27 (77,1%) conseguiram ser atendidos.

**TABELA 7:** Adolescente atendido pelo enfermeiro, 2007.

<b>CONSEGUIU SER ATENDIDO PELO ENFERMEIRO</b>	<b>N*</b>	<b>%</b>
Sim	27	77,1
Não	7	20,0
Não respondeu	1	2,9
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

N\* = 35

Porém, atentando-se ao Gráfico 2 (p. 83) e as Tabelas 6 (p. 83) e 7, será percebido, então, que até chegar-se à frequência 27, o número total de 74 adolescentes entrevistados, sofreu diminuições sucessivas, o que diminuiu também a possibilidade da construção de vínculo entre os jovens e a unidade e os jovens e o próprio enfermeiro. Sem esquecer que um número também significativo de usuários vai *raramente* ou *só esteve 1 vez* na UBS como foi observado na Tabela 4 (p. 74).

Além disso, não há como se desconsiderar uma frequência de 7 (20,0%) adolescentes que não conseguiram ser assistidos, se for lembrado que o acolhimento e o vínculo devem ser reconhecidos nos atos do enfermeiro, assim como dos demais trabalhadores do PSF.

Por outro lado, Ayres e França Júnior (2000) avisam ainda que os carecimentos trazidos pelos jovens são para estes, sempre urgentes, seus prazos são curtos... agora! Assim, é essencial alertar que a demanda adolescente, por tudo que já foi visto em relação a sua busca não freqüente pelo serviço, não deve ser “dispensada” do atendimento do enfermeiro ou de outro profissional, sem que lhe seja dado sempre algum encaminhamento ou resposta ao que reclama.

Na Tabela 8, estão os motivos pelos quais os 7 adolescentes não conseguiram ser atendidos pelo enfermeiro.

**TABELA 8:** Motivo que levou adolescente a não ser atendido pelo enfermeiro, por sexo, 2007.

POR QUE NÃO CONSEGUIU SER ATENDIDO PELO ENFERMEIRO	SEXO					
	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N**	%
Profissional Presente/Disponível	3	43,0	1	14,2	4	57,1
Não Muitas Pessoas para a Enfermeira	0	0,0	1	14,2	1	14,3
Estava Procurou Outro Profissional	0	0,0	1	14,2	1	14,3
Outros*	0	0,0	1	14,2	1	14,3
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>43,0</b>	<b>4</b>	<b>56,8</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>

\* Outros: Corresponde a respostas que foram agrupadas porque isoladas têm percentual pouco expressivo.

N\*\* = 7

Foi referido por 4 (57,1%) dos adolescentes que não conseguiram ser atendidos pelo enfermeiro que o mesmo *não estava presente/disponível*. Esta ausência ou não disponibilidade do profissional pode estar atrelada a fatores pessoais (doença, etc.), mas também pode estar associada com a ocupação do enfermeiro em outras atividades, fora ou dentro da USF, obedecendo ou não a cronograma previsto, que por sua vez, pode ser ou não conhecido e planejado com a população. Porém, lembrando o fato de que segundo os enfermeiros entrevistados, não há serviço estruturado para o adolescente, qualquer dia também pode ser entendido por este sujeito como passível dele ser assistido na USF.

Quando perguntado aos adolescentes que conseguiram ser atendidos pelo enfermeiro, o tipo de atendimento recebido, eles deram informações contidas na Tabela 9.

**TABELA 9:** Tipo de atendimento do enfermeiro, por sexo, 2007.

TIPO DE ATENDIMENTO DO ENFERMEIRO	SEXO					
	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N*	%
Não Respondeu	7	26,0	2	7,4	9	33,3

Continua

TIPO DE ATENDIMENTO DO ENFERMEIRO	Conclusão					
	SEXO					
	FEMININO		FEMININO		FEMININO	
	N	%	N	%	N*	%
Conversa/Informação/Entrevista	1	3,7	4	15,0	5	19,0
Encaminhamento	3	11,1	0	0,0	3	11,1
Exame Físico	1	3,7	1	3,7	2	7,4
Outros	1	3,7	1	3,7	2	7,4
Engessamento	0	0,0	1	3,7	1	3,7
Agendamento	1	3,7	0	0,0	1	3,7
Curativo	0	0,0	1	3,7	1	3,7
Planejamento Familiar	1	3,7	0	0,0	1	3,7
Retirada de Pontos	0	0,0	1	3,7	1	3,7
Limpeza dos Dentes	0	0,0	1	3,7	1	3,7
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>59,6</b>	<b>11</b>	<b>40,7</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>

N\* = 27

Entre os adolescentes, 5 (19,0%) referiram-se à *conversa/informação/entrevista*, item mais informado pelo sexo masculino com 4 (15,0%). Este percentual, apesar de não ser tão expressivo, ilustra dado parecido trazido também pelos enfermeiros no Quadro 2 (p. 78). Vê-se que o enfermeiro tem buscado usar a comunicação como instrumento para a realização do seu trabalho, sendo importante entender essa preocupação como um feixe de luz que aos poucos se torna mais forte, enquanto prática que exprime o desejo de reversão de um modelo de saúde arcaico. Ressalte-se que a informação, educação e comunicação compõem o quadro de diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2005c).

Estudo de Franco et al. (1996) realizado numa época não muito distante não causaria uma expectativa de ânimo. Estes autores informam a partir de sua pesquisa que se verifica muitas vezes que as enfermeiras têm insegurança para realizar orientações.

Hoje, observam-se mudanças em relação a isso como se percebeu nos dados que enfermeiros e adolescentes trouxeram à investigação no Quadro 2 (p. 78) e na Tabela 9, respectivamente. A conversa desencadeada durante a entrevista, por exemplo, realizada durante a consulta de enfermagem vem sendo tratada como uma forma de se criar vínculo entre as partes envolvidas.

Trabalho de Pulga et al. (2005, p. 285) revela que a constituição deste vínculo entre profissional e usuário tem começo durante a sua acolhida na USF. “Ao formar-se esta cumplicidade o usuário sente-se seguro para durante a consulta de enfermagem, expor os seus anseios e expectativas facilitando a interação entre eles e a resolução dos problemas quando possível”.



Na Tabela 9, o *planejamento familiar* foi citado pelo adolescente, ao contrário da Tabela 5 (p. 75), conquanto apenas por 1 (3,7%) menina.

Esse dado causa espanto por dois motivos. Por um lado, segundo Vitiello (1997), nos dias atuais, os meios de comunicação de massa, principalmente, a televisão, têm tido importante função como a formação de comportamentos, entre eles, os sexuais, tendo, então, um papel relevante na educação sexual assistemática.

Por outro lado, sabe-se que as informações/orientações direcionadas apenas pelo veículo midiático são insuficientes e também podem estar sendo generalistas ou pouco problematizadoras. Sem esquecer que, conforme Vitiello (1997) e Cavalcanti et al. (2000), geralmente, os pais e professores também têm dificuldades em discutir sobre sexo com seus filhos. Já os serviços de planejamento familiar se mostram inúteis para os adolescentes (DAVIM; GERMANO, 2003).

Esta conjuntura tem causado incômodo, uma vez que traz conseqüências negativas para adolescentes e sociedade, como gravidez indesejada, dificuldade de convívio ou de respeito às escolhas e à orientação sexual alheia, conflitos interpessoais e intrafamiliares. O que leva a reforçar a necessidade de que sejam pensadas estratégias de promoção da saúde, criando-se espaços intersetoriais e que dêem oportunidade, inclusive, para participação das famílias dos adolescentes discutirem seus sentimentos. Davim e Germano (2003) acreditam que seja necessária a constituição de uma equipe transdisciplinar no atendimento a esta clientela, favorecendo um trabalho integral, em que educação e assistência possam ser considerados.

O adolescente não deve ter que enfrentar obstáculos para assumir suas características intrínsecas e desejos particulares; pior, para assumir sua atividade sexual e a necessidade de um exercício responsável de sua sexualidade. Osório (1991, p. 43) alega que:

Os adultos, ao sonegar informações e impedir o acesso de seus filhos adolescentes aos métodos anticoncepcionais, estão indiretamente sendo responsáveis pelo aumento da incidência de abortos clandestinos [...]. Prevenir uma concepção indesejada de uma adolescente e o aborto conseqüente é responsabilidade de todos nós, pais, educadores e médicos.

Os serviços de saúde devem se constituir em espaços agradáveis de procura natural e regular dos jovens para que estes possam refletir, constantemente, acerca dos aspectos que possam ou não estar sendo saudáveis em sua vida.

Além disso, poucos adolescentes inquiridos mencionaram ainda na Tabela 9, *encaminhamentos*, 3 (11,1%), item que o sexo feminino mais informou (só elas relataram), e

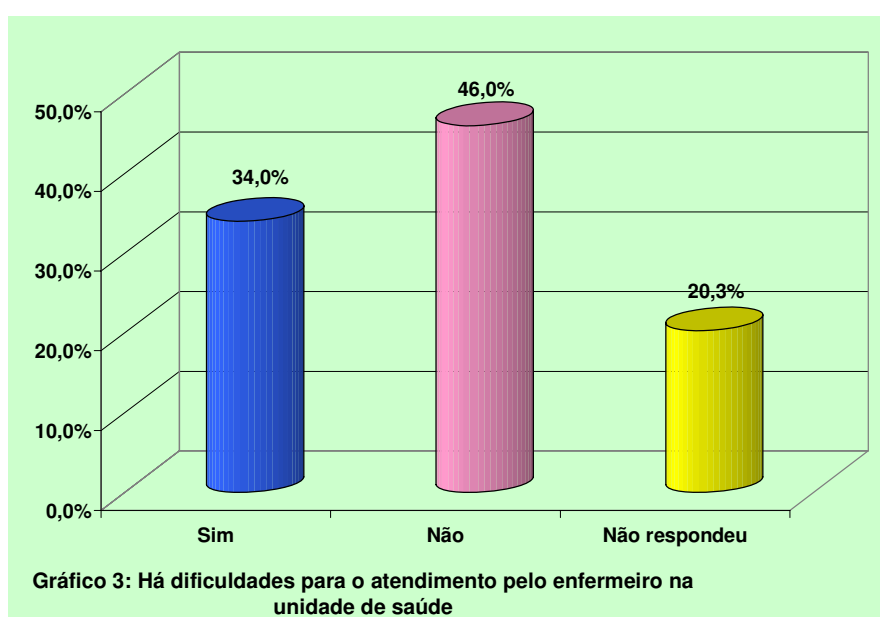
*exame físico*, 2 (7,4%). Este pode ter sido executado ou não, atrelado à entrevista da consulta de enfermagem, já que foram citados por sujeitos distintos. Pesquisa de Pulga et al. (2005) com usuários do PSF verifica que ao serem questionados, metade dos entrevistados desconhecera o significado da consulta de enfermagem, porém, contaram o que aconteceu durante o encontro com o enfermeiro, conseguindo descrever os passos da consulta.

Entretanto, noutro estudo de Silva e Zeitoune (2000) sobre o cuidar de adolescentes em UBS, foi apontado através das falas das enfermeiras, que ainda há dificuldade de se realizar a consulta como um todo, tendo sido considerada, então, a necessidade de realização de capacitação do profissional quanto ao procedimento.

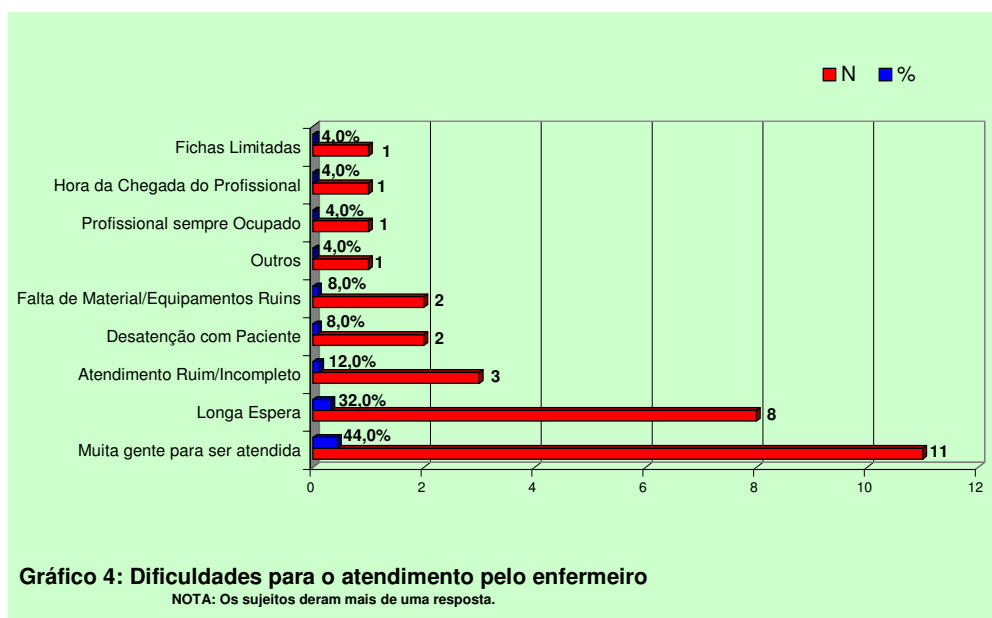
Por sua vez, *engessamento e limpeza dos dentes* foram citados, cada um, por 1 (3,7%) adolescente, representando o desconhecimento que alguns destes indivíduos têm do trabalho do enfermeiro, ao tratarem como sendo deste profissional, atividades de outros.

Em estudo, Barbosa et al. (2004) concluíram que embora esteja havendo a ampliação do campo de atuação do enfermeiro em saúde coletiva, esta realidade ainda não está favorecendo a modificação da percepção do seu trabalho pelos usuários, pois, estes nem sempre conseguem fazer diferença do enfermeiro com os outros membros da equipe de enfermagem.

No Gráfico 3, entre os 74 entrevistados, foi negada por 34 (46,0%), a existência de dificuldades para serem atendidos pelo enfermeiro, enquanto um número expressivo de 25 (34,0%) a confirmaram.



No Gráfico 4, estão expostas as dificuldades que os adolescentes sentiram para serem atendidos pelo enfermeiro.



As dificuldades parecem ser, sobretudo, de ordem material, humana e organizacional. *Muita gente pra ser atendida* citada mais uma vez, além da Tabela 8 (p. 86), certamente, um dos motivos também da *longa espera*, está relacionada à dificuldade que as unidades de saúde têm tido em acolher toda a clientela, visto que a garantia do atendimento com qualidade a todos que as procuram, na maior parte das vezes, não se efetiva (ESPERANÇA; CAVALCANTE; MARCOLINO, 2006, p. 31). Estes autores constataram, ao analisarem a demanda geral em estudo realizado em uma unidade de saúde da família do interior de Minas Gerais, que 79% dos atendimentos concretizados no serviço correspondem à demanda espontânea.

Parece que a conformação da assistência programática para uma demanda, conseqüentemente, organizada, a partir das necessidades de saúde coletivas levantadas, no sentido da promoção da saúde, ainda é projeto remoto para alguns serviços de saúde da família no país, onde as *fichas limitadas* parecem estar sempre aquém do número idealizado pela população. E, por outro lado, distanciam-se da barreira da viabilidade de uma assistência humanizada ao usuário e salutar ao próprio profissional.

Esta conclusão, por sua vez, provoca questionamentos acerca do processo planejar/cuidar/planejar das USF da presente pesquisa: Como está sendo realizado (se está) o planejamento das ações nas USF pesquisadas? Qual o sentido dessas ações (curativo/paliativo)? E o que as equipes e a própria gestão pensam sobre o projeto de promoção da saúde? Pois, sabe-se que “o atendimento estruturado a partir da demanda espontânea tem baixa potencialidade de impactar nas condições de saúde da população” (ESPERANÇA; CAVALCANTE; MARCOLINO, 2006, p. 31).

A pressão causada por um grande número de pessoas à espera de um atendimento, além daquela produzida por um cronograma exaustivo e pelas demandas burocráticas do serviço (mapas diários e mensais e impressos a serem preenchidos, prazos a serem cumpridos, metas a serem alcançadas, etc.), só para citar alguns entraves, prejudica a qualidade da atenção prestada pelo profissional. Isto porque há uma sobrecarga de responsabilidades, levando ao cansaço físico e mental, e conseqüentemente, à perda de concentração. O *profissional está sempre ocupado*, sofre interrupções durante as consultas, ouve constantes reclamações de usuários, muito estresse, entre outros. Daí advém motivos prováveis de *atendimento ruim/incompleto* e de *desatenção com o paciente*, entre outros.

É fato que o PSF possibilitou ao enfermeiro atuar em um trabalho diversificado, participando de um leque de atividades assistenciais, administrativas, educativas, entre outras. Se isto permitiu ao profissional legitimar sua prática, que se tornou bem requisitada pelos usuários (PEREIRA; ALVES, 2004), favoreceu centralizar-se no enfermeiro, o encaminhamento de decisões/ações que devem ser tomadas em nível coletivo/interdisciplinar como sugere a proposta inicial do programa.

Em estudo, Santos (2003, p. 39) revela algumas dificuldades enfrentadas no trabalho do enfermeiro para realizar as ações que lhe cabem por lei.

Outra dificuldade encontrada é que o trabalho na Rede Básica de Saúde exige muita criatividade e jogo de cintura e há sobrecarga do trabalho burocrático. Todos os programas que vêm do Ministério da Saúde são chefiados pelos enfermeiros, e todos têm relatórios que precisam ser enviados, requerendo tempo para redigi-los e colocá-los em prática. Além disso, na maioria dos municípios, há poucos enfermeiros para realizar todo o trabalho.

As conseqüências disto podem recair sobre a saúde do profissional (é importante reforçar) e sobre a promoção da saúde (acolhimento, formação de vínculo afetivo-cuidativo, escuta qualificada, entre outros) da própria clientela que, ao procurar os serviços, sai com outras queixas geradas pelas dificuldades de acessibilidade à saúde.

Mas, as dificuldades também estão relacionadas com a *falta de material/equipamentos ruins*, fato este colocado também em pesquisa de Centa e Almeida (2003), pelos próprios profissionais do PSF, em que eles se remetem a um ambiente de trabalho precário, falta de material e medicamentos.

Na Tabela 10, os depoentes responderam se a(o) enfermeira(o) tem ou não trabalhado para os adolescentes da comunidade.

**TABELA 10:** Enfermeiro tem trabalhado ou não para os adolescentes da comunidade, 2007.

<b>ENFERMEIRO TEM TRABALHADO OU NÃO PARA OS ADOLESCENTES DA COMUNIDADE?</b>	<b>N*</b>	<b>%</b>
Sim	30	40,5
Não	36	48,6
Não Respondeu	8	10,8
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>

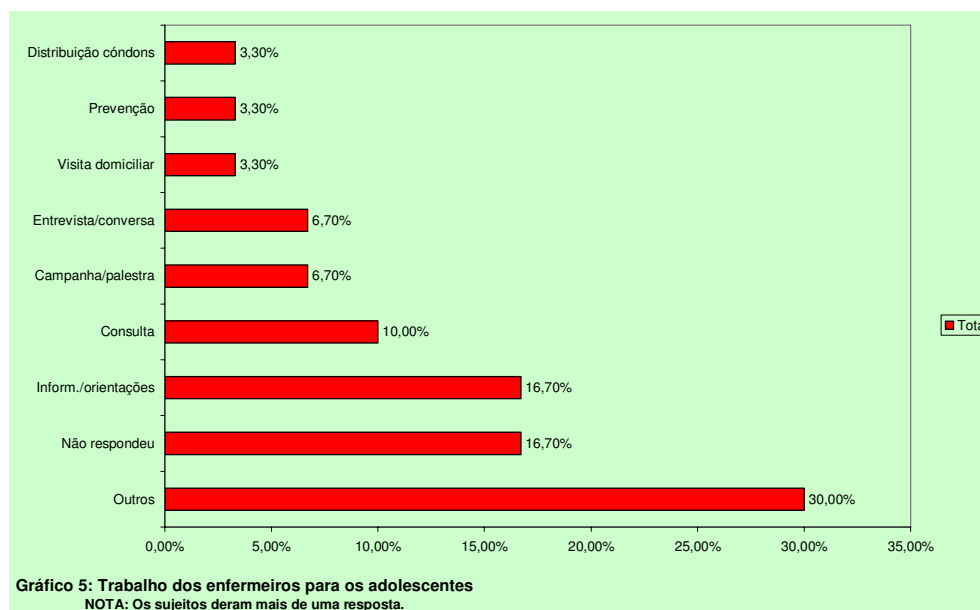
N\* = 74

Um número de 36 (48,6%) sujeitos, ou seja, quase 50% respondeu que *não*, enquanto 30 (40,5%) responderam que *sim*.

