



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – VRPPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA – MSC**

**PRÁTICAS E SABERES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA
ADOLESCENTES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE
FORTALEZA - CEARÁ**

ANTONÍA ALIZANDRA GOMES DOS SANTOS

Fortaleza-CE
Dezembro, 2010

ANTONÍA ALIZANDRA GOMES DOS SANTOS

**PRÁTICAS E SABERES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA
ADOLESCENTES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE
FORTALEZA - CEARÁ**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Prof.a Dr.a Raimunda Magalhães da Silva

Coorientadora: Prof.a Dr.a Maria de Fátima Antero S. Machado

Fortaleza-Ceará
2010

S237p Santos, Antonía Alizandra Gomes dos.
Práticas e saberes de promoção da saúde para adolescentes na estratégia
saúde da família de Fortaleza-Ceará / Antonía Alizandra Gomes dos Santos. -
2011.
96 f.
Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2011.
“Orientação: Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva.”
1. Promoção da saúde. 2. Saúde do adolescente. 3. Saúde da família.
I. Título.
CDU 614

ANTONÍA ALIZANDRA GOMES DOS SANTOS

**PRÁTICAS E SABERES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA ADOLESCENTES NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA - CEARÁ**

Grupo de pesquisa: Políticas e Práticas na Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas na Promoção da Saúde

Núcleo temático: Saúde da Mulher

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dr.a Raimunda Magalhães da Silva
Orientadora – Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Prof. Dr Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Membro Efetivo – Universidade de Federal do Ceará - UFC

Profa. Dr.a Maria do Socorro Araújo Dias
Membro Efetivo – Universidade Vale do Acaraú – UVA

Profa. Dr.a Luiza Jane Eyre de Souza Vieira
Membro Suplente - Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Aprovada em ____/____/____

Dedicatória

Dedico esta Dissertação a minha mãe, Valdenir, que sempre lutou pelo meu crescimento pessoal e profissional.

Ao meu pai, Valdir, e as minhas irmãs Sandra, Alesandra, Denice e Valdeny, que sempre torceram muito por mim.

Ao meu amado esposo, Francisco Luiz, pelo amor, apoio, compreensão e incentivo.

Aos meus filhos, Luiz Felipe e Davi, pela alegria e paz transmitida – que aliviam o cansaço das atividades diárias.

Aos meus queridos sobrinhos, Telminha, Andrezza, Gustavo, Emanuel e Artur pelos momentos de alegria.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, pela conquista a mim conferida.

Aos profissionais da Estratégia Saúde da Família, pela contribuição neste estudo.

Ao Secretário de Saúde de Fortaleza, à Chefe do Distrito de Saúde VI, às coordenadoras da Estratégia Saúde da Família, de Saúde Bucal e da Atenção a Saúde da Criança e Adolescentes por participarem desta pesquisa.

Aos docentes da pós-graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR, pela contribuição conferida a minha formação de mestre, em especial à Prof.^a Dr.^a Raimunda Magalhães da Silva, que com tanta competência, amizade e sabedoria me conduziu pelos caminhos da pesquisa, na sublime função de orientadora.

À Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Antero S. Machado, pela importante contribuição mediante sua coorientação, que com sua inquestionável competência e organização, tanto me ajudou na condução deste estudo.

Aos colegas de mestrado, pelos momentos de crescimento, reflexões e brincadeiras - inesquecíveis.

Às bolsistas Laura, Herla, Claudianne, Girliani e Renata, pela contribuição na coleta de dados.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, em especial, a Cleide, Vitor e Widson, pela disponibilidade e amizade.

Aos professores membros da banca examinadora, por gentilmente avaliarem este estudo.

Aos meus pais e irmãs, pelo incentivo e apoio na busca da instrução e do conhecimento.

Ao meu marido e filhos, que souberam entender as minhas ausências em momentos que lhes eram muito importantes.