Assim, observa-se que, à percepção daquele que também deveria ser alvo das ações desencadeadas no PSF, o trabalho do enfermeiro inexistente para o grupo populacional jovem. Teixeira e Vargens (2003) concluem ao final de um estudo sobre o PROSAD, que as ações de saúde do enfermeiro direcionadas aos adolescentes são escassas, inexistindo efetividade de uma atenção integral e de promoção da saúde, não respondendo às ações programáticas apresentadas pelo programa.

Os resultados dessa tabela são um desencadeamento dos dados anteriores. Os enfermeiros confirmaram anteriormente que não há serviço estruturado, nem demanda organizada de adolescentes nas USF. A atenção prestada a esta clientela é feita de acordo com a procura espontânea, que já não é tão expressiva. Por sua vez, o atendimento do enfermeiro não é possível a todos que o procuram e há dificuldades de acesso ao atendimento do profissional pela estrutura material, humana e organizacional, como foi visto no Gráfico 4 (p. 90). E, como reflexo de tudo isso, existe ainda, certo desconhecimento do trabalho do enfermeiro pelo adolescente.

Entre os 30 informantes que responderam *sim* na tabela acima, 5 (16,7%) citaram *informações/orientações* e 3 (10,0%) disseram *consulta* no Gráfico 5.



Algumas dessas atividades j6 h6viam sido colocadas anteriormente, na Tabela 9 (p. 86-87), como o *exame f6sico* (ent6o, o adolescente se submeteu a uma *consulta*), *conversa* e *entrevista*. Estas duas 6ltimas refor7am o car6ter educativo/comunicativo do trabalho do profissional, car6ter esse que sinaliza ser importante para o adolescente, uma vez que vem sendo mencionado por ele no decorrer desta pesquisa.

Pesquisa feita por Mattei; Tagliari e Moretto (2005) encontra que os enfermeiros do PSF afirmam que organiza76o, comunica76o, consulta de enfermagem, supervis6o dos ACS e a realiza76o de grupos s6o as a76es que mais os distinguem enquanto integrantes da ESF. Foi dito ainda que as a76es coletivas de promo76o da sa6de e de preven76o de doen7as est6o sendo realizadas por aquele profissional nos encontros com a comunidade.

Por6m, no estudo que ora se desenvolve, percebe-se a partir dos dados relatados at6 o momento, que os enfermeiros t6m tido poucas condi76es de atuarem na perspectiva da promo76o da sa6de, por motivos at6 agora, estruturais, humanos e organizacionais, embora j6 tenham principiado algumas iniciativas, como conversas, entrevistas, grupos, consulta de enfermagem. Estas, por sua vez, s6o conhecidas por poucos adolescentes, o que leva a crer que talvez n6o sejam executadas regularmente, raz6o que diminui suas chances de serem valorizadas, resolutivas e promocionais, sendo no m6ximo curativas.

Perguntou-se ao pr6prio enfermeiro que a76es ele desenvolve das quais o adolescente participa. As respostas foram agrupadas no Quadro 4.

AÇÕES DESENVOLVIDAS	Nº
Planejamento Familiar	5
Pré-natal	4
Grupos	4
Palestras	4
Prevenção de CA de colo de útero	2
Orientações	2
Vacina	2
Atendimento Periódico	1
Exames Mamas	1
Visita Domiciliar	1
Acompanhamento Psicológico	1
Acompanhamento da Família	1
Triagem	1
Prevenção de DST/AIDS	1
Atendimento da Demanda Espontânea	1

**QUADRO 4: Ações desenvolvidas pelo enfermeiro e que os adolescentes participam**

NOTA: Os sujeitos deram mais de uma resposta.

As ações mais citadas pelos enfermeiros foram: *planejamento familiar* por 5 e, *pré-natal*, *grupos* e *palestras*, cada um por 4.

Na pesquisa de Ferrari; Thomson e Melchior (2006), enfermeiros e médicos do PSF informam quanto à prática de ações de prevenção e promoção da saúde para os adolescentes realizada no serviço, que estas são quase sempre individuais, mas quando executadas em grupo, acontecem na comunidade e na escola.

Os dados do Quadro 4 corroboram aqueles mencionados pelos enfermeiros nos Quadros 2 (p. 78) e 3 (p. 80), trazendo outros novos, mas, menos notados, como *prevenção de câncer de colo de útero* citado por 2, *exame de mamas*, *visita domiciliar* (citado também pelos adolescentes), *acompanhamento da família*, *prevenção de DST* citados cada um, por 1 enfermeiro. Parece ser, principalmente, um conjunto de ações gerais, desvinculadas, disponibilizadas a um público geral, em que o jovem procura ou não se encaixar.

Depois, percebeu-se nessa lista apontada pelo enfermeiro que, à medida que as atividades variam (a partir de *atendimento periódico*) daquelas já previstas até então pelos adolescentes e por ele próprio (tabelas e quadros anteriores), restringem-se à realidade de um profissional, confirmando que não estão sendo executadas nem pela metade deles, como, por exemplo, *visita domiciliar* e *acompanhamento da família*, sendo que esta última é uma das áreas prioritárias, de acordo com o PROSAD, a qual deve ter um sentido de abordagem do contexto social do adolescente a fim de favorecer a promoção da saúde.

Neste ínterim, ressalte-se que consoante Mercadante et al. (2002), a importância do PSF está no seu potencial para substituir o antigo modelo, marcadamente assistencial, por outro que envolva ações preventivas, terapêuticas e de promoção de uma vida mais saudável.

Compreendendo-se, conforme a Carta de Ottawa (1986), a saúde como dimensão importante à qualidade de vida e que fatores de ordem político-sócio-econômico-cultural-ambiental e biológica podem propiciar ou prejudicar a saúde, entende-se também, de acordo com o mesmo documento, que ações de promoção de saúde almejam, mediante a defesa da saúde, possibilitar que os fatores descritos sejam cada vez mais adequados.

Assim, a família, por exemplo, enquanto contexto sócio-cultural do adolescente, deve ser apreendida, consoante Ramos (2001) em sua historicidade e constante mudança, a fim de tornar possível realizar projetos integrados de acordo com as necessidades, potencialidades de cada núcleo familiar e comunidade, sugerindo-se ações que trabalhem os planos afetivos, de sobrevivência e de luta pelos direitos de cidadania.

E ao enfermeiro, continua dado o desafio de desencadear ações progressivas no caminho da promoção da saúde na prática corrente do PSF, em vista, inclusive, da autonomia que vem sendo citada como uma conquista gradativa pela categoria neste espaço.

Quanto ao *atendimento da demanda espontânea*, este caracteriza, sobretudo, uma atividade de baixo impacto sobre o processo saúde-doença da população, como visto anteriormente.

É interessante notar também que talvez por desenvolverem ações que, geralmente, dirigem-se à procura espontânea do adolescente, dois dos enfermeiros entrevistados afirmaram ainda no início da análise, não existir trabalhos voltados para a vulnerabilidade dos adolescentes (Quadro 3). Talvez por isso mesmo, ou seja, por concordarem que suas ações ainda são descontínuas, não direcionadas e sistematizadas, sendo incapazes (ao menos temporariamente) de produzirem o conseqüente desejado aos problemas enfrentados pelo adolescente.

Em relação às dificuldades sentidas pelos enfermeiros no desenvolvimento do trabalho voltado para as vulnerabilidades dos adolescentes, foram revelados problemas que põem impedimentos ao desencadeamento de ações voltadas à promoção da saúde do adolescente (Quadro 5).



<b>DIFICULDADES NOS TRABALHOS</b>	<b>N</b>
Despreparo dos pais	3
Não respondeu	3
Fraca participação dos adolescentes	1
Falta compromisso do colégio	1
Despreparo do enfermeiro	1

**QUADRO 5: Dificuldades nos trabalhos voltados para as vulnerabilidades dos adolescentes**

NOTA: Os sujeitos deram mais de uma resposta.

Entre os sete enfermeiros que anteriormente confirmaram existir trabalhos para as vulnerabilidades do adolescente, 3 citaram como dificuldades no Quadro 5, o *despreparo dos pais*. E, embora citados cada um por 1 enfermeiro, é preciso salientar a *fraca participação dos adolescentes, falta de compromisso do colégio* e o *despreparo do enfermeiro*, enquanto dificuldades que vão de encontro ao desenvolvimento das estratégias consideradas necessárias pelo PROSAD (BRASIL, 1996): atenção integral, capacitação de recursos humanos, participação dos adolescentes, bem como envolvimento dos pais, educadores e sociedade no conhecimento da adolescência, tornando-se custoso o alcance de um dos objetivos do programa que é a promoção da saúde do adolescente.

Abduch (1999) relata num trabalho sobre grupos operativos que os profissionais que lidam com adolescentes apontam com unanimidade à dificuldade de agendamento com a clientela, o que lhes causa frustração, mal-estar e irritação. Cita também óbice quanto à frequência do jovem nas seções. O autor orienta que essa dificuldade é compreensível, mas que não pode levar o educador a ser permissivo e que quando o adolescente encontra espaço para participar, ser ouvido e compreendido, é a melhor garantia de que possa aderir ao processo.

Além desses, outros dados encontrados pelos sete enfermeiros no Quadro 6 também revelam óbices em implementar o objetivo da promoção da saúde do adolescente, desviando-se de algumas das diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2005c), como a intersetorialidade.

<b>QUEM PLANEJA OS TRABALHOS</b>	<b>N</b>
Enfermagem e Serviço Social	3
Assistente Social e ACS	1
ACS e Enfermeiro	1
Dentista	1

Equipes/Gerência	1
------------------	---

**QUADRO 6: Quem planeja os trabalhos voltados para as vulnerabilidades dos adolescentes**

A *enfermagem e o serviço social* foi o dado mais citado, sendo por 3 enfermeiros. Infelizmente, em nenhum dos casos logrou-se conferir a operacionalização da intersectorialidade, condição que classifica a responsabilização e execução de políticas saudáveis por setores diversificados da sociedade. Talvez, na realidade onde as ações foram planejadas pelas *equipes do PSF* e pela *gerência* tenha ocorrido uma situação de trabalho interdisciplinar.

Ruzany (2000) concluiu em pesquisa que as atividades intersectoriais de promoção de saúde em espaços onde convivem os adolescentes, como escolas, trabalho e centros comunitários são efetuados com raridade, mesmo tendo demandas das instituições locais.

Investigação de Teixeira e Vargens (2003) feita com enfermeiros constataram grande desinteresse de profissionais em trabalhar na atenção à saúde do adolescente, por motivo de conceberem este sujeito como problemático, o que exige uma atuação interdisciplinar, que também foi vista como obstáculo.

Por outro lado, Rocha (2000) acredita que à enfermagem enquanto prática social em saúde (campo que tem sido incitado na estruturação de um novo modelo de produção de serviços de saúde), é exigido se colocar perante a construção de um trabalho interdisciplinar, colaborando com sua especificidade. Pressupõe-se também a perspectiva de trabalho com o indivíduo em que seja robustecida sua condição de sujeito.

No entanto, cabe ressaltar que alguns dentre os sete enfermeiros também creditam resultados (Quadro 7) pela execução dos trabalhos voltados aos adolescentes.

RESULTADOS	N
Aumento da Procura pela USF	2
Mais Interesse pelo Planejamento Familiar e pela Prevenção das DST	2
Mudança Comportamental	1
Saúde Bucal	1
Imunização	1
Parte Psicossomática	1
Não Há Resultados	1
Divulgação dos Serviços	1
Segurança em Procurar USF	1
Não respondeu	1

**QUADRO 7: Resultados dos trabalhos voltados para as vulnerabilidades dos adolescentes**

NOTA: Os sujeitos deram mais de uma resposta.

Em primeiro lugar está *aumento da procura pela USF e mais interesse pelo planejamento familiar e pela prevenção das DST* citados por 2 respondentes. É importante destacar que 1 dentre os sete profissionais, não percebeu resultados. Em seguida, *mudança comportamental, saúde bucal, imunização, parte psicossomática e divulgação dos serviços* foram citadas 1 vez.

É necessário indicar estes resultados, mesmo que pontuais, uma vez que sinaliza algumas iniciativas voltadas ao adolescente, como também surgidas dele próprio, embora discretas e/ou isoladas. Ademais, as idas do adolescente à USF, por exemplo, podem ser (re)pensadas por uma equipe capacitada e intencionada, como oportunidade para o redirecionamento do adolescente a atividades promocionais.

Fazendo-se, então, uma leitura dinâmica das perspectivas apontadas, aparecem como serviços ou ações “consumidas” por adolescentes, embora sua presença nas unidades não seja regular, a(o): saúde bucal, conversa/informações/orientações, planejamento familiar, prevenção de DST e imunização. Deve ser frisado que o alcance desses elementos temporários (pois podem ser variáveis) de “integração” do jovem ao serviço de saúde não prescinde de planejamento de estratégias organizadas, direcionadas e criativas de adesão/participação desse sujeito no espaço amplo (USF, escola, domicílio, etc.) que deve ser aquele em que se operacionalizam práticas saudáveis. Destacando-se que o aspecto *divulgação dos serviços* indicado por um enfermeiro no gráfico acima, é elemento imprescindível para que se logre a efetiva participação coletiva do público desejado.

Mesmo porque, logo abaixo são descritos quantos adolescentes têm idéias para melhorar o atendimento na unidade de saúde para eles próprios (Tabela 11) e quais são as idéias para esta melhoria (Tabela 12).

**TABELA 11:** Tem idéias para melhorar o atendimento na unidade de saúde para os adolescentes, por sexo, 2007.

TEM IDÉIAS PARA MELHORAR O ATENDIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE	SEXO					
	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N*	%
Sim	21	28,4	19	25,7	40	54,1
Não	15	20,3	18	24,3	33	44,6
Não respondeu	0	0,0	1	1,4	1	1,4
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>48,6</b>	<b>38</b>	<b>51,4</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>

N\* = 74

Na tabela acima, 40 (54,1%) dos informantes, ou seja, a maioria, responderam que *sim*, que têm idéias para melhorar o atendimento na unidade de saúde, sem diferenças tão marcantes entre meninas e meninos.

**TABELA 12:** Idéias para melhorar o atendimento na unidade de saúde para os adolescentes, por sexo, 2007.

IDÉIAS PARA MELHORAR O ATENDIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE	SEXO					
	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N**	%
Melhor Atendimento	5	12,5	2	5,0	7	17,5
Outros*	1	2,5	4	10,0	5	12,5
Maior N° de Profissionais (Médico, Enfermeiro, Outros)	2	5,0	3	7,5	5	12,5
Fazer Palestras e Reuniões	4	10,0	1	2,5	5	12,5
Não Faltar Remédio/Material/Equipamento	1	2,5	3	7,5	4	10,0
Dar Orientações/Informações	1	2,5	2	5,0	3	7,5
Mais Rapidez para Ser Atendido	2	5,0	1	2,5	3	7,5
Dia Específico de Atendimento ao Adolescente	1	2,5	1	2,5	2	5,0
Dar Mais Camisinhas/Comprimidos Ajuda/Trabalho Beneficente para Adolescentes	1	2,5	1	2,5	2	5,0
Profissionais Capacitados (Enfermeiro, Outros)	0	0,0	2	5,0	2	5,0
Visita Domiciliar	1	2,5	1	2,5	2	5,0
Mais Organização na USF	1	2,5	1	2,5	2	5,0
Melhorar Bom Humor dos Funcionários	2	5,0	0	0,0	2	5,0
Profissional Especializado em Adolescência	1	2,5	0	0,0	1	2,5
Informações Completas do SAME	1	2,5	0	0,0	1	2,5
Médico mais Presente	1	2,5	0	0,0	1	2,5
Mudar Estrutura Física	1	2,5	0	0,0	1	2,5
Mais Limpeza da USF	1	2,5	0	0,0	1	2,5
Sala para Adolescentes	0	0,0	1	2,5	1	2,5
Respeito às Pessoas	0	0,0	1	2,5	1	2,5
Mais Programas Preventivos para a Comunidade	0	0,0	1	2,5	1	2,5
Não respondeu	0	0,0	1	2,5	1	2,5

**NOTA:** Os sujeitos deram mais de uma resposta.

\* Outros: Corresponde a idéias que foram agrupadas porque isoladas são pouco expressivas.

N\*\* = 40

Na Tabela 12, a idéia mais colocada foi *melhor atendimento* citada por 7 (17,5%) adolescentes. No entanto, as opiniões sobre as melhorias para a unidade de saúde foram bastante diversificadas. Abrangeram os aspectos, *não faltar remédio/material/equipamento* colocado por 4 (10,0%); *dia específico de atendimento ao adolescente* citado por 2 (5,0%); *mais organização na USF* mencionado por 2 (5,0%); *profissionais capacitados* (enfermeiro,

outros) também citados por 2 (5,0%); entre outros, que se fossem operacionalizados, poderiam convergir em mudanças nas dificuldades (*desatenção com o paciente, longa espera, atendimento ruim/incompleto, falta de material/equipamentos, etc.*) vistas pelos adolescentes no Gráfico 4 (p. 90).

Percebeu-se que o adolescente foi, então, coerente na grande parte das respostas emitidas, trazendo muito bem e de forma clara, problemas e necessidades que lhes são particulares, ou seja, dificuldades que os serviços e a própria sociedade lhes põe de frente, sugerindo-se modos diferenciados de superação destes mesmos óbices.

As idéias de melhorias apresentadas, bem diversificadas como dito acima, se reunidas, constituem-se em elementos da estrutura assistencial, humana, organizacional, material e física. E, para alcançar as estruturas assistencial, humana, organizacional, material e física, desejadas pelo coletivo, a fim de se constituir a organização de um serviço de promoção da saúde para a adolescência, a partir dos problemas reais encontrados no contexto vivencial, necessita-se de envolvimento tanto dos que compõem a USF, como da gerência da saúde, como de outros setores, população, entre outros.

Ademais, segundo Costa (1999), através da participação ativa, o adolescente pode realmente se envolver com as propostas de solução de problemas reais. Porém, para este autor, é preciso também modificar a maneira de apreender os adolescentes e de agir em relação a eles; o adolescente deve ser visto como solução e não como um problema.

Daí, e, portanto, acredita-se que seja primordial ao enfermeiro do PSF estar preparado para compreender e atuar junto ao grupo, numa perspectiva de promoção da saúde que abranja o sentido amplo do termo, levando-se em consideração a idéia de autonomia do sujeito a quem se destinam as ações de saúde.

Dito isso porque se não se torna operacionalizável e concreta a proposta de promoção da saúde do adolescente, na forma de serviços estruturados dirigidos ao mesmo, o profissional envolvido com a atenção à saúde, pode continuar se sentindo meio “disperso” sobre o seu saber-fazer específico à clientela, respondendo às demandas sociais apresentadas, sobretudo, com ações isoladas de caráter curativo ou no máximo preventivo.

Na pesquisa, foi questionado aos enfermeiros se: “O (a) Sr(a) acha ou não que com suas ações está contribuindo para melhoria da saúde dos adolescentes? Explique seu ponto de vista.” As respostas geraram a categoria Conversando com o Adolescente e Contribuindo com o seu Conhecimento e Discussão.

### Conversando com o adolescente e contribuindo com o seu conhecimento

As falas de Becrux e Mirzam e os principais resultados do Quadro 3 (p. 80) juntos apontam o valor que se tem a conversa e o encontro entre profissional e adolescente, a confiança desenvolvida, as experiências que emergem entre ambos e a evolução na condição de participante do adolescente, colaborando positivamente com o resultado do trabalho.

Acho que sim. Porque assim, o que a gente desenvolve, com relação às consultas de enfermagem, seja no pré-natal, seja no planejamento familiar, ou seja no exame de prevenção, a gente procura sempre conversar com esse adolescente, saber o que é que ele tem, em termos de dúvida, quais são suas perspectivas [...] (Becrux).

Eu acredito que sim porque existem dúvidas, existe no adolescente uma questão de dúvida [...]. Então eles querem que a gente relate pra eles, né, o que pode trazer pra eles, o que a gente pode levar de benefício, né? Então, a gente conversa com os adolescentes, a gente traz ele à unidade de saúde, conversa com ele, só o profissional e o adolescente. Porque aí eles ficam mais à vontade e têm mais condições e mais coragem de participar (Mirzam).

Para Teixeira (2007) a conversa é a matéria do trabalho em saúde. O autor argumenta, dizendo que a realização deste trabalho depende inteiramente dessa materialidade do encontro e que no interior de uma unidade básica de saúde, por exemplo, o que mais se observa são conversas, que às vezes acompanham outros procedimentos realizados nos serviços, vindo antes, durante e depois daqueles. Conversa entre indivíduos, em grupo... conversa incessante. Salienta também seu alcance micropolítico, afirmando que as técnicas de conversa, além de outras mobilizadas no trabalho em saúde, contribuem para a constituição de poéticas sociais, que não estão dadas.