RESUMO

A assistência ao adolescente é alvo de maior atenção desde a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e da Política Nacional de Atenção a Saúde dos Adolescentes. A atenção dispensada a este grupo etário, no entanto, continua fragmentada, apresentando fortes evidências de práticas voltadas para o assistencialismo, que se opõe ao preconizado em Ottawa, que traz a idéia da Promoção da Saúde. Nesta concepção se insere a Estratégia Saúde da Família (ESF) como possibilidade para a efetivação desta prática. Assim, este estudo teve como objetivo analisar sob a óptica dos gestores e profissionais de saúde, ações que configurem a Promoção da Saúde do adolescente na Estratégia Saúde da Família no Município de Fortaleza-CE. Trata-se de uma investigação descritiva qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida com os gestores municipais de saúde (secretário municipal de saúde, chefe da Secretaria Executiva VI, coordenador da ESF, coordenador de Saúde Bucal e coordenador da Atenção à Saúde da Criança e Adolescentes), enfermeiros, médicos e cirurgião-dentista vinculado à ESF da VI Secretaria Executiva Regional do Município de Fortaleza-CE. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada aos gestores municipais de saúde e profissionais da ESF, contemplando as questões norteadoras da temática. Os dados foram analisados e interpretados com base na Análise de Conteúdo de Bardin e submetidos à luz do referencial teórico da Promoção da Saúde. Verificou-se que as ações de Promoção da Saúde são desenvolvidas de forma pontual e na maioria das vezes por meio dos programas de pré-natal, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo de útero e mama. Vale destacar que muitas são as dificuldades encontradas pelos profissionais para promover a saúde dos adolescentes, seja pela quantidade inadequada de materiais e insumos, precariedade na estrutura física das unidades e de qualificação nesta área. É importante ressaltar que os gestores reconhecem a ausência de perfil das unidades para promover a saúde dos adolescentes, assim como planejamento e avaliação insuficientes nesta área. Evidenciou-se, portanto, que as práticas de Promoção da Saúde para adolescentes na ESF encontram-se centradas em uma visão limitada da Promoção da Saúde, mas com forte ascensão para a reorientação de sua prática, tanto dos gestores quanto dos profissionais.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Adolescentes; Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT

The assistance of the adolescent is the main goal since the Child and Adolescent Statute (ECA) and national policy for attention to adolescent health were created. However, the attention given to this age group continues to be fragmented; presenting evidence of practices of assistentialism, which go against the recommendations in Ottawa that brought the concept of Promoting Health. This concept includes the Family Health Strategy to make this practice effective. In this way, the objective of this study was to analyze action that Promote adolescent Health in the Family Health Strategy of Fortaleza- Ceará, under the watchful eye of health professionals and administrators. It is a qualitative descriptive investigation. The research was developed with the city health administrators (city health secretary, chief executive secretary, ESF co-coordinator, dental health, health co-coordinator for children and adolescents) nurses, doctors, and a dental physician from the E.S.F. of the Region VI Executive Secretary of Fortaleza, Ceará. The data was collected using was a semi-structured interview of the city health administrators and professionals contemplating the thematic questions. The data was analyzed and interpreted based on Bardin's content analysis submitted to the theoretical reference to Promoting Health. We Verified Health Promoting action is developed in a timely manner and most of the time by pre-natal programs, family planning, and uterine and breast cancer prevention. It should be noted, there are many difficulties encountered by professionals to Promote adolescent Health. It can be due to lack of medical supplies, a lack of the units physical structure, or the lack of qualification in the area. The administrators recognized that the units did not have an adolescent Health Promoting profile and lacked planning and evaluation in this area. It was evident that Health Promoting practices for adolescents at E.S.F. were centered on a limited view of Promoting Health, but with a growth to reorient its practice by both the administrators and the professionals.

KEY WORDS: Promoting Health; Adolescents; Family Health Strategy

LISTA DE FIGURAS

1	Localização Geográfica da Secretaria Executiva Regional, Fortaleza-CE, 2010.....	35
2	Ações de Promoção da Saúde e sua Inserção nos Campos da Promoção da Saúde da Carta de Ottawa. Fortaleza-CE, 2010.....	49
3	Viabilidade para Realizar as Ações de Promoção da Saúde e sua inserção no Campo da Promoção da Saúde da Carta de Ottawa. Fortaleza-CE, 2010.....	55
4	Dificuldades e Facilidades e sua inserção nos Campos da Promoção da Saúde da Carta de Ottawa. Fortaleza-CE, 2010.....	68
5	Avaliação das Ações de Promoção da Saúde e sua Inserção nos Campos da Promoção da Saúde da Carta de Ottawa. Fortaleza-CE, 2010.....	73
6	Mudanças Ocorridas após a Implementação das Ações de Promoção da Saúde e sua Inserção nos Campos da Promoção da Saúde da Carta de Ottawa. Fortaleza-CE, 2010.....	77