Neste sentido, corrobora-se que, em se tratando da assistência de enfermagem em Atenção Primária de Saúde, a comunicação é muito valiosa em todas as atividades desenvolvidas, junto à família, a um grupo social (ALONSO, 2005). Sendo que, nos momentos em grupo e/ou individuais, a conversa deve ser utilizada com o sentido de familiarização, acolhimento, de mobilização e transformação de indivíduos e situações.

A própria consulta de enfermagem ao adolescente (que deve ser mais usual), citada por Becrux, é um momento onde pode ser explorado o recurso da conversa e da escuta ativa para a construção de uma aliança entre ambos. Nela, o enfermeiro deve estar atento à mensagem emitida pelo outro e por ele próprio e à garantia do sigilo, atentando-se ainda para evitar julgamentos, utilizando-se de ambiente e linguagem adequada e favorecendo uma troca

energética e um diálogo interativo, introdutório no primeiro encontro, nunca impositivo, meramente informativo, nem esgotante, pois, torna-se cansativo.

Por exemplo, estudo de Jeolás e Ferrari (2003) sobre oficina de prevenção para adolescentes indica que a apreensão de conhecimento para a adesão de práticas de sexo seguras é importante, porém, insuficiente. Alves (2004-2005, p. 50), por sua vez, afirma que “educar para a saúde implica ir além da assistência curativa, significa dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais.”

Entretantes, as conversas durante as ações de Educação em Saúde no PSF ainda parecem ser verticalizadas, em que o enfermeiro assume uma postura impositiva, de dono e difusor do conhecimento, trazendo ainda expressões de julgamento e preocupando-se, menos com o planejamento e objetivo político-social da atividade, do que com o seu simples cumprimento.

Nas falas abaixo, isso fica visível:

A gente contribui em parte. [...] Mas, apesar das dificuldades, eu acho que a gente ainda contribui de alguma forma pra que eles tenham o conhecimento melhor (Wezen).

Contribui. [...] Principalmente, o adolescente mais carente que já não tem a orientação em casa do pai, da mãe. Que torna, que o sexo assim, na região, quanto mais pobre se banaliza, sabe? (Decrux)

[...] Através da assistente social, o trabalho é dentro da unidade e contribui muito pra melhoria deles. E quando a assistente social precisa da gente, do enfermeiro, aí a gente ajuda, dando uma palestra, às vezes com uma caminhada [...] (Muliphem).

Desse modo, a atividade educativa parece evidenciar uma ação normativa, que compensa a educação que deveria ter sido dada aos adolescentes pelos pais. O sujeito é uma folha em branco, com comportamento sexual que transgride os padrões aceitáveis. A este sujeito se possibilita o acesso à informação sem, todavia, refletir sobre as interfaces sociais e emocionais que subjazem ao comportamento humano. Distancia-se, portanto, de uma abordagem emancipatória que qualifica a promoção da saúde, à qual caberia, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005c) sobrepor práticas educativas regulatórias com enfoque na culpabilização e estigmatização.

A didática vertical de transmissão de conhecimentos mesmo com toda boa intenção, é ilegítima, encontrando duros obstáculos para sua implantação (ABDUCH, 1999). Daí, ser proposto pelo autor, comungada pela presente investigação, a técnica de grupos operativos

enquanto instrumento eficiente, pois se trata de uma didática horizontal. Essa horizontalidade reconhece o indivíduo como agente ativo e engajado no processo de mudança, à medida que suas necessidades pessoais e coletivas são tidas em consideração.

### **Seção III: Percepção do enfermeiro do PSF sobre promoção da saúde do adolescente**

Na pesquisa, questionou-se aos enfermeiros “Existe ou não um serviço estruturado nesta USF para atender o adolescente especificamente? Se existe, que serviço é esse e como está estruturado? Se não existe, na sua compreensão, como deve ser um serviço para estar estruturado para o adolescente?”. Viu-se que a maioria negou a existência desse serviço nas USF. As percepções acerca de um possível serviço estruturado foram categorizadas de três formas: Dia Específico de Atendimento do Adolescente na USF, Planejamento e Profissional Capacitado para Atender o Adolescente na USF.

#### Dia específico de atendimento do adolescente na USF

A compreensão de serviço estruturado pelos enfermeiros entrevistados foi revelada nas falas abaixo e em todas elas foi considerada a necessidade de se ter um dia específico para o adolescente na USF.

Só existe assim com relação à questão da parte odontológica porque tem os dias em que os dentistas, eles assim orientam a questão da saúde bucal. Agora, com relação à questão do atendimento de enfermagem e do médico, assim, ainda não existe. O que a gente pensou foi o quê, existir um dia específico para consulta pros adolescentes (Becrux).

Não está estruturado ainda não. Os adolescentes procuram a unidade [...]. Estruturada que eu entendo é aquela que o adolescente vem exclusivamente à unidade de saúde para cuidar definitivamente de certos problemas, né? (Mirzam).

Não existe ainda né, mas a gente já pensou realmente em formar o grupo de adolescente e pelo menos um dia na semana a gente atender ao grupo de adolescente, individualmente, né, [...] a gente ter um dia estruturado pra ele (Procyon).

Não tem esse serviço estruturado, pelo menos com relação ao enfermeiro e o médico. Só apenas [...] a assistente social. Eu acharia que deveria ter um dia só pra eles, por exemplo, a gente num tem um dia, o médico num tem um dia para atender hipertensos e diabéticos, tem um dia para atender esse pessoal de saúde mental e diversos atendimentos. Nós enfermeiros não temos o dia de pré-natal, dia de C e D. Então, a gente também deveria ter um dia para atender aquele adolescente (Muliphem).



Percebeu-se que os enfermeiros indicaram a necessidade de um dia específico para os adolescentes, prioridade levantada pelo próprio jovem no estudo, Tabela 12 (p. 99), pois, a clientela atendida nas unidades de saúde não dispõe de serviço estruturado.

Numa pesquisa de Ferrari; Thomson e Melchior (2006) realizada com médicos e enfermeiros foi apontado que o adolescente recebe assistência no serviço, mas não de forma ordenada e, sim, conforme demanda espontânea, uma vez que existem outros problemas prioritários que adiam a sistematização de trabalho com o grupo etário. Nesse estudo, os sujeitos pesquisados mencionaram a predisposição para implantar programa específico.

A existência de *um dia específico* por si só não quer dizer que o serviço esteja estruturado para o atendimento ao adolescente. Além disso, a clientela jovem é muito dinâmica e pode ter demandas para os dias não marcados. Para responder de forma promocional à saúde do adolescente, deve haver um serviço organizado com vistas a estar sempre preparado para receber a clientela jovem e suas necessidades de saúde prevalentes, ou mesmo aquelas não prevalentes, mas, importantes do ponto de vista social e subjetivo. A demanda deve ser essencialmente, organizada, podendo haver dias e horários previstos, com atividades específicas ao público alvo, mas, também deverá haver espaço de acolhimento e potencial de resolutividade para aqueles que não estão sendo aguardados e que constituem a procura não organizada.

Afirma-se também que não se entende neste trabalho que um serviço estruturado para o adolescente deva seguir uma fórmula unívoca ou um modelo com ações definidas e inflexíveis. Corroborar-se sim que a compreensão de que:

a) não existe uma perspectiva única, nem privilegiada, para a formulação de juízos acerca de necessidades de saúde de adolescentes, mas de que esses juízos são cambiantes e dependentes dos sujeitos que os formulam; b) de que os adolescentes de uma dada comunidade não constituem uma “massa” homogênea de interesses, mas um conjunto de individualidades em interações não isentas de conflitos e contradições; e c) de que os critérios técnicos nunca recobrem a totalidade dos significados e interesses da saúde para os adolescentes – aponta para a fragilidade dos critérios clássicos para responder acerca da legitimidade social dessa demanda assistencial (AYRES; FRANÇA JÚNIOR, 2000, p. 67).

Estes autores julgam também fecundo o trabalho programático com adolescentes, por ser um grupo jovem o bastante para ser maleável à mudança, à construção e bem maduro para ser incitado ao auto-conhecimento, à crítica e à auto-determinação (AYRES; FRANÇA JÚNIOR, 2000). Concordar-se com essa assertiva, realçando-se que o serviço deverá ser executado a partir dos princípios da integralidade, multidisciplinaridade e intersetorialidade,

visando à emancipação do sujeito e a construção da qualidade de vida numa perspectiva de promoção da saúde.

Espera-se que um serviço de saúde estruturado para o adolescente, enfim, conte com uma equipe de profissionais, que desde a recepção na porta de entrada da USF até o último compartimento físico desta unidade, estejam atinentes com a importância de se envolver e de se trabalhar na perspectiva da promoção da saúde do adolescente, assim como dos outros grupos populacionais.

Numa investigação que tentou estudar a prática de cuidar do adolescente em Unidades Básicas de Saúde, demonstrou-se que parte dos pesquisados, enfermeiros e médicos, relataram não dar prioridade ao atendimento do adolescente por deficiência de recursos humanos, em que o gerenciamento do serviço e a coordenação de atividades comprometia a carga horária que deveria estar disponível para a atenção ao cliente (SILVA; ZEITOUNE, 2000).

Na verdade, há outro agravante. Existe uma baixa frequência de adolescentes nos serviços de saúde brasileiros, o que em parte, pode ser explicado pelo fato das instituições de saúde atuarem com grande carga de controle sobre a sexualidade e a reprodução de adolescentes e jovens, consideradas como situações de risco, com perda de uma visão promocional da saúde (BRASIL, 2006).

Daí, “é difícil afirmar se a relativa ausência dos adolescentes nos serviços de saúde se deve à pouca oferta de ações voltadas para eles ou à baixa procura dos mesmos, uma vez que estes dois fatores estão interligados e condizem com a estrutura dos serviços de saúde no país” (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2006, p. 2492).

Cartana e Ramos (2005) alegam que há uma carência na oferta de ações de saúde justificada pelo mito de que adolescentes não ficam doentes e não buscam o acesso aos serviços de atenção básica, principalmente os do sexo masculino.

Porém, Mandú e Paiva (2001) relatam que, embora, menos susceptíveis a muitos problemas (objeto de trabalho nos serviços), os adolescentes são vulneráveis a inúmeros agravos: problemas infecciosos, alterações nutricionais, distúrbios de auto-imagem, doenças sexualmente transmissíveis, AIDS, uso de drogas, gravidez não desejada, entre outros.

Assim, reforça-se que um serviço estruturado com e para o adolescente não prescinde de profissionais capacitados para este tipo de atendimento e de ações planejadas para serem executadas na USF, em nível de consulta individual, por exemplo, ou em outros espaços onde se constitui o adolescer: rua, escola, domicílio, quadras, etc..

Depois, destaca-se nas falas de Becrux e Muliphem, a acepção de que há serviço estruturado para o adolescente nas USF, mesmo quando realizado apenas pelo dentista ou assistente social. Embora se louve a iniciativa desses profissionais meio solitários na perspectiva do atendimento ao adolescente, sabe-se que a integralidade, que exige, por sua vez, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, deve qualificar esta assistência.

Ao problema trazido pelo adolescente que procura a “saúde bucal”, por exemplo, pode haver outros atrelados ou não (ver Tabela 2 – p. 67), condicionantes, talvez, reconhecidos na hora da consulta, aos quais o dentista não dará respostas sozinho, porque necessita da colaboração de outros campos cognitivos.

Sabe-se da importância da educação para o controle das doenças bucais e, para isso, é necessária uma integração e articulação do setor saúde com o setor educação. Todavia, atualmente, não existe uma normatização das estratégias preventivas para a Odontologia. Para que a educação em saúde se torne efetiva, é preciso que não só os profissionais que lidam com a odontologia participem desse processo. É fundamental o relacionamento com os demais integrantes, como o médico e o enfermeiro (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006, p. 221).

A Política Nacional de Promoção da Saúde e as próprias diretrizes do SUS e do PROSAD priorizam a integralidade, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade que foram desconsideradas nas falas dos dois enfermeiros que afirmaram ter serviços estruturados nas UBS.

A integralidade implica, para além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, a ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, individual e coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário (BRASIL, 2005c, p. 11).

Em vista dessa compreensão da irrevogável qualidade de uma visão globalizada sobre o sujeito, é que se afirma que pensar num serviço estruturado para o adolescente quando um só profissional desenvolva ações específicas (saúde bucal, por exemplo) sem interligação com outras profissões, setores, sem a troca de olhares, sem a construção de saberes articulados, revela, no mínimo, uma visão reducionista sobre o conceito de saúde e a prática em SF, além do desconhecimento sobre promoção da saúde.

Estes serviços que estão em nível de intervenção individual e/ou recuperação do corpo biológico ou da patologia, não têm como dar respostas à altura das necessidades de saúde

demandadas pelo adolescente, pois, segundo Rocha e Almeida (2000), as necessidades implicam numa atenção que considere a integralidade do ser humano, a qualidade de vida e a promoção da saúde.

Demais, não se pode esquecer também que a diversidade é fator que colabora com a ampliação das possibilidades de atuação e resolução dos problemas e que o atendimento em equipe focaliza o cliente, poupando-se das visões fragmentadas (BRASIL, 2005b).

Outro dado importante que também foi citado pelos adolescentes na 1ª e 2ª parte do trabalho, foi a busca pelo odontólogo, complementado pelas informações abaixo dos enfermeiros Becrux, Gacrux e Decrux, respectivamente, quando falam de serviço estruturado:

Só existe assim com relação à questão da parte odontológica porque tem os dias em que os dentistas, eles assim orientam a questão da saúde bucal.

Estruturado, específico só pra adolescente não. Tem na parte do dentista, que tem um escovódromo até os 14 anos.

Ao invés de o adolescente ter vindo, nós fomos até ele, fomos até a escola. Fomos bem recebidos pela diretora, pelos funcionários de lá. [...] Começamos com a parte de odontologia para ver o adolescente como um todo, integralmente. Já conversamos com eles pra saber quais são as reais necessidades deles [...] para possivelmente, trazê-los pra nossa unidade.

Percebe-se que nas USF pesquisadas há alguma interatividade entre adolescentes e dentistas, o que se destaca nos depoimentos dos sujeitos. Iniciativas com adolescentes, mesmo que isoladas, são consideradas importantes por autores (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2006). Porém, embora tais iniciativas mereçam apreço, é inevitável para a promoção da saúde, o envolvimento de toda a equipe o mais precoce possível.

De modo que, supõe-se a existência de razões que levam o adolescente a vencer as barreiras de acesso e a procurar alguns serviços da USF, mesmo que de forma espontânea, com frequência irregular e sem constituir-se numa atenção integral. Pois, não se pode esquecer, que o enfermeiro foi incluído na equipe de PSF desde a criação do programa em 1994, e, o dentista, seis anos depois disso (dezembro do ano 2000, Portaria n. 1.444 do Ministério da Saúde), (BRASIL, 2000), o que presume que deveria haver mais adesão do adolescente às atividades praticadas pelo enfermeiro.

Complementando os dados trazidos pelas entrevistadas, num estudo sobre a implantação da odontologia no PSF do Estado do Paraná, por exemplo, contactou-se que 94,3% é a frequência da clientela mais atendida pelo dentista, sendo o adolescente o grupo populacional mais atendido (BALDANI et al, 2005).

Segundo Cartana e Ramos (2005), o modo como os serviços acolhem esta população e constituem as formas de assistência às suas necessidades é essencial para sua entrada nestes serviços.

Carece-se, então, elaborar e implementar um trabalho acolhedor, ordenado, intencional e de planejamento contínuo com base nas informações trazidas pelos próprios adolescentes, e que a equipe integre suas experiências e sugestões entre si e com as dos usuários e de outros setores.

### Planejamento

O planejar é parte essencial no trabalho de promoção da saúde no PSF. Foi citado na fala de Acrux como requisito para se ter serviço estruturado, o que na realidade estudada inexistente.

Não posso dizer que existe porque isso é uma coisa que tem ser muito bem elaborada, muito bem planejada de acordo com o problema de cada adolescente. Por exemplo, uma área que tá tendo um alto índice de drogados, né, adolescentes drogados, aí já teria que ter uma formação melhor para drogados de prevenir aquele tipo de problema, como também a questão da gravidez, como também a sexualidade desregrada (Acrux).

Para planejar, exige-se o reconhecimento da área e da população adstrita, das formas de produção e reprodução social, dos equipamentos sociais existentes, do próprio serviço de saúde e de seus alcances/limites. Isso se constitui num instrumento fundamental para a operacionalização da programação de saúde direcionada às famílias e indivíduos, ou seja, para a organização de um serviço estruturado à clientela.

É preciso, entretanto, esclarecer a fala abaixo, pois, embora se louve a percepção do planejar, ele não pode ser tão minucioso na organização de um conjunto de ações, em que elas estejam planejadas de acordo com o problema de cada adolescente individualmente::

Pelo menos um dia na semana a gente atender ao grupo de adolescente, individualmente né, a depender da necessidade de cada um dele (Procyon).

Um estudo de Nascimento e Nascimento (2005) sobre a prática da enfermeira no PSF cita em seus resultados que o planejamento é ferramenta necessária para se construir o plano de ação. No entanto, informa que a programação local de saúde propicia a reorganização das práticas dirigidas aos problemas da população e não de cada pessoa em particular. O que não impede do profissional enfermeiro, por sua vez, durante a consulta de enfermagem ao

adolescente, utilizar-se do planejamento mais específico a cada caso visto, como um dos passos seguidos na realização dessa consulta (ALONSO, 2005).

Neste ponto, sabendo-se da necessidade do trabalho interdisciplinar já comentada e de alguns resultados desse estudo, como a baixa frequência de adolescentes nos serviços, as dificuldades de acesso deste sujeito à consulta do enfermeiro e das suas idéias para melhorar o atendimento no Posto, pode-se aproveitar o momento para alertar também que o acolhimento ao adolescente é imprescindível e que deve ser planejado junto ao processo de trabalho da equipe.

Schmith e Lima (2004) ressaltam que o processo de trabalho deve ser conciliado entre todos os membros da equipe, organizando-se campo e núcleo de competência de cada profissional, a fim de acolher e produzir vínculo com os usuários, sendo o acolhimento responsabilidade de toda a equipe.

No momento em que o dentista, ou o enfermeiro ou outro profissional é abordado ou atende a alguma demanda do adolescente na unidade, este pode ser captado numa rede<sup>8</sup> que dê encaminhamentos através da técnica da conversa (acolhimento dialogado), os quais atendam às necessidades percebidas ou não pelo jovem, causando efeito de satisfação no cliente que tenderá a procurar os serviços outra vez.

Além disso, essa rede de conversações pode aprimorar o atendimento ao adolescente e ao mesmo tempo, ser aprimorada continuamente, à medida que for se perpetuando, sendo uma forma de se compreender o fluxo percorrido por este sujeito na USF, colaborando com o plano de ações.

Daí, resgatando-se as opiniões dos enfermeiros que coadunam com a idéia de dia específica para o atendimento do adolescente e a de planejamento, acredita-se que a rede de conversações pode ser instrumento a ser utilizado juntamente com as informações epidemiológicas para o levantamento de necessidades de saúde desse usuário, alcançando-se o que já foi suscitado anteriormente, o pré-requisito de que as demandas sejam valorizadas não só pela frequência em que ocorrem, mas pela subjetividade que representam ao usuário.

O próprio PROSAD (BRASIL, 1996) identificou áreas prioritárias (saúde bucal, mental, sexualidade, família, etc.) para a promoção da saúde do adolescente como foi observado no referencial teórico, porém, destaca que é preciso discuti-las e adaptá-las às

---

<sup>8</sup> Ver mais em: TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2007. p. 91 – 113.

realidades locais. Acredita-se nesta pesquisa, que o planejamento seja uma das ferramentas necessárias para tanto.

Por sua vez, sabe-se que os enfermeiros conseguem se destacar quanto à importância de perfil para o trabalho em equipe no PSF, possuindo habilidade no planejamento, execução e avaliação de ações assistenciais, administrativas e educativas, que são itens essenciais no programa (PEREIRA; ALVES, 2004).

Por isso, julga-se que o enfermeiro deverá atuar junto à equipe, apoiando metodologias de planejamento que possam ser contínuas, utilizando-se do conhecimento da epidemiologia para traçar o perfil saúde-doença e da possibilidade da rede de conversações de transpassar o plano concreto e perceptível do fenômeno saúde-doença, resgatando alguns elementos subjetivos importantes.

Recomenda-se, como método para resolver micro e macro problemas, o Planejamento Estratégico Situacional - PES proposto, conforme Ciamponi e Peduzzi (2001), por Carlos Matus, ao reconhecer-se a pluralidade de sujeitos sociais em embate num contexto em movimento dinâmico. Pitta e Rivera (2006) salienta que o PES traz um enfoque de intervenção que subjaz a intersectorialidade, explicando seu mérito no que se refere à promoção da saúde.

Os estudos epidemiológicos e a dinâmica da conversação podem também oferecer subsídios para proposição de ações programáticas. Compreende-se neste estudo que estas últimas poderão ser levantadas até mesmo no momento normativo (uma das fases) do PES, ou seja, como um recurso para auxiliar com a resolução de problemas dos adolescentes, mesmo que a longo prazo. A implementação destas ações, por sua vez, certamente, suscitará estratégias que poderão necessitar de mais fases de planejamento para superação, por exemplo, das dificuldades de ordem material, organizacional e humana vistas na Seção II, originadas pelos serviços quanto ao acesso do adolescente à assistência.

Concebe-se a programação como uma forma de se ter um serviço diariamente preparado para receber as demandas previamente conhecidas do adolescente, pois as necessidades podem surgir inesperadamente, reclamando muito mais que um dia de atendimento. Tudo isso deverá ser pensado no momento do planejamento.

Nascimento e Nascimento (2005) em sua pesquisa sobre o trabalho da enfermeira no PSF, traz relato que confere necessidade das ESF atuarem em áreas adscritas, com famílias cadastradas, levantamento de áreas de risco para o posterior planejamento das ações, em que haja a participação da comunidade, efetivando a programação local de saúde utilizada como

ferramenta da gerência, favorecendo a reorganização das práticas de saúde dirigidas aos problemas prioritários.

Nemes (2000, p. 48) entende ação programática como sendo “uma proposição de organizar o trabalho em saúde fundamentada no ideal da integração sanitária, para o que busca inspirar-se em tecnologias de base epidemiológica.”

Não se constitui tarefa fácil, naturalmente, objetar os problemas do adolescente, e por sua vez, organizar ações programáticas que possam dar conta de pelo menos grande parte das necessidades por ele trazidas. Porém, Nemes (2000) aponta que será essencial recorrer à interdisciplinaridade.

### Profissional capacitado para atender o adolescente na USF

Por último, mencionam-se a necessidade levantada pelos sujeitos de se ter profissionais capacitados para atender ao adolescente, enquanto um serviço que se queira estruturado. Posição com a qual, o estudo coaduna, com algumas ressalvas.

Tivesse assim um profissional médico né, ou enfermeiro com especialização só pra atender adolescente (Gacrux).

Primeiro teria que capacitar o profissional, assim como a gente tem outras capacitações pra trabalhar melhor os serviços aqui na nossa unidade [...]. A gente não tem um tipo de trabalho bem organizado, sistematizado, onde a gente passa por uma preparação (Wezen).

A gente atende a demanda que vai aparecendo e também assim, nós não temos ainda capacitações né, nem eu, nem a médica, específica em adolescente. Pra ter um serviço [...] específico, bem estruturado, acho que tem que ter capacitação pra toda equipe, né? (Adhara).

As falas destacam a necessidade de capacitações para que os profissionais consigam oferecer um serviço estruturado ao adolescente. Não é raro escutar relatos sobre a dificuldade por parte dos trabalhadores do PSF em lidar com esse usuário, mesmo porque não é incorreto afirmar que desenvolver atividades com o adolescente, que chamem sua atenção, exige maturidade profissional, ética, criatividade, disponibilidade, simpatia, ausência de preconceitos, estereótipos, entre outros. Até porque há demandas como as drogas, violência, promiscuidade, que necessitam de abordagens bem planejadas e interdisciplinares.



Por outro lado, foge à idéia concebida de PSF, a existência de profissionais especializados, pois, preferencialmente, o médico deve ser um generalista. O adolescente, ainda que, com suas particularidades, faz parte da comunidade, de uma família e tem carências de promoção, prevenção e cura que devem ser atendidas pelo profissional preparado para trabalhar no PSF. Isto requisita um processo de educação permanente da equipe, que possibilite o reconhecimento das manifestações da adolescência, a reflexão e a ação sobre a realidade local.

No trabalho de Ferrari; Thomson e Melchior (2006), médicos e enfermeiros referem precisar passar por cursos de formação/capacitação sobre a adolescência, antes mesmos de realizar atividades com grupos, por motivo de pouco conhecimento e dificuldade para trabalhar com essa população. Fato percebido na fala de Wezen quando considera positiva a abordagem do acadêmico de enfermagem:

Nós temos muita dificuldade pra trabalhar com o adolescente, né? [...] Teve alguns momentos assim com a participação de alunos aqui. Logo, eles têm uma forma assim, eles sabem trabalhar assim a didática, eles têm um envolvimento muito grande com os adolescentes, os adolescentes se envolvem também com aquele trabalho que é feito pelo aluno. Então, nesse momento assim, a gente teve a parceria deles, eles vinham pra as reuniões. Mas, depois, a gente viu, quando os alunos iam embora, geralmente eles começavam a evasão. Desapareciam.

Abduch (1999) afirma que para os jovens participarem da atividade de grupo, é preciso aproximá-los de forma clara ou fazer uso de um objeto intermediário, para desenvolver o tema que a equipe planejou. Jogos, gincanas laboratórios, dramatizações, dinâmicas, brincadeiras e outros, favorecem o disparador temático, facilitando a aderência, interesse, participação, colaboração e aproveitamento do material emergente.

Ferrari; Thomson e Melchior (2006) retratam também que além do pouco fundamento sobre adolescência, discursos dos enfermeiros exprimem julgamentos. Isto aconteceu na fala de Acrux:

Por exemplo, uma área que tá tendo um alto índice de drogados, né, adolescentes drogados, aí já teria que ter uma formação melhor para drogados de prevenir aquele tipo de problema, como também a questão da gravidez, como também a **sexualidade desregrada** (grifo nosso) (Acrux).

Faz-se menção à sexualidade do adolescente como desregrada, talvez porque fuja ao padrão aceito como normal em sociedade. Estudos demonstram a inabilidade do profissional de saúde em lidar com aspectos peculiares da adolescência e que marcam seu desenvolvimento, como é o caso da sexualidade. “A centralização da sexualidade, como

objeto de atenção dos profissionais da área da saúde, tem sido concebida igualmente na perspectiva patologizante e medicalizante” (RESSEL; GUALDA, 2004, p. 328).

Em se tratando do trabalho da enfermagem, consoante estas autoras, há uma atenção voltada para o desvio, para a anormalidade, ocorrendo o apoderamento do indivíduo e de seu corpo como objeto limitado pela patologia em si, sendo o sujeito desvinculado pelo cuidador, de sua história de vida.

E, não obstante, essa dificuldade retrate uma formação acadêmica que deixa a desejar quando se trata do campo supra-biológico da sexualidade humana e da adolescência (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2006), identificou-se dado contrário a isto nas palavras do enfermeiro Wezen, que aprovou a atuação de acadêmicos junto aos jovens de sua área.

Percebe-se, portanto, que urge programas sistemáticos de educação permanente para os profissionais das ESF, dentre eles, os enfermeiros, no sentido de compensar deficiências da formação universitária.

Mesmo porque, entre os pesquisados, nenhum relatou já ter participado de curso específico da área da adolescência, nem aqueles que têm mais de 10 anos de PSF. Somente um se referiu a curso em DST e a outro organizado pela BEMFAM. Isto parece ser, no mínimo, polêmico, pois não há como se desconsiderar a magnitude da condição social do adolescente no país e, em particular, na realidade pesquisada, pois, inclusive, alguns dos problemas ou necessidades de saúde apresentados por esta investigação, como as drogas e a violência são de conhecimento dos gestores municipais.

Ademais, apenas 3 enfermeiros têm especialização em Saúde da Família e o conteúdo de áreas como adolescência nestes cursos, pode ser visto só genericamente.

Cabe ressaltar que a capacitação de recursos humanos para se trabalhar junto ao adolescente é prevista inclusive nas estratégias do PROSAD (BRASIL, 1996). Outras pesquisas denotam a importância da capacitação do enfermeiro para trabalhar no PSF (PEREIRA; ALVES, 2004, NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005), assim como de profissionais da USF para se trabalhar com o adolescente (LEÃO, 2005).

Além disso, a capacitação permanente é essencial para orientar os profissionais do PSF a reconhecer as demandas de saúde prevalentes entre os adolescentes e a dinamicidade dos contextos em que acontecem, assim como a subjetividade por trás delas, os possíveis instrumentos de trabalho e a prioridade de participação da multiplicidade de atores sociais no plano de ação a ser construído. Deve haver compreensão de como se trabalhar coletivamente, realizando-se planejamentos e avaliações contínuas dos serviços prestados.

Dando continuidade, ainda com fim de conhecer a percepção do enfermeiro sobre a promoção da saúde do adolescente, questionou-se ao enfermeiro “Na sua opinião, o que é promover a saúde do adolescente e o que o(a) Sr.(a) pensa sobre isso?”.

Obtiveram-se como resposta, falas que após serem codificadas, revelaram duas categorias: Ver o Adolescente Como um Todo e; Fazer Trabalho Educativo e Levar Informação.

### Ver o adolescente como um todo

Num primeiro olhar sobre os depoimentos emitidos, viu-se que eles denotaram uma perspectiva teórica abrangente acerca de saúde e promoção da saúde ao trazerem elementos apontados neste trabalho, de ordem político-sócio-econômico-cultural, do contexto vivencial do adolescente que necessitam de observação/intervenção: estudo, meio social, convívio familiar, escola, comunidade e trabalho.

Envolver toda a conjuntura do adolescente. [...] Oferecer de tudo assim que possa trazer melhorias na qualidade de vida do adolescente, né? [...] Se já tem atividade sexual, sempre tá fazendo o exame preventivo, usar os métodos contraceptivos para não engravidar, enfim. Mas, lembrando que a saúde não é só isso, né? A gente tem que sempre assim, tá atenta pra saber se esse adolescente tá matriculado, se ele tá estudando, se a vida que ele vive, o meio social que ele vive é um meio assim que vai trazer melhorias pra ele. [...] Na verdade, a promoção da saúde vai ser assim [...] ver o adolescente como um todo. Como é que ele tá inserido no convívio familiar [...] (Becrux).

É vê-lo como um todo e ao mesmo tempo diferente porque ele não se sente, é responsável ainda por sua saúde [...] (Decrux).

É trabalhar não só o adolescente isoladamente, mas trabalhar a família desse adolescente, trabalhar a escola que esse adolescente estuda né, trabalhar a comunidade que esse adolescente mora né, levar trabalho pra essa comunidade pra que esse adolescente não fique ocioso [...] (Wezen).

Os enfermeiros trazem na sua concepção sobre promoção da saúde, alguns aspectos sócio-estruturais básicos à sobrevivência das pessoas, estudo, convívio familiar, escola e trabalho, porém, quase sempre negados para a maioria dos indivíduos que vivem em países com desigualdades sociais marcantes, como os de terceiro mundo. Esses aspectos estão presentes nos relatórios das conferências mundiais que documentaram teoricamente o que seria a promoção e as áreas ou estratégias prioritárias para se chegar a este fim.

A Carta de Ottawa (1986), documento referência da Nova Promoção da Saúde que embasa a análise desta pesquisa, considera como pré-requisitos para a saúde, condições e recursos, tais como: paz, habitação, ecossistema saudável, educação, alimentação, justiça social, equidade, entre outros.

A Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde de Adelaide (DECLARAÇÃO DE ADELAIDE, 1988) destacou as políticas públicas saudáveis como tema central, tendo ficado compreendido ao demarcá-las, a necessidade de que todas as políticas, não só as estritamente sanitárias, estejam preocupadas com a equidade e com a saúde das pessoas, e que pesem sua influência sobre esta última. Afirmou-se que as políticas saudáveis devem propiciar escolhas saudáveis de vida para os cidadãos.

Corroborar-se nesta investigação que o enfrentamento de vulnerabilidades sociais exige ações abrangentes e que a criação de políticas públicas saudáveis articuladas seja uma opção estratégica para este enfrentamento.

Porém, alerta-se que é preciso explicitar o que são políticas saudáveis e como pô-las em prática em contextos diversificados, buscando fugir de ações paternalistas que não dão condição de crescimento individual e coletivo, de reversão de desigualdades sociais e de concentração de poder, e que só produzem o conformismo e mantêm o status quo.

No Brasil, o padrão de capitalismo financeiro adotado produz e reproduz a concentração de renda. Por sua vez, aqui se gasta pouco com saúde, pois, embora os recursos destinados signifiquem um percentual alto para o orçamento, eles ainda são insuficientes em relação às necessidades da população. Este financiamento vem oscilando entre 125 e 150 dólares per capita/ano, diferente de outros países da América do Sul, por exemplo, que gastam mais que o dobro disso, como a Argentina (US\$ 362) e o Uruguai (US\$ 304) (ABRASCO; CEBES; ABRES; REDE UNIDA; AMPASA, 2006).

Assim, deve-se apreender a promoção da saúde na pauta das discussões de operacionalização do conceito, atrelada as dinâmicas de transformação social, cujos “processos, que são coletivos, envolvem trabalho contínuo com pauta de transformações de ordem estrutural e conjuntural” (MELLO, 2000, p. 1149).

É preciso salientar também que o nível micro, destacando-se os serviços e os profissionais juntamente com a população em atividade na comunidade, não devem adotar postura passiva frente ao planejamento e implementação de políticas sociais no país e na sua região. A diferença se faz ao se entender o conceito e a se apreender se é possível efetivar tais políticas em contextos x ou y, tomando ainda a relação hierárquica das mesmas com as políticas econômicas. Faz-se necessário, sobretudo, “saber o papel das políticas de saúde na

erradicação da miséria socialmente induzida e tolerada, bem como de suas conseqüências” (PRATA, 1994, p. 390).

Não basta conhecer o que significa, tem-se que saber se é possível dar efeito aos conceitos teóricos produzidos. A enfermagem precisa, inclusive, estar participando da discussão em torno da viabilidade da promoção da saúde a partir do paradigma de produção social nos contextos assistenciais em que ela se desenvolva. Não deve apenas tomar como do governo o papel de assumir os critérios de mudança.

Outro aspecto importante é que a promoção da saúde deve ser entendida enquanto fundamento que deve permear as práticas cotidianas dos serviços/PSF. Nas falas sobre promoção da saúde, os enfermeiros deram muita ênfase a elementos de caráter estrutural/conjuntural e pouco citaram aqueles que podem ser contemplados em seu cotidiano laboral.

Existem ações promocionais que, para serem realizadas, requerem, sobretudo, sensibilização e preparo técnico do profissional que tem uma demanda de um usuário/família a ser vencida. Exemplo: a consulta de enfermagem ao adolescente não pode perder de vista a diversidade humana, sendo que seus fundamentos operacionais devem focar elementos de uma abordagem social e clínica da saúde do jovem, constituindo-se de processos de interação, investigação, diagnóstico, educação e intervenção (MANDÚ; PAIVA, 2001).

Voltando-se ao diálogo dos enfermeiros, percebeu-se na primeira fala, uma expressão pouco democrática sobre a sexualidade do adolescente, particularmente, sobre a da menina. Indicou-se o fato de se ter que realizar o exame preventivo e usar o método anticonceptivo para não engravidar, em caso de já haver vida sexual ativa.

Não se apontou a necessidade de se tocar noutros aspectos mais subjetivos acerca da sexualidade feminina e masculina ao se promover saúde: o conhecimento mútuo, o carinho, as emoções, o poder ser e sentir, o compartilhar de sentimentos. Tratou-se o assunto como uma obrigação, com norma a ser cumprida, e não como uma opção a ser discutida para a descoberta das vantagens e desvantagens pelo próprio jovem.

Em práticas institucionais, particularmente, na saúde, insiste-se quanto às discriminações e responsabilizações de forma diferenciada a homens e mulheres, havendo incorporação, por exemplo, de concepção e contracepção quase que exclusivamente direcionadas às mulheres e a oferta limitada de ações voltadas à saúde sexual e reprodutiva de homens (MANDÚ, 2001).

Em um trabalho, Jesus (2000, p. 46) admite sobre suas atitudes limitadas frente à prática da orientação sexual, denotando que se incomodava com elas, pois, ao contrário,

refletia sobre a importância da abordagem do assunto a partir de uma concepção mais ampla que valorizasse as vivências das pessoas. Ela afirma que no período dos “primeiros anos de exercício profissional como enfermeira, muitas vezes, me via fazendo orientação sexual aos clientes e seus familiares, valorizando mais os aspectos biológicos da sexualidade humana e reforçando alguns preconceitos e as normatizações sociais referentes ao assunto”.

É comum considerar-se o adolescente como sujeito que ainda não tem condições de tomar decisões responsáveis, necessitando de outro(s) que o façam por ele, precisando ser informado, mormente, a seguir normas de conduta alegadas como sendo as mais corretas a fim de se ter saúde. Para muitos profissionais, o adolescente tem pouca estrutura cognitiva e valorativa que o permita optar por algo adequado, pois, a própria família não está conseguindo dar esse suporte. Na verdade, este pensamento fica visível na fala de Decrux:

Sabe que ainda não tem responsabilidade de tomar determinadas atitudes, precisa de muito esclarecimento, ainda tem muita dúvida. Não tem em casa de jeito nenhum esse apoio. Por questões culturais os pais não repassam.

Porém, ao final, o enfermeiro volta atrás, dizendo que o adolescente tem informação (escola, TV), mas, se sente inseguro e comete erros.

Primeiro, é interessante notar que em nenhum momento é questionada pelo depoente, a qualidade da informação que o jovem recebe da escola, da televisão e, inclusive, dos profissionais de saúde, influenciando a promoção da saúde do indivíduo. Não só a família tem dificuldades de lidar com os aspectos próprios do adolescer. “Temos identificado a ineficácia ou inadequação dos serviços de saúde, promoção social e de educação, em trabalhar as questões dessa população” (PATRÍCIO, 2000, p. 132).

Para essa autora, a pobreza da percepção que se tem do processo adolescer está fundamentada no paradigma cartesiano que ainda tem sido utilizado na assistência à saúde, o que tem tornado restrita a criação de trabalhos sistemáticos, amplos e solidários com a família, grupos pares e com a escola.

Depois, uma visão que não admite o protagonismo juvenil, em que o jovem possa ser responsável, com a ajuda dos setores da sociedade (educação, ação social, justiça, saúde), de (re)construir a si e as condições que não lhe são favoráveis, contradiz o discurso formado sobre promoção da saúde, denotando a dificuldade que o enfermeiro tem de explicar e talvez de operacionalizar o que significa “ver o adolescente como um todo”.

O conceito de promoção da saúde trazido pela Carta de Ottawa e duas estratégias ressaltadas por esta última (reforço à ação comunitária, desenvolvimento das habilidades individuais), assim como relatórios de outras conferências como a de Sundsvall (1991) são unânimes em identificar o papel essencial do sujeito na discussão e implementação de melhorias para sua saúde e qualidade de vida.

Por sua vez, as diretrizes políticas para a saúde do adolescente enfatizam a promoção da saúde mediante ações educativas que almejem a intersetorialidade e a participação efetiva do adolescente como protagonista de sua saúde (SERRA; MOTA, 2000). No entanto, não ficou clara em nenhuma das falas anteriores, a premissa do direito desse sujeito ser ouvido e ter espaço para se expressar frente a um processo de transformação social. Parece que o adolescente ainda é visto nesse processo, enquanto um ator passivo.

Na verdade, o enfermeiro se manifesta de tal forma em suas falas, que não relaciona quem são os atores sociais que darão conta das dimensões estruturais de mudança relacionadas ao contexto do adolescente.

Tirar ele dessa situação né, de vulnerabilidade em que ele se encontra. [...] O bem-estar, né, como a gente vinha falando, essa questão da convivência familiar, é casa, moradia, um salário digno. [...] Pois se ele realmente não tem, é, os pais, começa pelos pais, não tem um salário digno, se ele não tem uma boa moradia, se ele não vive num bom ambiente realmente ele não tem condição [...] (Procyon).

É condição de moradia, que sem moradia adequada, sem saneamento, sem nada, você não tem saúde. Emprego para os pais que a fome também leva a doenças. E, também quem sabe, ter mais escolas, trabalho, esporte para os adolescentes que já evita ele entrar no mundo do crime, da droga, né? [...] Procurasse mais trabalho pra os adolescentes [...] (Muliphem).

Porém, sabe-se que as ações particulares ao setor saúde precisam estar vinculadas a outros setores disciplinares e de políticas governamentais responsáveis pelos espaços físico, social e simbólico. Sendo que, segundo Czeresnia (2003), essa relação entre intersetorialidade e especificidade trata-se de um campo difícil e que deve ser tratado com cuidado, uma vez que se associa a uma tensão entre o limite da competência específica das ações da área da saúde e a abertura necessária à incorporação de outras múltiplas dimensões.

Julga-se essencial, a começar dos três níveis de governo, que os mesmos deixem de operar numa perspectiva apenas setorial, dando primazia ao desenvolvimento social de forma integrada. Deste modo, governos locais e regionais necessitam romper arquétipos obsoletos de gestão, atuando de modo transversal, implantando instâncias intersetoriais de políticas e a gestão em redes e possibilitando maior eficácia e efetividade na redistribuição de renda e no

desfrute dos benefícios sociais (ABRASCO; CEBES; ABRES; REDE UNIDA; AMPASA, 2006).

O sentido atribuído ao “ver adolescente como um todo” também esteve coerentemente relacionado com a abordagem do mesmo desde a etapa anterior à adolescência. Ou seja, ver o indivíduo de forma integral é reconhecer que sua qualidade de vida e saúde passa a ser construída desde o momento em que ele é gerado e concebido.

Acompanhar esse adolescente desde criança. [...] Porque às vezes, você pega o adolescente num estágio que já não dá mais pra voltar atrás. [...] É você prevenir antes que aconteça o pior (Acrux).

Patrício (2000) concorda que a preocupação com a adolescência deve começar na formação familiar, da criança que acabou de nascer.

Para Burt (1996), vários indícios denotam que os programas exitosos, mesmo que percebidos como tendo enfoque limitado, abordam crianças e adolescentes (e suas famílias) de forma holística, iniciam-se precocemente e proporcionam atividades enriquecedoras e de crescimento e desenvolvimento, e apóiam os jovens durante um período prolongado, ou seja, têm continuidade.

#### Fazer trabalho educativo e levar informação

Em se tratando do “*Fazer trabalho educativo e levar informação*” apreendido no conceito de promoção enunciado pelos depoentes, é coerente salientar que em vários momentos do trabalho de análise das respostas de adolescentes e enfermeiros, culminando com esta categoria, ficou perceptível que o trabalho educativo e informativo é essência do trabalho deste profissional, sendo entendido como promoção da saúde ao grupo populacional em questão.

Porém, a aceção de orientação de Becrux, portanto, a apreensão de promoção de saúde, manifesta um caráter restrito, ameaçador, excludente, normativo e reforça papéis desiguais de gênero quando: limita sua orientação a um aspecto do adolescer, a anticoncepção; expressa cuidados como atenção aos “riscos” da prática sexual; refere-se ao uso dos métodos contraceptivos como única opção a ser seguida pelas adolescentes; responsabilizam, mormente, as adolescentes pelo processo de anticoncepção e; não visualiza a importância da vinculação do rapaz às atividades de promoção da saúde sexual e reprodutiva.



Nós, enquanto profissionais de saúde do PSF, o que é que a gente pode fazer: orientá-los com relação aos cuidados, principalmente, as mulheres, as adolescentes, com os métodos contraceptivos, né? Se já tem atividade sexual, sempre tá fazendo o exame preventivo, usar os métodos contraceptivos para não engravidar, enfim (Becrux).

Ao contrário disso, coaduna-se com a idéia de que deverão ser planejadas práticas educativas e participativas que circundem toda ação direcionada aos adolescentes, garantindo ao grupo, conhecer a si próprio e ao seu contexto familiar e comunitário, e do mesmo modo, possibilitar aos pais, educadores e sociedade o conhecimento da adolescência (BRASIL, 1996).

Segundo Mandú (2000), a sociedade e o setor saúde devem proporcionar suporte a esses sujeitos para que conheçam e se tornem hábeis, questionando, propondo e apoiando ações ligadas ao resgate da cidadania de todos e ao desenvolvimento de comportamentos seguros a sua saúde sexual e reprodutiva. Isto sim é uma proposta condizente com a concepção ampliada de saúde consignada com o movimento moderno de promoção da saúde.

Dos depoimentos de Mirzam e Decrux emerge tão somente, a preocupação marcante com o “promover informação”, “levar esclarecimento”, tirar dúvidas. Compartilha-se entre eles, a ênfase no repasse de informação para se promover saúde. Revelam-se mais uma vez o pensamento de que o adolescente é um papel em branco, sujeito passivo, sem conhecimento ou constructos empíricos que mereçam ser levados em conta. Neste papel deve ser enxertado o maior número de informações possível sobre como se evitar doenças como as DST, por exemplo, acreditando-se na possibilidade de que esse sujeito, então dotado de conhecimento adquirido, não mais adoença. Nesta percepção, o profissional da saúde aparenta ser detentor do conhecimento.

Levar informação, conhecimentos, esclarecimento pra ele. [...] A saúde leva pra eles, nós enfermeiros, a informação mais resumida, mais adequada e consegue através dessa promoção, passar pra eles, né? Nós também levamos como evitar as Doenças Sexualmente Transmissível, né? Levamos também [...] panfletos, informamos a eles. E a promoção de informações geral, a gente consegue tentar promover até o fim, né? (Mirzam).

[...] Ele não se sente responsável ainda por sua saúde. Sabe que ainda não tem responsabilidade de tomar determinadas atitudes, precisa de muito esclarecimento, ainda tem muita dúvida (Decrux).

Diferentemente, as discussões trazidas por autores no decorrer deste estudo já deixaram clara a idéia de que só a apreensão de conhecimentos para a adesão a práticas sexuais seguras é insuficiente (JEOLÁS; FERRARI, 2003).

Além disso, pelo contexto amplo em que se insere o adolescente, é restrito trabalhar numa perspectiva voltada para a prevenção das doenças. Mas, muitos profissionais ainda confundem promoção com prevenção e tentam trabalhar na primeira perspectiva, tentando passar a idéia de estilos de vida saudáveis. “Boa parte da confusão entre promoção e prevenção advém da grande ênfase em modificações de comportamento individual e do foco quase exclusivo na redução de fatores de riscos para determinadas doenças, vigentes em certos programas intitulados de promoção da saúde” (BUSS, 2003, p. 34). O indivíduo é visto como responsável último pelo seu estado de saúde.

Sendo que a promoção da saúde, propriamente dita, apresenta-se como uma “estratégia de mediação entre as pessoas e seu ambiente, combinando escolhas individuais com responsabilidade social pela saúde (as chamadas políticas públicas saudáveis)” (BUSS, 2003, p. 34).

Daí, com uma compreensão restrita de promoção da saúde, os profissionais encontrarão dificuldades de mediar a construção compartilhada entre adolescente e outros atores sociais de condições sócio-político-econômicas e subjetivas favoráveis ao conhecimento, à escolha e à adesão de práticas saudáveis.

Quanto à Adhara, este enfermeiro enuncia que promover saúde é desenvolver trabalhos educativos e escutar. Ele esboça, coerentemente, o requisito de que se deve ter tempo disponível para isso.

Fazer os trabalhos educativos, tá com tempo disponível, não é? Procurar escutar, né? [...] (Adhara).

A estruturação de um serviço com ações programáticas, como visto antes, pode ser alternativa para que haja organização do tempo e da demanda para as atividades previstas ao adolescente.

E a despeito do aspecto educativo ter uma função primordial no contexto promocional da saúde do adolescente e um espaço tão especial no trabalho do enfermeiro do PSF, não serão inclusas outras discussões sobre este aspecto, visto já haverem sido discutidas outras diretrizes que devem ser consideradas na execução do trabalho educativo/comunicativo pelo enfermeiro, por ocasião da discussão de categorias anteriores.

Resta, portanto, apenas concordar que o elemento educativo acompanha de forma direta o processo de cuidar, o que significa que ele está presente, de forma intrínseca, nos cuidados de enfermagem. Daí, enquanto cuidamos, está educando e vice-versa (ALONSO; VERDI, 2005b). Ao enfermeiro, cabe refletir sobre esta relação do cuidar com o educar e buscar promovê-los numa perspectiva de colaborar com a emancipação e a promoção da saúde do sujeito a quem se destina o cuidado/educação.

Por último, com o sentido de instigar ainda mais o enfermeiro a revelar sua percepção de promoção da saúde, fez-se um último questionamento: “Acredita ou não que é preciso fazer algo mais para implementar a promoção da saúde do adolescente nesta USF? Explique sua resposta”.

Encontrou-se como categoria: Trabalho em Equipe Multiprofissional, Parcerias e Apoio da Hierarquia. Esta categoria denota elementos que são constitucionais do trabalho no PSF com o sentido de ampliação do conceito sanitário e que ainda parecem estar só no nível de expectativas dos profissionais, apontando que ainda se dá passos lentos na conquista do ideário da reforma da saúde.

#### Trabalho em equipe multiprofissional e parcerias

Das falas dos três enfermeiros, depreende-se a importância de haver o trabalho em equipe multiprofissional na USF, com o objetivo de promover a saúde do adolescente, destacando-se ainda a responsabilização desta equipe pelo problema da família (criação de vínculo) e a compreensão deste problema como algo que pode refletir sobre a sociedade.

[...] Tanto enfermeiro, médico, agente de saúde, enfim, como também a questão da parte de odontologia vai desenvolver essas oficinas e acredito que a partir daí é que vai assim, chamar mais o adolescente pra unidade (Becrux).

Eu acredito que sim. [...] Mas, pra unidade de saúde ter nome e aparecer, ela tem que haver um trabalho multiprofissional. Todos profissionais junto, com o mesmo objetivo que é proporcionar a promoção da saúde do adolescente (Mirzam).

Eu acho que a gente precisa muito trabalhar em equipe, ter esse olhar bem sensível pra essa situação porque a gente tem que ver que esse problema não é um problema daquela família, é um problema da sociedade [...] (Wezen).

Concorda-se com a premência do trabalho em equipe multiprofissional, ressaltando-se que esta necessidade, assim como a importância da interdisciplinaridade, está atrelada à urgência de intervenção sobre a complexidade do ser adolescente, em que se integrem saberes

de várias áreas profissionais em um trabalho coletivo, a fim de viabilizar também a atenção integral a este sujeito. “O trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais” (PEDUZZI, 2001, p. 108).

A interdisciplinaridade, por sua vez, é diretriz do SUS que harmoniza com os aspectos do conceito de promoção da saúde, o qual resgata a concepção de saúde como produção social, amplificando os tipos de sinais que podem traduzir o ser saudável/doente.

E, quanto à atuação interdisciplinar das equipes de saúde e de enfermagem, a mesma deve estar relacionada à construção de conhecimento, como competência, ao exercício da interação e inter-relação entre as disciplinas e à integração de conhecimentos para a resolução de problemas e ampliação dos limites disciplinares (MEIRELLES; ERDMANN, 2005). Nesta perspectiva, não é um só profissional que dará conta da interpretação dos sinais do ser saudável/doente, havendo espaço para a construção de uma leitura complexa e integrada.

Ramos (2001) enuncia que nas ações com adolescentes, a enfermagem deve estar baseada em princípios como articulação interinstitucional, interdisciplinaridade, instrumentalidade das ações de capacitação e mobilização (para a estruturação de práticas que emancipem) e transversalidade da responsabilidade com a promoção da saúde do adolescente em espaços diversificados de atuação.

Por outro lado, a multiprofissionalidade isolada, sem integração de saberes, não concorre para a promoção da saúde, sendo que a interdisciplinaridade que está atrelada à definição da adolescência apreendida por esta pesquisa, não foi mencionada pelos enfermeiros em suas falas. E, se esta integração não se transforma em prática concreta no trabalho cotidiano, implica em limites no que se refere aos resultados esperados.

Em pesquisa realizada por Mattei; Tagliari e Moretto (2005) é relatado que o exercício profissional propalado pelo PSF demanda um trabalho voltado para uma verdadeira interdisciplinaridade, cujas ações estão concentradas no enfoque da integração dos profissionais de saúde. Porém, os resultados desse trabalho apontam que o enfermeiro se coloca no centro das decisões, reconhecendo-se como sujeito que organiza toda a equipe, contrariando o tipo de trabalho que é preconizado para o PSF, tornando a interdisciplinaridade um desafio para o enfermeiro.

Centa e Almeida (2003) também trazem a falta de entrosamento entre a equipe como um achado negativo que influencia na completa implementação do PSF, em estudo feito com profissionais que atuam no programa: enfermeiros, médicos, nutricionista, assistente social, entre outros.

Ao contrário disso, acredita-se que a operacionalização da interdisciplinaridade, em que não haja na USF somente a junção de profissionais, mas a fusão e reconstrução de conhecimentos que resultem em um só “instrumento” cognitivo destinado à mudança das práticas tradicionais no PSF, constitui-se também preliminar à substituição do modelo médico-assistencial, fragmentado e curativista de influência flexneriana pelo de produção social em saúde com perspectiva promocional.

Entrementes, abra-se um parêntese para inteirar-se que já se perspectiva dentro da promoção à saúde, algo além da interdisciplinaridade, que é a transdisciplinaridade.

A transdisciplinaridade proporciona a oportunidade de ação integrada, em que estão inclusos os diversos sentidos da vida humana, entre eles, o subjetivo, o social, o político, o econômico e o cultural, dispondo-se a serviço da saúde, os saberes construídos nos mais diferentes campos do conhecimento (SPAGNUOLO; GUERRINI, 2005). Interpreta-se a partir deste juízo das coisas, que a saúde não fica atrelada estritamente ao setor sanitário, e que, ao se operacionalizarem em conformidade e em equilíbrio com os seus objetivos abrangentes, sem antagonismos, os campos de conhecimento estarão contribuindo com a saúde de um modo global.

Segundo os autores (SPAGNUOLO; GUERRINI, 2005), somente assim ter-se-á possibilidade de promover a difusão das ações, colocando em prática um modelo de atenção integral às famílias mediante um verdadeiro “promover” de ações saudáveis, dando forças a novas práticas profissionais firmadas por esse arquétipo.

A teoria da produção social, aquela resgatada pelo conceito de promoção da saúde, também propicia uma concepção mais dinâmica acerca da realidade e do processo saúde-doença, onde o estado de saúde é passível de acumular-se e desacumular-se, a saúde é produto social, efeito de fatos econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos (MENDES, 1996).

Deste modo, convergindo-se com essa idéia, desmaterializa-se a concepção de setor sanitário, reconhecendo-se a saúde como campo de conhecimento, em termos da interdisciplinaridade, e como prática social, em termos da intersetorialidade, compreensão que faz relação com o conceito de saúde como expressão de qualidade de vida (MENDES, 1996).

Neste íterim, destacam-se outros depoimentos (Muliphem, Gacrux, Decruix e Procyon) que agora ressaltam as necessárias parcerias entre instituições, com um sentido de abordagem intersetorial, para que haja o alcance da promoção da saúde do adolescente.

Muliphem aborda assunto recente quando se refere ao Pró-Saúde e tem grande expectativa de que a cooperação de professores e alunos da academia com o serviço sirva para contribuir com o alcance de outras metas.

Eu acredito que com a implantação desse pró-saúde na unidade, a gente vai poder fazer muito mais. [...] Que disse que vem aluno ajudar, vem professor, aí, eu acredito, que engajado com a gente, a gente possa fazer mais alguma coisa (Muliphem).

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, lançado em 2005 por meio de Portaria Interministerial nº 2.101 dos Ministérios da Saúde e Educação, tem a intenção de colaborar com a integração entre academia e serviços, favorecendo a qualificação profissional, inicialmente, de enfermeiros, médicos e odontólogos, a construção de conhecimento e a prestação de uma assistência voltada para a consolidação do SUS (BRASIL, 2007).

Este programa tem, dentre seus objetivos, acrescentarem ao processo de formação da medicina, enfermagem e odontologia, a abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção de saúde e aumentar o tempo de duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde (BRASIL, 2007).

O curso de enfermagem de Mossoró da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN foi aprovado em dezembro de 2005 pela Portaria 2.530 para participar do Pró-Saúde (BRASIL, 2005a). As USF selecionadas a fim de se possibilitar o fortalecimento da integração docente assistencial foram Dr. Chico Costa, Dr. José Fernandes de Melo e a USF do Liberdade II.

Deste modo, os alunos do curso de enfermagem da UERN estarão, juntamente com os seus docentes e profissionais das USF selecionadas, contribuindo com a (re)construção de práticas criativas, responsáveis e contínuas à população, atinentes à constante reflexão integrada à teoria.

Moysés; Moysés e Krempel (2004, p. 630) mencionam que:

A concepção ampliada de saúde exige que profissionais e instituições, com campo de ação ou de interesses ligados à saúde, assumam a responsabilidade de atuar como mediadores entre estes diversos interesses que atravessam a produção da saúde. Assim, a intersetorialidade surge como proposta de uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

A intersetorialidade exige, pois, que se revejam e se superem nos processos operativos das políticas públicas, os mecanismos que dificultam a compreensão de que estas políticas sociais devem ser compartilhadas. Deve-se abolir a cultura da transferência ou da centralização de responsabilidades pelos setores.

Literaturas apontam óbices para a operacionalização da gestão da saúde a partir de práticas intersetoriais, como ausência de cultura de ação intersetorial e dificuldades de financiamento de ações intersetoriais (MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPEL, 2004).

Porém, investir-se sobre um exercício intersetorial da assistência, não é vantagem só para o setor sanitário, mas para os outros também. A intersetorialidade é princípio que além da saúde, é coerente com a viabilização de outras políticas que visam mudanças estruturais, alcance de melhor desenvolvimento humano e qualidade de vida. Mesmo porque, observe-se que nas próprias cartas das conferências de promoção da saúde, aponta-se para a importância de se ter saúde como um recurso para a vida e não como um fim ou objetivo de viver (BRASIL, 2002b).

Na fala de GacruX, destaca-se a importância da vinculação intersetorial da saúde com a ação social e com a educação.

Se a gente conseguisse parcerias, né, com a educação, também poderia ser com a ação social [...] (GacruX).

Corroborar-se a fala, citando-se além dessas áreas, o necessário envolvimento com outras igualmente comprometidas com as necessidades sociais e com os direitos de cidadania: previdência social, educação, segurança alimentar, habitação, urbanização, saneamento, meio ambiente, segurança pública, emprego e renda (ABRASCO; CEBES; ABRES; REDE UNIDA; AMPASA, 2006).

Trabalho de Ferrari; Thomson e Melchior (2006) também identifica na fala de enfermeiros de PSF, o requerimento de ações que envolvam parcerias com outros setores como a educação. Esse despertar para a necessidade de uma atenção inter-relacionada com outras instituições é elemento louvável entre aqueles que podem estar insinuando desencadear tais ações no nível local.

Naturalmente, não se foge com isso à idéia colocada anteriormente de que a gestão da saúde em todos os seus níveis de governo também deve se organizar estruturalmente na perspectiva de um trabalho planejado e executado em comunhão com os outros campos políticos.

DecruX traz também em seu depoimento, a parceria com as escolas e se atenta para um aspecto extremamente importante no trabalho com os adolescentes: a parceria com os pais.

Primeiro, faz as parcerias com os pais, parceria com as escolas, pra que o adolescente sentisse confiança, sentisse que a gente tá fazendo trabalho com ele, mas que os pais estão de pleno acordo [...] (DecruX).

Este relato levanta uma perspectiva importante para todo e qualquer trabalho voltado ao adolecer: o reconhecimento da importância dos pais para os adolescentes e como isto pode colaborar no sentido da promoção da saúde. Pois, embora nem sempre o jovem admita verbalmente a importância que tem de ser respaldado pelos pais no que fazem, é essencial à sua auto-estima, o apoio e a percepção dos familiares próximos, das atividades que desempenha.

Desta forma, é vital para o crescimento, desenvolvimento e socialização saudáveis do adolescente, ter a família como amiga, como base compreensiva, à qual pode recorrer em situação adversa, que colabora com a tomada de decisões junto ao jovem e que passa segurança.

A preocupação com a auto-estima na adolescência deve se colocar em posição de destaque no Brasil (ASSIS; AVANCI, 2004). A formação da boa auto-estima recebe influência profunda do olhar amoroso de apreciação, do ser percebido como pessoa de valor, com competência, no mínimo, por um indivíduo significativo dos âmbitos de convivência, cabendo à família, o papel de destaque nesse processo (MALDONADO, 2004).

Assim, não obstante as grandes mudanças, a co-responsabilidade legal do Estado e da comunidade no que se trata das crianças e adolescentes, o bem-estar destes últimos continua sujeito, sobretudo, à ligação que mantêm com suas famílias na sua condição para propiciar afeto, bens materiais, valores éticos e culturais essenciais à formação de cidadãos (ROCHA; TASSITANO; SANTANA, 2001).

Por fim, quanto ao depoimento de Procyon, este vem se referir à necessária articulação ou ao trabalho conjunto, integrado, da unidade de saúde com a escola, sendo idéia paralela aos requisitos que são essenciais para a promoção da saúde. Na verdade, este enfermeiro vai além e sugere uma disciplina pra trabalhar a promoção da saúde.

[...] Diria assim mensalmente, a cada 15 dias, a questão da parceria, do enfermeiro, atendendo, do médico nas escolas, eu tenho certeza que já melhoraria. Tem que haver assim uma parceria da unidade e das escolas, uma disciplina pra trabalhar esses adolescentes, a promoção da saúde (Procyon).

Concilia-se sim neste trabalho com a importância do trabalho intersetorial entre saúde e educação e da primeira com outros setores, como já foi afirmado antes. Inclusive, foi dito que o trabalho integrado é vantajoso não só a um setor que se alia ao outro, mas a ambos. A educação pode adotar em seu projeto escolar, enquanto prática transversal a todas as



disciplinas e não só a uma específica, discussão sobre práticas saudáveis sistemáticas e cotidianas que não requeiram, necessariamente, a presença física dos profissionais de saúde, diariamente, mas, que sejam pensadas antecipadamente por atores diversos os quais devem dar o aval e empenhar-se no esforço coletivo.

Vale ressaltar a existência da Lei de Diretrizes e Bases, número 9394/96, que formulou os novos Parâmetros Curriculares Nacionais - PCN para a Educação, que discutem sobre uma nova concepção de prática educacional, trazendo temas transversais que podem permear o ensino de diversas disciplinas. Os temas são: ética, saúde, meio ambiente, orientação sexual e pluralidade cultural (BRASIL, 1997), os quais a depender da forma como são apreendidos pela sociedade, podem estar associados a condições de saúde positivas ou negativas.

Deste modo, as escolas, segundo Moysés; Moysés e Krempel (2004), vêm sendo ponderadas enquanto espaços sociais apropriados para a promoção da saúde de crianças e adolescentes e, não só destes, como também de professores, familiares, funcionários, uma vez que podem promover sua saúde, auto-estima, assim como habilidades para a vida cotidiana: capacidade para tomar decisões, para comunicar-se, compreender emoções, ter pensamento crítico e lidar com estresse.

Porém, além do envolvimento de vários atores, com clareza conceitual, transparência de informações e compartilhamento de poder, como assinalam os autores Moysés; Moysés e Krempel (2004), continua sendo precípua para que ocorra a perpetuação e a validação de projetos como esse, o financiamento e o estímulo por parte de uma gestão também intersetorial, fundamentada em bases políticas e legislativas.

**PARTE V: PERCURSO FINAL**

*“O que nos caracteriza e diferencia da inteligência artificial é a capacidade de emocionar-nos, de reconstruir o mundo e o conhecimento a partir dos laços afetivos que nos impactam” (RESTREPO, 1998).*

---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deu-se início à abordagem do problema desta pesquisa, a contribuição da prática do enfermeiro para a promoção da saúde do adolescente, na introdução deste trabalho, desdobrando-se um pouco da prática vivenciada pela própria pesquisadora no labor dos quatro anos de trabalho no PSF. Foram anos quase dourados que oportunizaram práticas diversificadas e concretizadas, sobretudo, com boas intenções.

Por isso mesmo, depois de passados sete anos do primeiro dia em que foram postos os pés na areia praieira de Fortim-CE, primeira atuação em Programa Saúde da Família, foi possível dar agora a mão à palmatória, sendo feito na forma de argüição. Ou seja, perguntou-se à própria prática: quem é você?

Essa pergunta vinha sendo elaborada, quando ao sabor do vento do litoral ou do cariri (Coxixola-PB), desnudou-se uma fração muito pequena, porém, muito importante, da prática do enfermeiro voltada ao adolescente. Com toda boa intenção, recorreu-se às teorias para respondê-la. Porém, viu-se que nas teorias existiam poucas conclusões sobre o assunto. Nestas poucas conclusões, verificou-se que havia óbices a serem superados frente à atenção direta curativista e impositiva prestada à saúde do adolescente e que paradigmas orientadores obsoletos deveriam ser excedidos, sendo o enfermeiro no SF um dos destacados mediadores desta superação/transição para um novo paradigma, em que a promoção da saúde está associada a este novo pensar.

Daí, que mais uma vez resolveu-se fazer nova inquirição. Desta vez, com o anseio de responder ao objetivo geral da pesquisa, *analisar a prática do enfermeiro do Programa Saúde da Família voltada para a promoção da saúde do adolescente*. As questões que nortearam o estudo foram: Como ocorre a prática do enfermeiro da equipe de SF voltada ao adolescente? O enfermeiro da equipe de SF tem contribuído com o desencadeamento de ações que promovam a saúde do adolescente?

Partiu-se do pressuposto de que a abordagem do adolescente feita pelo enfermeiro no PSF, vem sendo repensada e, que suas ações não se restringem aos serviços de saúde e nem contemplam apenas o conceito biológico de adolescência e tentativas de controle de comportamento/estilos de vida/doenças. Pois, o referencial atual sobre promoção da saúde considera que os sujeitos a quem se destinam as ações, têm e devem exercer um papel social preponderante no empenho por melhores condições de vida.

Assim, diante das questões levantadas e a partir do trabalho realizado, faz-se agora uma síntese dos resultados obtidos com a pesquisa.

Na Seção I, encontrou-se que os problemas mais informados pelos 74 adolescentes entrevistados foram as *drogas*, com 33,8%, *gravidez* com 27,0% e *problemas político-sócio-econômico-culturais* (bebidas, não trabalham, não estudam, abuso sexual, prostituição, falta de respeito, falta de orientação, mau atendimento no posto de saúde, desemprego, etc.) com 24,3%.

Em relação aos motivos ou às causas desses problemas, destacam-se a *falta de prevenção* citado por 25,7% dos jovens, *óbices político-sócio-econômico-culturais* (não têm família, desemprego, falta de policiamento, de programas sociais, entre outros) citados por 22,9% e *falta de informação/orientação* mencionado por 21,6%.

Constatou-se que os problemas relacionados pelos adolescentes são motivados pelo meio sócio-político-cultural em que vivem, o qual se caracteriza por falta de policiamento, de emprego, de programas sociais e de apoio da família. Esta percepção sobre os motivos dos problemas constitui-se num achado importante, pois, viu-se que os jovens não têm um olhar superficial sobre o contexto em que vivem.

Já o enfermeiro, em sua maioria, não direcionou um olhar reflexivo sobre as circunstâncias sociais e subjetivas de vida do adolescente: apenas 2 enfermeiros citaram *conflitos* (psicológicos, emocionais e sociais) e 1 citou *famílias desestruturadas*, como problemas dos adolescentes, sendo estes problemas relativos ao âmbito social.

Percebeu-se também que os problemas mencionados por adolescentes apresentam diferenças marcantes entre os sexos. Acredita-se que esta diferença numérica esteja relacionada com as vivências prática e subjetiva, mais próximas, experimentadas com mais evidência por um dos sexos em cada um desses problemas. Trazem também características que os particularizam: ordem de percepção dos problemas e informações novas como os problemas odontológicos e a procura pelo dentista.

A busca da USF pelo adolescente é rara, irregular e este sujeito traz demandas que ele próprio não sabe traduzir (consulta inespecífica) e que são pouco ou mal interpretadas pelos serviços.

Assim, conclui-se nesta primeira seção, que é primordial ao enfermeiro compreender junto à equipe de SF, de modo a evidenciar estratégias específicas na sua prática, quais os problemas predominantes na sua área de abrangência e que o contexto vivenciado pelo adolescente é marcante sobre a saúde e qualidade de vida do grupo, devendo ser observadas diferenças entre os sexos e características peculiares não esperadas como o foram os

problemas odontológicos e a procura pelo dentista. Mais que isso, os adolescentes devem ter espaço na elaboração de ações voltadas a eles próprios, pois têm conhecimento concreto da realidade por eles vivida, e por consequência, têm também a experiência subjetiva.

A apreensão desses dados e a relação direta dos problemas de saúde dos adolescentes com condicionantes de ordem macro-estrutural revelam, sobretudo, a necessidade de reflexão sobre paradigmas assistenciais que priorizem a promoção de formas de vida saudáveis, problematizando as desigualdades sociais.

Na Seção II, constatou-se através de 7 enfermeiros entrevistados, ou seja, da maioria, que *não* há um serviço estruturado para o adolescente nas USF em que trabalham. *Não* há também demanda organizada, informado por 6 desses profissionais. Entre os enfermeiros, 7 desenvolvem trabalhos para os problemas/vulnerabilidades dos adolescentes, mencionados anteriormente, sendo, sobretudo, as *palestras* e os *grupos*. Cada um foi citado por 2 sujeitos.

Entre os 60 (81,1%) adolescentes que já buscaram a unidade de saúde, apenas 35 (58,3%) procuraram o atendimento do enfermeiro. Dentre os que procuraram, 27 (77,1%) conseguiram ser atendidos. O tipo de atendimento do enfermeiro mais citado por estes adolescentes foi a *conversa/informação/entrevista* por 5 (19,0%). No quesito dificuldades para ser atendido pelo enfermeiro, entre os 74 entrevistados, um número expressivo de 25 (34%) adolescentes afirmaram a existência de dificuldades.

Em resumo, verificou-se que nas USF investigadas não existem atividades pensadas e programadas com e para os adolescentes, os quais, por sua vez, têm frequência irregular e imprevista, não se fazendo presentes com tanta constância nos serviços e constituindo-se em demanda espontânea. Depreende-se, enfim, que as necessidades dos adolescentes ainda não foram captadas pelo serviço e revertidas em ações específicas, programadas para as características do grupo, numa perspectiva de promoção da saúde.

A inexistência de serviço estruturado para uma demanda organizada nas USF pesquisadas, também concorre para a descaracterização das unidades enquanto espaços de promoção da saúde do adolescente. Conhecer e organizar esta demanda se constitui exatamente num dos desafios do PSF, na tentativa de sobrepujar o paradigma flexneriano e responder às reais necessidades de saúde da população.

O enfermeiro, por sua vez, em quem foi creditado o papel primordial de colaborar com o desencadeamento de ações progressivas no caminho da promoção da saúde, na prática corrente do PSF, em vista, inclusive, da autonomia que vem sendo citada como uma conquista gradativa da categoria neste espaço, ainda não conseguiu atingir as expectativas postas para a promoção da saúde do adolescente. Pois, percebe-se que frente aos macro-problemas

apresentados pelos adolescentes, ainda são tímidas as iniciativas dos enfermeiros nos serviços de saúde: *palestras* e *grupos* citados por menos da metade desses profissionais.

Visualizou-se ainda que a possibilidade do enfermeiro contribuir para a promoção da saúde do adolescente mediante a formação de vínculo afetivo-cuidativo, acolhimento, escuta qualificada, respeito e consideração entre as partes envolvidas, entre outros, é abreviada pelos seguintes motivos: inexistência de serviço estruturado; irregularidade da frequência do jovem nos serviços de saúde; decréscimo no número de jovens que procuram o profissional citado; existência de adolescentes que não conseguem ser atendidos pelo enfermeiro e; dificuldades para o atendimento, de ordem material, humana e organizacional.

Nesta oportunidade, sugere-se que o enfermeiro então capacitado, reflita acerca de formas de trabalho atrativas, contínuas e organizadas, que estimulem o adolescente a procurar a USF e a participar ativamente deste processo, favorecendo o desencadeamento de ações promocionais resolutivas, superando-se não só os problemas de saúde, como também as próprias dificuldades dos adolescentes em acessarem os serviços.

Além disso, a *conversa/informação/entrevista* foi mencionada pelo adolescente como o tipo de atendimento mais realizado pelo enfermeiro, sendo também o trabalho desenvolvido para adolescentes, que foi mais citado, sinalizando que estas ações despertam a atenção do jovem. Demais, o próprio enfermeiro declarou que *conversando com o adolescente e contribuindo com o seu conhecimento* é a forma pela qual ele acredita estar contribuindo para melhoria da saúde do adolescente.

Percebeu-se também em algumas falas o valor que se tem a conversa e o encontro entre profissional e adolescente, a confiança desenvolvida, as perspectivas que emergem entre os envolvidos e uma evolução na condição de participante do jovem, colaborando positivamente com o resultado do trabalho.

No entanto, a atividade educativa na realidade pesquisada parece ainda evidenciar uma ação normativa, impositiva, verticalizada e não planejada, o que foge aos preceitos de participação e emancipação do adolescente, trazidos com a discussão da promoção da saúde. Sugere-se, ao contrário, que nos momentos em grupo e/ou individuais, a conversa deva ser utilizada com o sentido de familiarização, acolhimento, de mobilização e transformação de indivíduos e situações, ou seja, com objetivo de superar práticas educativas regulatórias e cooperar com o processo emancipatório do adolescente.

O profissional deve valorizar a técnica da comunicação e as ações de educação em saúde, estruturando-as e aprimorando-as, podendo ainda sistematizar e planejar junto ao próprio jovem, atividades educativas com metodologias diferenciadas.

Depois, entre os sete enfermeiros que confirmaram anteriormente existir trabalhos para as vulnerabilidades do adolescente, 3 citaram o *despreparo dos pais* como dificuldades para o desenvolvimento desses trabalhos. E embora citados cada um por 1 enfermeiro, é preciso salientar a *fraca participação dos adolescentes, falta de compromisso do colégio* e o *despreparo do enfermeiro*. Todas são dificuldades que vão de encontro ao desenvolvimento das estratégias consideradas necessárias pelo PROSAD, como, a capacitação de recursos humanos, participação dos adolescentes, bem como envolvimento dos pais, entre outros, tornando-se custoso, conseqüentemente, o alcance de um dos objetivos do programa que é a promoção da saúde do adolescente.

Destarte, apreende-se que a prática do enfermeiro ainda não conseguiu dar prioridade a ações promocionais direcionadas ao adolescente. Viu-se que ainda são tímidas, verticalizadas, normativas, irregulares e não planejadas as ações do enfermeiro para o adolescente, as quais também não conseguiram proporcionar vínculo afetivo-cuidativo. Dificuldades de ordem organizacional, material e humana têm imposto limites para a superação do modelo assistencial com características flexnerianas.

No entanto, cabe ressaltar que alguns dentre os sete enfermeiros também creditam resultados pela execução dos trabalhos voltados aos adolescentes, sendo os mais citados: o *aumento da procura pela USF e mais interesse pelo planejamento familiar e pela prevenção das DST*. É necessário indicar estes resultados, mesmo que pontuais, uma vez que sinalizam algumas iniciativas profissionais voltadas ao adolescente, como também surgidas deste último, embora discretas e/ou isoladas. Ademais, as idas do adolescente à USF, por exemplo, podem ser (re)pensadas por uma equipe capacitada e intencionada, enquanto oportunidade para o redirecionamento do adolescente a atividades promocionais.

Na Seção III, encontrou-se que o enfermeiro julga um serviço estruturado para o adolescente como devendo ter *dia específico de atendimento do adolescente na USF, planejamento e profissional capacitado para atender o adolescente na USF*; percebe promoção da saúde como sendo *ver o adolescente como um todo e fazer trabalho educativo e levar informação* e; acredita que para implementar a promoção da saúde do adolescente na USF, seja necessário um *trabalho em equipe multiprofissional e parcerias*.

Comprovou-se que a *existência de um dia específico* por si só não quer dizer que o serviço esteja estruturado para o atendimento ao adolescente. A clientela jovem é muito dinâmica e para responder de forma promocional à saúde da mesma, deve haver um serviço organizado, de modelo flexível, com vistas a estar sempre preparado para receber a clientela

adolescente e suas necessidades de saúde prevalentes, ou mesmo aquelas não prevalentes, mas, importantes do ponto de vista social e subjetivo.

A demanda precisa ser organizada, podendo haver dias e horários previstos, com atividades específicas ao público alvo, mas, também deverá haver espaço de acolhimento e potencial de resolutividade para aqueles que não estão sendo aguardados e que constituem a procura não organizada.

Neste sentido, louva-se, então, a necessidade do planejar levantada pelos enfermeiros entrevistados. Porém, ele não pode ser tão minucioso na elaboração de um conjunto de ações, em que elas estejam planejadas de acordo com o problema de cada adolescente individualmente, como foi trazido em uma fala.

Assim, atuando em equipe e junto à comunidade, o enfermeiro poderá programar ações, através de metodologias de planejamento que possam ser contínuas, inclusive, para superação das dificuldades de ordem material, organizacional e humana, originadas pelos serviços quanto ao acesso do adolescente à assistência. Poderá utilizar o conhecimento da epidemiologia para traçar o perfil saúde-doença do grupo juvenil e a rede de conversações para traspasar o plano concreto e perceptível do fenômeno saúde-doença, resgatando alguns elementos subjetivos importantes.

Além disso, o presente estudo corrobora a posição dos enfermeiros quando afirmam em sua concepção de promoção da saúde, que se deve abordar o indivíduo desde a etapa anterior à adolescência e trabalhar aspectos sócio-estruturais do contexto vivencial do jovem, como convívio familiar, escola, comunidade e trabalho. Porém, não basta conhecer o que significa promoção da saúde.

Viu-se que nas falas sobre promoção da saúde, os enfermeiros deram muita ênfase a elementos de caráter estrutural/conjuntural e pouco citaram aqueles que podem ser contemplados em seu cotidiano laboral. Ainda enfatizaram a promoção como sendo “levar informação, conhecimento” sobre doenças.

Não ficou claro em nenhuma das falas dos enfermeiros, a premissa do direito do adolescente ser ouvido e ter espaço para expressar seus conhecimentos, sua experiência, sua força frente a um processo de transformação social. Na verdade, o enfermeiro se manifestou de tal forma em seus depoimentos, que não relacionou quem são os atores sociais e como estes poderiam dar conta das dimensões estruturais de mudança para a superação das desigualdades sociais numa perspectiva da promoção da saúde do adolescente.

Uma visão que não admite o protagonismo juvenil, onde o jovem possa ser responsável, com a ajuda dos setores da sociedade de (re)construir a si e as condições que não



lhes são favoráveis, contradiz o discurso formado sobre promoção da saúde, denotando a dificuldade que o enfermeiro tem de explicar e talvez de operacionalizar o que significa, por exemplo, “ver o adolescente como um todo”.

Enfim, é necessário saber se é possível dar efeito aos conceitos teóricos produzidos. Não basta apenas tomar como do governo o papel de assumir os critérios de mudança. As mudanças podem começar *in loco*, entre os que fazem parte da unidade de saúde, da equipe do PSF e da comunidade, que poderão estar testando a viabilidade da promoção da saúde e do paradigma de produção social.

O enfermeiro pode ser um dos incitantes dessas mudanças, seja por meio de ações que exercitem a escuta, a atenção, o interesse pela demanda do outro, o trabalho coletivo, a capacitação dos trabalhadores em serviço, a participação em movimentos sociais, em reuniões dos conselhos de saúde, de escola, de associações de moradores e de trabalhadores, em conferências de saúde, ocupando ainda, espaços como os acadêmicos e os de gestão.

Nos depoimentos foi colocada também a necessidade de formação de parcerias e de um trabalho multiprofissional para a promoção da saúde do adolescente, idéia que a presente pesquisa também compartilha. Porém, não foi mencionada a importância da interdisciplinaridade para a integração dos saberes. E, a multiprofissionalidade isolada, sem a construção de um conhecimento complexo e integrado, não concorre para a promoção da saúde. A interdisciplinaridade se constitui também aspecto preliminar à substituição do modelo médico-assistencial, fragmentado e curativista de influência flexneriana, pelo de produção social em saúde com perspectiva promocional.

Com o intuito de se colaborar com a construção de um conhecimento integrado, propõe-se a programação de módulos de capacitação contínua para as equipes de SF, profissionais das unidades de saúde, assim como os professores e demais funcionários das escolas, dando espaço também para participação de acadêmicos, em que esse aperfeiçoamento se dê em momentos coletivos, onde todos possam discutir projetos integrados de intervenção, e em momentos específicos, onde os profissionais (re)pensem suas práticas em particular.

A academia poderá colaborar com a construção desses módulos, devendo estar revendo também o ensino/prática na área da saúde do adolescente e de promoção da saúde, sendo o “momento Pró-Saúde”, um estímulo adequado para tal.

Sugere-se discutir sobre metodologias de planejamento, de trabalho com adolescentes e de educação em saúde, técnicas de comunicação, trabalho interdisciplinar, intersetorial e integral, vigilância à saúde, redes de conversação, participação comunitária, sexualidade, arte e cultura, dentre outras.

No nível local, as discussões acima necessitam ser trazidas para socialização junto à comunidade, no sentido de discutir as possibilidades de enfrentamento dos problemas, de se construir estratégias e conhecimentos e de se intervir sobre a realidade. Isto pode favorecer a construção de um protocolo flexível de ação intersetorial e interdisciplinar junto à demanda organizada dos adolescentes. Lembrar que um modelo assistencial voltado ao adolescente precisa levar em conta os problemas locais e ter métodos e denominações que chamem a atenção da clientela específica.

Deste modo, constatou-se a partir da pesquisa realizada que, apesar da existência de um referencial atual sobre promoção da saúde em que se considera que a prática sanitária do PSF deve ser realizada no contexto vivencial dos sujeitos, a quem e com quem são executadas as estratégias, tendo o enfermeiro um papel essencial no desencadeamento desta prática, a reversão do modelo assistencial sustentado no paradigma flexneriano ainda é um desafio.

Os enfermeiros demonstraram conhecerem alguns preceitos importantes da promoção de saúde (interdisciplinaridade, trabalho em equipe, visão do contexto social, capacitação profissional, entre outros), mas não explicitaram como operacionalizá-la a partir de sua prática cotidiana e a importância desta última para reversão das desigualdades sociais. Não tocaram em critérios importantes como o protagonismo juvenil, por exemplo, e alguns conceituaram promover saúde como sendo levar informação.

Portanto, acredita-se que atingido o objetivo geral, esta pesquisa possa agora contribuir enquanto trabalho-diagnóstico, pois se conheceu a realidade assistencial do enfermeiro do PSF a um grupo específico. Realidade esta, manifesta através da fala de sujeitos que estão de ambos os lados das práticas em saúde no PSF. Por outro lado, as discussões trazidas no decorrer do percurso investigativo poderão nortear também novos estudos sobre o fenômeno estudado, ainda tão escasso de pesquisas em relação à promoção da saúde do adolescente no PSF e à contribuição do enfermeiro para a reversão do paradigma flexneriano.

## REFERÊNCIAS

ABDUCH, C. Grupos operativos com adolescentes. SCHOR, N.; MOTA, M. do S. F. T.; BRANCO, V. C. **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, v. 1, p. 289-300, ago., 1999.

ABRAMOVAY, M. et al. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina**: desafios para políticas públicas. Brasília: UNESCO, BID, 2002. 192 p.

AERTS, D. et al. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1020-1028. jul./ago., 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA; CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE; REDE UNIDA; ASSOCIAÇÃO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DE DEFESA DA SAÚDE. O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. **Radis – comunicação em saúde**. n. 49, p. 20-27, set. 2006.

ALEIXO, J. L. M. A atenção primária à saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, n. 1, p. 1 – 16, jan./jun. 2002.

ALONSO, I. L. K. O processo educativo em saúde: na dimensão grupal. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 122-132, jan./abr. 1999

ALONSO, I. L. K.; VERDI, M. Atenção primária de saúde e a enfermagem. In: VERDI, M.; BOEHS, A. E.; ZAMPIERI, M. de F. M. (Org.). **Enfermagem na atenção primária de saúde**: textos fundamentais. Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2005a, v. 1, p. 17-31.

\_\_\_\_\_. Processo educativo em saúde e a assistência de enfermagem. In: VERDI, M.; BOEHS, A. E.; ZAMPIERI, M. de F. M. (Org.). **Enfermagem na atenção primária de saúde**: textos fundamentais. Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2005b, v. 1, p. 182-189.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - comunicação, saúde, educação**. v. 9, n. 16, p. 39-52, set./fev. 2004/2005.

AMARAL, A. C. G. **A Vulnerabilidade à AIDS associada ao uso de álcool por**

**adolescentes.** 7 HIV-AIDS Virtual Congress. 2006. Disponível: <http://www.aidscongress.net/7congresso.php> Acesso em: 31/10/2007.

ARAÚJO, M. de F. S. de. Prática profissional e construção da identidade do enfermeiro no Programa de saúde da Família. **Política e Trabalho**. Programa de Pós-graduação em Sociologia-UFPB, p. 115-127, out. 2003.

ARAÚJO, Y. P. de; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 219-227, 2006.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. **Labirinto de espelhos**: formação da auto-estima na infância e na adolescência. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

AYRES, J. R. de C. M. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCHRAIBER, L. B. **Programação em saúde hoje** (Org.). 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 139-182.

AYRES, J. R. de C. M. ; FRANÇA JÚNIOR, I. Saúde do adolescente. In: Schraiber, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. M. (Org.). **Saúde do adulto**: programas e ações na Unidade Básica. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 66-85.

BALDANI, M. H. et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, jul./ago. 2005.

BARBOSA, M. A. et al. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. In: **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 6, n. 1, p. 09-15, 2004. Disponível em: [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br). Acesso em: 25. 04. 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BECKER, D. **No seio da família**: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, [2001].

\_\_\_\_\_. **O que é adolescência**. 10. ed. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1993.

BRASIL. Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF. **Relatório da situação da adolescência brasileira**. 2002a. Disponível em: [www.unicef.org/brazil/sab.htm](http://www.unicef.org/brazil/sab.htm). Acesso em: 16/05/2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**. Meio ambiente e saúde: temas transversais. Brasília. 2001. 128 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 86 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.444, de 28 de Dezembro de 2000**. 2000. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/popup/leg/portarias\\_psf/portaria\\_n1444\\_2000.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/popup/leg/portarias_psf/portaria_n1444_2000.pdf) Acesso em: 28.10.2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.530, de 22 de Dezembro de 2005**. 2005a. Disponível em: [http://www.abem-educmed.org.br/pro\\_saude/portaria\\_resultado.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/pro_saude/portaria_resultado.pdf) Acesso em: 10/12/2007.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial**: saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente**: bases programáticas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. 1998. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm> Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Acesso em: 05/11/2007.

BURT, M. R. **Por qué debemos invertir en el adolescente?** Documento preparado para la Conferencia Salud Integral de los Adolescentes y Jóvenes de América Latina y el Caribe, 9 al 12 de julio de 1996. Organización Panamericana de la Salud/Fundación W. K. Kellogg. Washington, D. C., 1998.

BURSZTYN, I.; RIBEIRO, J. M. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 404-416, mar./abr. 2005.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

\_\_\_\_\_. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 15-38.

CANO, M. A. T. et al. A produção do conhecimento sobre adolescência na enfermagem: período 1983 a 1996. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 6, n. 1, p. 91-97, jan. 1998.

CANO, M. A. T.; FERRIANI, M. das G. C.; MUNARI, D. B. O trabalho de enfermeiras junto a pais de adolescentes através da atividade grupal. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**. v. 6, n. 1, p. 36-44, jan./jun. 1995.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Ed.: Cultrix, 1987. 445 p.

CARTA DE BANGKOK. **Sexta Conferência Global de Promoção da Saúde**. 2005. Disponível em: <http://www.nusp.ufpe.br/projetos/projeto4/Carta%20de%20Bangkok.pdf>. Acesso em: 30.11.2006.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. 1986. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em: 30.11.2006.

CARTANA, M. do H. F.; RAMOS, F. R. S. O adolescente e o jovem brasileiros – elementos para uma atenção integral. In: VERDI, M.; BOEHS, A. E.; ZAMPIERI, M. de F. M. (Org.). **Enfermagem na atenção primária de saúde: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2005, v. 1, p. 330-351.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e à mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.

\_\_\_\_\_. **Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança**. 2002. 184 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, [2002].

CASTILHOS, C. O Sistema Único de Saúde: filosofia, história e visão panorâmica da atualidade. **Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**. A presença da mulher no controle social das políticas de saúde. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2003.

CAVALCANTI, A. P. L. S. et al. Aspectos psicossociais de adolescentes gestantes atendidas em um serviço público da cidade do Recife. In: RAMOS, F. R. S. et al. **Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000. p. 112-118.

CENTA, M. de L.; ALMEIDA, B. M. M. de. O Programa de Saúde da Família sob olhar da equipe multidisciplinar. **Família, Saúde e Desenvolvimento**. Curitiba. v. 5, n. 2, p. 103-113. mai./ago., 2003.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Planejamento estratégico como instrumento de gestão e assistência. In: **Manual de enfermagem**. Programa Saúde da Família. Ministério da Saúde/IDS/USP/Fundação Telefônica. 2001. Disponível em: [www.ids-saude.org.br/enfermagem](http://www.ids-saude.org.br/enfermagem)

CODATO, L. A. B.; NAKAMA, Luiza. Pesquisa em saúde: metodologia quantitativa ou qualitativa? **Revista Espaço para a Saúde**. v.8, n.1, Londrina, p. 34-35, dez. 2006.

COHN, A. A saúde na Previdência Social e na Seguridade Social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A.; ELIAS, P. R. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998. p. 11-55.

CORRÊA, Á. C. de P. A enfermagem brasileira e a saúde do adolescente. In: RAMOS, F. R. S., MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (Org.). **Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000. p. 63-67.

COSTA, A. C. G. da. O adolescente como protagonista. SCHOR, N.; MOTA, M. do S. F. T.; BRANCO, V. C. **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, v. 1, p. 75-79, ago., 1999.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 39-53.

DAMASCENO, E. Gravidez e AIDS crescem na periferia de Mossoró. **Tribuna do Norte on line**. Rio Grande do Norte. 10.12.2006. Disponível em <http://tribunadonorte.com.br/noticia.php?id=29116>. Acesso em: 05/11/2007.

DAVIM, R. M. B.; GERMANO, R. M. Métodos contraceptivos e adolescência: conhecimento, utilização e perfil sóciodemográfico das usuárias. **RECENF- Revista Técnico Científica de Enfermagem**. Curitiba: Editora Maio, v. 1, n. 4, p. 250-257, 2003.

DECLARAÇÃO DE ADELAIDE. **Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. 1988. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf>. Acesso em: 30.11.2006.

DECLARAÇÃO DE JACARTA. **Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde**. 1997. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Jakarta.pdf>. Acesso em: 30.11.2006.

DECLARAÇÃO DO MÉXICO. **Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. 2000. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Mexico.pdf>. Acesso em: 30.11.2006.

DECLARAÇÃO DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ. **Conferência Internacional de Promoção da Saúde**. 1992. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Santafe.pdf>. Acesso em: 30.11.2006.

DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL. **Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde**. 1991. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Sundsvall.pdf>. Acesso em: 30.11.2006.

ESPERANÇA, A. C.; CAVALCANTE, R. B.; MARCOLINO, C. Estudo da demanda espontânea em uma Unidade de Saúde da Família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 10, n. 1, p. 30-36, jan./mar., 2006.



FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2491-2495, nov. 2006.

FERREIRA, M. de A. et al. Inserção da saúde do adolescente na formação do enfermeiro: uma questão de cidadania. In: RAMOS, F. R. S., MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (Org.). **Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. 2000. p. 68-72.

FORMIGLI, V. L. A.; COSTA, M. C. O.; PORTO, L. A. Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 831-841, jul./set. 2000

FRANCO, M. C. et al. Construção epistemológica e cultural do cuidar em enfermagem. In: SILVA, Y. F. e; FRANCO, M. C. (Org.) **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis: Papa-Livro, 1996, p. 26-55.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

FURLANI, J. Educação sexual: possibilidades didáticas. In: LOURO, G. L.; FELIPE, J.; GOELLNER, S. V. (Org.) **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003, p. 66- 81.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994, p. 67-80.

GRIEP, R.; CAMPIOL, R. A. W. Atuação do profissional enfermeiro nos serviços de saúde coletiva e sua contribuição na construção do modelo assistencial brasileiro. In: **RECENF-**Revista Técnico Científica de Enfermagem. Curitiba: Editora Maio, v. 2, n. 8, p. 102-109, mar/abr. 2004.

GUTIERREZ, P. R.; OBERDIEK, H. I. Concepções sobre a saúde e a doença. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; CORDONI JÚNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina (PR): UEL, 2001. p. 1-25.

JEOLÁS, L. S.; FERRARI, R. A. P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 8, n. 2, p. 611-620, 2003.

JESUS, M. C. P. de. Educação sexual e compreensão da sexualidade na perspectiva da enfermagem. In: RAMOS, F. R. S. et al. **Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000. p. 46-55.

KOLLER, E. M. P.; MACHADO, H. B. Reflexões sobre a prática atual da enfermagem e prenúncios de mudanças para o século XXI. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 45, n. 1, p. 74-79, jan./mar. 1992.

KUHN, T. S. Posfácio-1969. In: \_\_\_\_\_. **A estrutura das revoluções científicas**. 6. ed. Ed. São Paulo: Perspectiva, 2001. p. 217-225.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Técnicas de pesquisa. In: \_\_\_\_\_. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas S.A., 1991. p. 174-214.

LALONDE, M. **New perspective health Canadians**. Ministério da Saúde Nacional e de Bem-Estar. Ottawa. 1974. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pdf/perspective.pdf>. Acesso em: 20/10/2006.

LEÃO, L. M. de S. **Saúde do adolescente: atenção integral no plano da utopia**. 2005. 149 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz, [2005].

LIMA, V. L. G. P. et al. Análise da eficácia de programas sociais de promoção da saúde realizados em condições macroestruturais adversas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 9, n. 3, p. 679-696, 2004.

MALDONADO, M. T. Prefácio. In: ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. **Labirinto de espelhos: formação da auto-estima na infância e na adolescência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, p. 9-11.

MANDÚ, E. N. T. Gravidez na adolescência: um problema? In: RAMOS, F. R. S., MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (Org.). **Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. 2000. p. 94-97.

MANDÚ, E. N. T.; PAIVA, M. S. A consulta de enfermagem a adolescentes. In: RAMOS, F. R. S. (Coord.) **Adolescercer: compreender, atuar, acolher**. Projeto acolher/Associação Brasileira de Enfermagem. – Brasília: ABEn, 2001. p. 131-139.

MATTEI, D. A.; TAGLIARI, M. H.; MORETTO, E. F. S. O enfermeiro na equipe Saúde da Família. **RECENF-** Revista Técnico Científica de Enfermagem. Curitiba: Editora Maio, v. 3, n. 11, p. 308-317, jan/abr. 2005.

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. **Texto Contexto em Enfermagem**. 2005. Disponível em: [www.textoecontexto.ufsc.br/include/getdoc.php?id=160&article=66&mode=pdf](http://www.textoecontexto.ufsc.br/include/getdoc.php?id=160&article=66&mode=pdf). Acesso em: 15/10/2007.

MELLO, D. A. Reflexões sobre promoção à saúde no contexto do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1149, out./dez. 2000.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: \_\_\_\_\_. **Uma agenda para saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 233-299.

MERCADANTE, O. A. et al. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: JACOBO, F. (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 235-315.

MINAYO, M. C. de S. Fase de análise ou tratamento do material. In: \_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 197-247.

MOREIRA, T. M. M.; JORGE, M. S. B.; LIMA, F. E. T. Análise das dissertações e teses de enfermagem sobre adolescência, Brasil, 1979-2000. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília (DF). v. 57, n. 2, p. 217-222, mar./abr., 2004.

MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 9, n. 3, p. 627-641, 2004.

MUZA, G. M.; COSTA, M. P. Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes – o olhar dos adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 18, n. 1, p. 321-328, jan./fev. 2002.

NASCIMENTO, E. M. F. do et al. O corpo de conhecimento da enfermagem e o paradigma holístico: uma aproximação possível. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 10, n. 1, p. 7-18, jan./abr. 1997.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. do. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 333-345, 2005.

NEMES, M. I. B. Prática programática em saúde. In: Schraiber, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. M. (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 48-65.

NERI, M. C. **O estado da juventude: drogas, prisões e acidentes**. Rio de Janeiro: FGV/IBRE, CPS, 2007. 89 p.

OLIVEIRA, D. L. de. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 423-431, mai./jun. 2005.

OSÓRIO, L. C. **Adolescente hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. 103 p.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z., ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e saúde**. 6 ed. Ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 587-603.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PATRÍCIO, Z. M. O cuidado com a qualidade de vida dos adolescentes: um movimento ético e estético de “Koans e Triksters”. In: RAMOS, F. R. S., MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (Org.). **Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000. p. 121-143.

PEDROSA, J. I. dos S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 617-626, 2004.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEREIRA, C. M. de O.; ALVES, M. A participação do enfermeiro na implantação do Programa de Saúde da Família em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília (DF), v. 57, n. 3, p. 311-315, mai./jun., 2004.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.7, n. 4, p. 687-707. 2002.

PITTA, A. M. da R.; RIVERA, F. J. U. **Sobre pontos de partida:** planejamento em comunicação e integralidade da atenção em saúde. **Interface** - comunicação, saúde, educação, v. 10, n. 20, p. 395-410, jul./dez. 2006.

PRATA, P. R. Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 10, n. 3, p. 387-391, jul/set. 1994.

PULGA, J. et al. Consulta de enfermagem no Programa Saúde da Família na visão do usuário. In: **RECENF-** Revista Técnico Científica de Enfermagem. Curitiba: Editora Maio, v. 3, n. 11, p. 281-289, jan/abr. 2005.

QUEIROZ, A. B. A. Práticas educativas no pré-natal: uma análise sobre as expectativas das participantes. In: **RECENF-** Revista Técnico Científica de Enfermagem. Curitiba: Editora Maio, v. 3, n. 11, p. 262-269, jan/abr. 2005.

RAMOS, F. R. S. Bases para uma re-significação do trabalho de enfermagem junto ao adolescente. In: RAMOS, F. R. S. (Coord.) **Adolescer:** compreender, atuar, acolher. Projeto acolher/Associação Brasileira de Enfermagem. – Brasília: ABEn, 2001. p. 11-18.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Adolescentes, saúde sexual, saúde reprodutiva:** dossiê. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2004.

RESSEL, L.B.; GUALDA, D.M.R. A sexualidade na assistência de enfermagem: reflexões numa perspectiva cultural. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 25, n. 3, p. 323-333, dez. 2004.

REZENDE, A. L. M. de. O processo saúde-doença. In: REZENDE, A. L. M. de. **Saúde:** dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez, 1989. p. 85-99.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. 3ed. São Paulo: Atlas, 1999. 334p.

RIOS, E. R. G. Senso comum, ciência e filosofia - elo dos saberes necessários à promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12, n. 2, p. 501-509, 2007.

ROCHA, C. R. M. da; TASSITANO, C. M. L. M.; SANTANA, J. S. da S. Acompanhamento do adolescente na família. In: RAMOS, F. R. S. (Org.). **Adolescer: compreender, atuar, acolher**. Projeto acolher/Associação Brasileira de Enfermagem. – Brasília: ABEn, 2001. p. 38-44.

ROCHA, C. R. M. da. Uma experiência de trabalho com adolescentes em atenção primária à saúde. In: RAMOS, F. R. S., MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (Org.). **Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000. p. 160-167.

ROCHA, E. M. F. de M. **O mundo de ponta cabeça: sexualidade e orientação sexual na visão de adolescentes**. 73 f. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, [2001].

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 8, n. 6, p. 96-101, dez. 2000.

RUZANY, M. H. **Mapa da situação de saúde do adolescente no município do Rio de Janeiro**. 145 f. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, [2000].

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, v. 13, n. 35, p. 71-88, 1999.

SANTOS, M. R. dos. Atribuições legais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: dificuldades e facilidades. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre. v. 17, n. 2, p. 37-40, jul./dez., 2003.

SANTOS, S. R. dos; NÓBREGA, M. M. L. da; RODRIGUES FILHO, J. **Mudança paradigmática no desenvolvimento dos sistemas de informação em enfermagem**. v. 1, n. 3, out. 2002. Disponível em: <http://www.uff.br/nepae/objn103santosetal.htm>.

SCHERER, M. D. dos A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface - comunicação, saúde, educação**, v. 9, n. 16, p. 53-66, set./fev. 2004-2005.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004.

SERRA, A. S. de L.; MOTA, M. do S. F. T. Adolescentes promotores de saúde. In: RAMOS, F. R. S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (Org.). **Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000. p. 56-60.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface** – comunicação, saúde, educação, v. 7, n. 12, p. 101-122, fev. 2003.

SILVA, C. V. da; ZEITOUNE, R. C. G. A prática de cuidar/cuidado à saúde dos adolescentes em Unidade Básica de Saúde. In: RAMOS, F. R. S., MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (Org.). **Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000. p. 168-175.

SOUZA, E. M. de; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1354-1360, set./out. 2004.

SOUZA, J. de; SCHUMACHER, B. Educação em saúde com adolescentes: uma proposta de instrumentalização para jovens multiplicadores de saúde. **RECENF** – Revista Técnico Científica de Enfermagem. Curitiba: Editora Maio, v. 4, n. 14, p. 43-52, 2006.

SPAGNUOLO, R. S.; GUERRINI, I. A. A construção de um modelo de saúde complexo e transdisciplinar. **Interface** – comunicação, saúde, educação, v. 9, n. 16, p. 191-194, set./fev. 2004-2005.

TEIXEIRA, D. de A.; VARGENS, O. M. da C. Programa de Saúde do Adolescente: dificuldades e facilidades de sua implantação na rede básica de saúde. **Revista Técnico-Científica de Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 43-48, jan./fev. 2003.

TEIXEIRA, E. R.; TAVARES, C. M. de M. Reflexões sobre a crise do paradigma científico na enfermagem. **Texto Contexto em Enfermagem**, v. 6, n. 3, p. 271-290, set./dez. 1997.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2007, p. 91-113.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A.; PINHEIRO, V. de S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. In: **Psicologia & sociedade**. v. 14, n. 2, p. 133-147, jul./dez. 2002.

UBEDA, E. M. L.; FERRIANI, M. das G. C. A trajetória da atenção à saúde do adolescente. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**. v. 8, n. 2, p. 195-204, jul./dez. 1997.

VALADÃO, M. M. A saúde nas políticas públicas: juventude em pauta! In: FREITAS, M. V. de; PAPA, F. de C. (org.). **Políticas públicas: juventude em pauta**. São Paulo: Cortez: Ação Educativa Assessoria, Pesquisa e Informação: Fundação Friedrich Ebert, 2003, p. 203-218.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2 ed. Ed. São Paulo: Hucitec, Sobral: UVA, 2001.

VERDI, M.; ALONSO, I. L. K. Atenção primária de saúde e a enfermagem. In: VERDI, M.; BOEHS, A. E.; ZAMPIERI, M. de F. M. (Org.). **Enfermagem na atenção primária de saúde: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2005, v. 1, p. 17-31.

VERDI, M.; AMADIGI, F. R. Vigilância da saúde: estratégia para a mudança das práticas de saúde no SUS. In: VERDI, M.; BOEHS, A. E.; ZAMPIERI, M. de F. M. (Org.). **Enfermagem na atenção primária de saúde: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2005, v. 1, p. 75-98.

VICTOR, J. F.; VIEIRA, N. F. C. A educação em saúde no contexto da prática de enfermagem no Programa Saúde da Família (PSF). In: BARROSO, M. G. T. et al. **Saúde da Família: abordagem multirreferencial em pesquisa**. Ed. Sobral: UVA; 2002. p. 75-87.

VITIELLO, Nélon. **Sexualidade: quem educa o educador - um manual para jovens, pais e educadores**. São Paulo: Iglu, 1997.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WIESE, M. L. **A categoria social no âmbito das práticas no Programa Saúde da Família do município de Blumenau**. 2003. 289 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pós-graduação em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, [2003].



**APÊNDICES**

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA O ADOLESCENTE

Prezado Adolescente,

O preenchimento deste questionário não é obrigatório. Mas, suas respostas pessoais são muito importantes para este trabalho e para contribuir com a melhoria dos serviços de saúde oferecidos ao adolescente nesta comunidade. Pedimos que você responda com franqueza e objetividade a todas as perguntas. Elas estão relacionadas com o trabalho do enfermeiro do Posto de Saúde mais próximo de sua casa, voltado aos adolescentes.

Agradecemos de coração o tempo que você dedicará a esta colaboração. Estaremos em alguns meses apresentando-lhe os resultados desta pesquisa, que esperamos, será útil para sua comunidade.

Comece a preencher no número 1. Leia com calma. Ao terminar, entregue o questionário à pessoa responsável. Mais uma vez obrigada e bom trabalho.

Líbne Nóbrega

### Questionário para o Adolescente

**Título da pesquisa:** Prática do enfermeiro do Programa Saúde da Família-PSF na promoção da saúde do adolescente

**Orientadora:** Akemi Iwata Monteiro

**Mestranda:** Líbne Lidianne da Rocha e Nóbrega

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Local:** \_\_\_\_\_

**Hora de início:** \_\_\_\_\_ **Hora de término:** \_\_\_\_\_

#### 1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1.1 Idade: \_\_\_\_\_

1.2 Sexo: F ( ) M ( )

1.3 Que série cursa? \_\_\_\_\_

#### 2 QUESTÕES:

##### PROBLEMAS DO ADOLESCENTE

2.1 Quais os problemas mais comuns que acontecem com os adolescentes desta comunidade?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

2.2 Por que esses adolescentes são atingidos por esses problemas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

##### MOTIVO DE PROCURA

2.3 Você já foi ao Posto de Saúde do seu bairro depois que se tornou adolescente?

Sim ( ) Por quê? \_\_\_\_\_.

Não ( ) Por quê? \_\_\_\_\_.

Se você marcou sim na questão anterior, responda à pergunta 2.4. Se marcou não, pule para a 2.10 e depois para a 2.12 em diante:

2.4 Como vem frequentando o Posto de Saúde desde que é adolescente?

Só estive lá uma vez ( ) Vou de mês em mês ( ) Vou de três em três meses ( )

Vou de seis em seis meses ( ) Vou uma vez ao ano ( ) Vou raramente ( )

##### AÇÕES DO ENFERMEIRO PARA O ADOLESCENTE

2.5 Você já procurou ou não o atendimento da(o) enfermeira(o) no Posto de Saúde próximo de sua casa?

Sim ( )

Não ( )

Se você marcou sim na questão anterior, responda à pergunta 2.6. Se marcou não, pule para a 2.8:

**2.6** Quando você procurou o atendimento da(o) enfermeira(o), conseguiu ser atendido por ela (ele)?

Sim ( )

Não ( ) Por quê? \_\_\_\_\_.

Se você marcou sim na questão anterior, responda à pergunta 2.7 e depois da 2.10 em diante. Se marcou não, pule para a 2.9:

**2.7** Qual foi o tipo de atendimento e o que a(o) enfermeira(o) fez durante esse atendimento? \_\_\_\_\_.

**2.8** Por que você nunca procurou o atendimento da(o) enfermeira(o) depois que se tornou adolescente? (Responda esta e pule para a questão 2.10 e depois para a 2.12 em diante) \_\_\_\_\_.

**2.9** Por que você não conseguiu ser atendido pela(o) enfermeira(o)? \_\_\_\_\_.

**2.10** Há dificuldades ou não para ser atendido pela(o) enfermeira(o) no Posto de Saúde? (Só responda, se já tiver sido atendido pela(o) enfermeira(o)).

Sim ( ) Quais? \_\_\_\_\_.

Não ( )

**2.11** Você gostou ou não do atendimento da(o) enfermeira(o)? (Só responda, se já tiver sido atendido pela(o) enfermeira(o)):

Sim ( ) Por quê? \_\_\_\_\_.

Não ( ) Por quê? \_\_\_\_\_.

**2.12** A(o) enfermeira(o) tem trabalhado ou não para os adolescentes desta comunidade?

Sim ( ) Como é esse trabalho? \_\_\_\_\_.

Não ( )

Se você marcou sim na questão anterior, responda da pergunta 2.13 em diante. Se marcou não, pule para a 2.15:

**2.13** A(o) enfermeira(o) é ajudada(o) ou não por outros profissionais quando está trabalhando para os adolescentes?

Sim ( )

Não ( )

Quem são estes outros profissionais e o que fazem quando estão ajudando a(o) enfermeira(o)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**2.14** Você mudaria ou não algo no trabalho da(o) enfermeira(o) junto aos adolescentes desta comunidade?

Sim ( ) O quê? \_\_\_\_\_.

Não ( )

**2.15** Você tem alguma idéia para melhorar o atendimento no Posto de Saúde para os adolescentes?

Sim ( ) Qual(is)? \_\_\_\_\_.

Não ( )

## APÊNDICE B – ENTREVISTA INDIVIDUAL ESTRUTURADA COM O ENFERMEIRO

**Título da pesquisa:** Prática do enfermeiro do Programa Saúde da Família-PSF na promoção da saúde do adolescente

**Orientadora:** Akemi Iwata Monteiro

**Mestranda:** Líbne Lidianne da Rocha e Nóbrega

**Data da entrevista:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Local da entrevista:** \_\_\_\_\_

**Início:** \_\_\_\_\_ **Término:** \_\_\_\_\_

### 1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1.1 Idade:

1.2 Sexo:

1.3 Formação: ( ) Graduação

( ) Pós-graduação Qual? \_\_\_\_\_

1.4 Você já fez algum curso na área da adolescência?

Sim ( ) Qual(is) e quanto tempo durou ou duraram? \_\_\_\_\_

Não ( )

1.5 Anos de formação: \_\_\_\_\_ 1.6 Há quantos anos você trabalha no PSF? \_\_\_\_\_

1.7 Quantos vínculos empregatícios você tem? \_\_\_\_\_

### 2 QUESTÕES DA ENTREVISTA:

#### DEMANDA DOS ADOLESCENTES

2.1 A demanda de adolescentes nesta Unidade Básica de Saúde-UBS é organizada ou não? Se organizada, explique como é. \_\_\_\_\_.

2.2 Quais os motivos que levam o adolescente a procurar a UBS?

#### SERVIÇOS PARA O ADOLESCENTE

2.3 Existe ou não um serviço estruturado nesta UBS para atender o adolescente especificamente? Se existe, que serviço é esse e como está estruturado? Se não existe, na sua compreensão, como deve ser um serviço para estar estruturado para o adolescente?

#### AÇÕES DO ENFERMEIRO

2.4 Quais as ações que o Sr. (a) desenvolve das quais o adolescente participa? \_\_\_\_\_.

2.5 O(a) Sr.(a) acha ou não que com suas ações está contribuindo para melhoria da saúde dos adolescentes? Explique seu ponto de vista.

#### VULNERABILIDADE/PROBLEMAS DO ADOLESCENTE

2.6 Quais os problemas de saúde ou vulnerabilidades enfrentados pelo adolescente da área de abrangência em que você atua?

2.7 Há trabalho(s) sendo desenvolvido(s) para tais vulnerabilidades ou problemas referidos na questão anterior? Se sim, quais são? Há dificuldades no desenvolvimento deste(s) trabalho(s)?

2.8 Se há trabalhos voltados para os problemas referidos na questão 2.6, como são planejados e por quem?

2.9 Se há trabalhos voltados para os problemas referidos na questão 2.6, quais resultados já foram alcançados com os mesmos?

PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE:

2.10 Na sua opinião, o que é promover a saúde do adolescente e o que o(a) Sr.(a) pensa sobre isso?

2.11 O(a) Sr.(a) acredita ou não que trabalha para a promoção da saúde do adolescente? Se sim, como você trabalha na perspectiva de promoção da saúde? Se não, o que te impede de trabalhar nesta perspectiva?

2.12 Acredita ou não que é preciso fazer algo mais para implementar a promoção da saúde do adolescente nesta UBS? Explique sua resposta.

**ANEXOS**

## ANEXO A: PARECER 99-2007 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

### Parecer 99-2007

Prot. nº	051/07 – CEP-UFRN
CAAE	0059.0.051.000-07
Projeto de Pesquisa	Prática do Enfermeiro do Programa Saúde da Família - PSF na Promoção da Saúde do Adolescente
Área de Conhecimento	Ciências da Saúde - -- Enfermagem – Grupo III
Pesquisador Responsável	Akemi Iwata Monteiro
Instituição Onde Será Realizado	UFRN – Centro Ciências da Saúde - Departamento de Enfermagem.
Instituição Sediadora	Unidade Básica de Saúde – Barrocas II; Escola Municipal Celina Guimarães Viana – Barrocas II; Unidade Básica de Saúde Dr. Chico Costa – situada na Rua 8 de Janeiro – Santo Antonio; Escola Estadual Jerônimo Rosado – Santo Antonio. Todas no município de Mossoró/RN.
Finalidade	Dissertação de Mestrado
Período de realização	Início - Janeiro de 2007 Término - Dezembro de 2007
Revisão Ética em	01 de junho de 2007

### RELATO

#### 1. RESUMO

O Protocolo pretende identificar os problemas de saúde do adolescente que busca a atenção do enfermeiro, bem como as ações do enfermeiro do PSF voltadas para o adolescente, tendo em vista a promoção da saúde. Abordará ainda percepção do enfermeiro sobre o tema.

A pesquisa envolverá a participação de 123 adolescentes de 10 a 19 anos e mais 7 enfermeiros.

Os dados serão obtidos mediante dois questionários específicos a serem respondidos pelos adolescentes e pelos enfermeiros. A análise desses questionários será feita de duas maneiras: 1. informações quantitativas – tabelas e gráficos que serão interpretados utilizando-se a teoria da base e o referencial bibliográfico apresentado pelo estudo; 2. informações qualitativas – serão trabalhadas e analisadas a partir do uso da técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin.

Foi efetuada uma extensa e profunda revisão bibliográfica o que permitiu o desenvolvimento de um excelente referencial teórico de base sobre o tema, além de uma excelente análise conjuntural.

Percebe-se pelo Cronograma detalhado do Projeto – vem desde 2005, o comprometimento do Pesquisador com o trabalho proposto.

Os critérios de inclusão e exclusão estão muito bem definidos e coerentes com a proposição do estudo.

#### 2. ENTENDIMENTOS E RECOMENDAÇÕES

O tema a ser abordado pelo trabalho é de muita oportunidade para o atual momento da Saúde Pública no Brasil, justificando um estudo científico bem elaborado e conduzido. Nesse aspecto o Projeto está muito bem justificado e estruturado.

Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), considerou-se que o mesmo está formulado de maneira clara e concisa, além de conter todos os aspectos relevantes exigidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – (CNS).

Parecer 69/2007 – CEP-UFRN

### 3. PARECER

Considerando o exposto, entendemos que o Protocolo sob análise, pela sua excelente estruturação e justificção, contém todas as informações essenciais que justificam um parecer aprobatório. Dessa forma, este Comitê enquadra o presente protocolo na categoria de APROVADO.

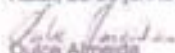
### 4. ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (Brasília, 2002-p.65) e Resol. 196/96 – CNS o pesquisador responsável deve:

1. entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Resol. 196/96 – CNS – item IV.2d);
2. desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 – CNS – item III.3z);
3. apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.41);
4. apresentar ao CEP/UFRN relatório final (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.85);

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN ([www.etica.ufrn.br](http://www.etica.ufrn.br)).

Natal, 25 de Junho de 2007.

  
Dulce Almeida

Vice-Coordenadora do CEP-UFRN



**ANEXO B: PARECER 006/2008 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

**PARECER 006/2008**

Protocolo nº	051/07 – CEP-UFRN
Projeto de Pesquisa	Prática do Enfermeiro do Programa Saúde da Família – PSF na Promoção da Saúde do Adolescente
Pesquisador responsável	Akemi Iwata Monteiro
Assunto	Proposta de emenda para o projeto original
Revisão Ética	15/02/2008

**RELATO**

Considerando que as emendas apresentadas não modificam de forma substancial os procedimentos metodológicos e objetivos propostos no projeto original, este Comitê, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** das mesmas.

Natal, 21 de fevereiro de 2008.

  
Dulce Almeida

Vice-Coordenadora do CEP-UFRN

## ANEXO C



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN  
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
 PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
 Campus Universitário, s/n – Lagoa Nova, Natal/RN  
 Cep: 59.072-970, Fone: (84) 3215-3196

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O  
 ADOLESCENTE**

Este é um convite para você participar da pesquisa *Prática do enfermeiro do Programa Saúde da Família-PSF na promoção da saúde do adolescente* que é coordenada pela Dra. Akemi Iwata Monteiro, professora do Departamento de Enfermagem da UFRN e tem o acompanhamento e assistência de Líbne Lidianne da Rocha e Nóbrega, enfermeira e aluna do curso de mestrado em enfermagem dessa universidade.

Esta pesquisa objetiva analisar a prática do enfermeiro do Programa Saúde da Família para a promoção da saúde do adolescente. Caso decida aceitar o convite, você responderá a um questionário na sala de aula da escola em que estuda. Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados terá fins científicos (revistas, congressos) e será feita de forma a não identificar os voluntários.

Sua participação é voluntária (espontânea), o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Se você tiver algum gasto que seja comprovadamente devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito à indenização.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente a Dra. Akemi Iwata Monteiro, no setor de pós-graduação, Departamento de Enfermagem da UFRN, Campus Universitário, s/n – Lagoa Nova, Natal/RN, Cep: 59.072-970 ou pelo fone: (84) 3215-3196. Quaisquer dúvidas sobre questões éticas que envolvem a pesquisa, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa – UFRN pelo fone (84) 3215-3135 ou pelo end. Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, Cep: 59.072-970.

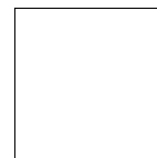
Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada e concordo em participar voluntariamente da pesquisa *Prática do enfermeiro do Programa Saúde da Família-PSF na promoção da saúde do adolescente*.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Mossoró-RN, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.



Pesquisadora responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

End.: Faculdade de Enfermagem-Universidade do Estado do Rio Grande do Norte  
 Rua Dionísio Filgueira, Centro, 59.600-000. Mossoró-RN. (84) 3315-2152.

## ANEXO D



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE-UFRN  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
Campus Universitário sn – Lagoa Nova, Natal/RN  
Cep. 59072-970, Fone 3215 3196

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS  
ENFERMEIROS**

Este é um convite para você participar da pesquisa *Prática do enfermeiro do Programa Saúde da Família-PSF na promoção da saúde do adolescente* que é coordenada pela Dra. Akemi Iwata Monteiro, professora do Departamento de Enfermagem da UFRN e tem a acompanhamento e assistência de Líbne Lidianne da Rocha e Nóbrega, enfermeira e aluna do curso de mestrado em enfermagem dessa universidade.

Esta pesquisa objetiva analisar a prática do enfermeiro do Programa Saúde da Família para a promoção da saúde do adolescente. Caso decida aceitar o convite, será submetido a uma entrevista individual com o uso de um gravador. A entrevista será transcrita e mostrada ao Sr. (a) e, após a sua concordância quanto ao conteúdo, é que a utilizaremos no estudo.

Sua participação é voluntária (espontânea), o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Se você tiver algum gasto que seja comprovadamente devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito à indenização.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados terá fins científicos (revistas, congressos) e será feita de forma a não identificar os voluntários.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente a Dra. Akemi Iwata Monteiro, no setor de pós-graduação, Departamento de Enfermagem da UFRN, Campus Universitário, s/n – Lagoa Nova, Natal/RN, Cep: 59.072-970 ou pelo fone: (84) 3215-3196. Quaisquer dúvidas sobre questões éticas que envolvem a pesquisa, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa – UFRN pelo fone (84) 3215-3135 ou pelo end. Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, Cep: 59.072-970.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada e concordo em participar voluntariamente da pesquisa *Prática do enfermeiro do Programa Saúde da Família-PSF na promoção da saúde do adolescente*.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Mossoró-RN, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

Pesquisadora responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

End.: Faculdade de Enfermagem-Universidade do Estado do Rio Grande do Norte  
Rua Dionísio Filgueira, Centro, 59.600-000. Mossoró-RN. (84) 3315-2152.

## ANEXO E



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN  
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
 PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
 Campus Universitário, s/n – Lagoa Nova, Natal/RN  
 Cep: 59.072-970, Fone: (84) 3215-3196

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PAIS OU  
 RESPONSÁVEL LEGAL PELO ADOLESCENTE**

Este é um pedido de autorização que pergunta se o Sr. (a) concorda ou não com a participação de \_\_\_\_\_ na pesquisa *Prática do enfermeiro do Programa Saúde da Família-PSF na promoção da saúde do adolescente* que é coordenada pela Dra. Akemi Iwata Monteiro, professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e tem o acompanhamento e assistência de Líbne Lidianne da Rocha e Nóbrega, enfermeira e aluna do curso de mestrado em enfermagem dessa universidade.

Esta pesquisa objetiva analisar a prática do enfermeiro do Programa Saúde da Família para a promoção da saúde do adolescente. Caso decida autorizar a participação do adolescente, ele responderá a um questionário na sala de aula da escola em que estuda. Todas as informações obtidas serão sigilosas e o nome do adolescente não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados terá fins científicos (revistas, congressos) e será feita de forma a não identificar os voluntários.

A participação do adolescente é voluntária (espontânea), o que significa que o mesmo poderá desistir a qualquer momento, e que o Sr. (a) poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhes traga nenhum prejuízo ou penalidade. Se houver algum gasto da parte do adolescente que seja comprovadamente devido à participação do mesmo na pesquisa, haverá ressarcimento, caso solicite. Se em qualquer momento, houver algum dano ao adolescente, comprovadamente decorrente desta pesquisa, haverá indenização.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente a Dra. Akemi Iwata Monteiro, no setor de pós-graduação, Departamento de Enfermagem da UFRN, Campus Universitário, s/n – Lagoa Nova, Natal/RN, Cep: 59.072-970 ou pelo fone: (84) 3215-3196. Quaisquer dúvidas sobre questões éticas que envolvem a pesquisa, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa – UFRN pelo fone (84) 3215-3135 ou pelo end. Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, Cep: 59.072-970.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada e autorizo o adolescente \_\_\_\_\_ participar voluntariamente da pesquisa *Prática do enfermeiro do Programa Saúde da Família-PSF na promoção da saúde do adolescente*.

Nome do pai ou responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura do pai ou responsável: \_\_\_\_\_

Mossoró-RN, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

Pesquisadora responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

End.: Faculdade de Enfermagem-Universidade do Estado do Rio Grande do Norte  
 Rua Dionísio Figueira, Centro, 59.600-000. Mossoró-RN. (84) 3315-2152.