LISTA DE QUADROS

1	Distribuição dos Profissionais segundo as Equipes de Saúde da Família Sorteadas para o Estudo. Fortaleza-CE, 2010.....	39
2	Distribuição dos Entrevistados na SER VI. Fortaleza-CE, 2010.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF - Estratégia Saúde da Família

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPS - Organização Panamericana de Saúde

PACS - Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

PEC - Programa de Extensão de Cobertura

PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

PND - Programa Nacional de Desenvolvimento

PPREPS - Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde

PROSAD - Programa de Saúde do Adolescente

PSE - Programa Saúde na Escola

PSF - Programa Saúde da Família

SER - Secretaria Executiva Regional

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNIFOR - Universidade de Fortaleza

US - Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aproximação da pesquisadora com o objeto de estudo.....	11
1.2 Contextualização do objeto de estudo.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 Promoção da Saúde dos adolescentes: do que se está falando?.....	17
2.1.2 Políticas públicas de saúde para os adolescentes.....	20
2.1.3 Promoção da Saúde para adolescentes.....	23
2.1.4 Estratégia Saúde da Família: reorganização da atenção à saúde.....	28
3 METODOLOGIA	33
3.1 Tipo de estudo.....	33
3.2 Cenário de estudo.....	33
3.3 Atores da pesquisa.....	35
3.4 Instrumento de coleta de dados.....	36
3.5 Análise dos dados.....	37
3.6 Aspectos éticos.....	38
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
RECOMENDAÇÕES	80
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICES	89
ANEXOS	95

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação da pesquisadora com o objeto de estudo

O interesse em desenvolver este estudo advém de um primeiro momento, em 2006, enquanto se estava como secretária municipal de saúde de Campos Sales-CE. Ao longo dessa gestão, desenvolveu-se um projeto de atenção ao adolescente em parceria com as enfermeiras da Estratégia Saúde da Família (ESF), agentes comunitários de saúde (ACS), Secretaria Municipal de Educação e Secretaria Municipal de Ação Social.

Com base nessa experiência, percebeu-se a importância de priorizar esta faixa etária no sistema de saúde, em razão dos indicadores de saúde que se relacionam com o adolescente, como proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, taxa de internações por partos e abortamentos por 1000 mulheres adolescentes e número absoluto de óbitos maternos se encontrarem com elevada incidência, além da exploração sexual de crianças e adolescentes e o uso de drogas. Ressalta-se que o referido município faz fronteira com os Estados de Piauí e Pernambuco, funcionando como porta de entrada para drogas e passagem de muitos caminhoneiros.

A excelente participação dos adolescentes e melhoria dos indicadores de saúde estimulou os profissionais a melhorar a qualidade da assistência e serviu como incentivo para a inserção de outros profissionais no projeto. Os resultados com esta iniciativa contribuíram também para que o Município fosse agraciado com o Selo Unicef.

Posteriormente, ao ingressar no mestrado em saúde coletiva, as reflexões e vivências conduziram ao interesse de analisar como a Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza está organizada para promover a saúde dos seus adolescentes; visto que esta é a quinta maior capital do País e aproximadamente 18% de sua população é de adolescentes de 10 a 19 anos (IBGE, 2007).

1.2 Contextualização do objeto de estudo

A assistência ao adolescente é alvo de maior atenção desde a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e da Política Nacional de Atenção a Saúde dos Adolescentes. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos. O Estatuto da Criança e do Adolescente considera a faixa etária de 12 a 18 anos. Observa-se um descompasso, porém o Ministério da Saúde adota o preconizado pela OMS (BRASIL, 2006a).

De acordo com Haack (2008), durante o período de transição do estado infantil para o estado adulto, o jovem geralmente apresenta comportamentos instáveis, variando suas ações e opiniões, devendo definir sua identidade em três níveis - sexual, profissional e ideológico. Durante esse processo, ele poderá adotar diversos tipos de identidades que se alternam ou coexistam, de acordo com novas aquisições, diante de situações novas ou em função do grupo circunstancial ao qual está ligado, refletindo a luta do jovem pela definição da identidade adulta.

O autor complementa, descrevendo que o crescimento físico traz consigo dúvidas e ansiedades, desencadeando uma desestabilização da autoestima que enseja medo, angústia, conflito e vergonha, causados na maioria das vezes por falta de informação sobre estas transformações. Hargreaves; Earl; Ryan (2001) corroboram, acentuando, que nas sociedades ocidentais, o início da adolescência é o período típico em que os jovens atravessam uma profunda transição em seu desenvolvimento social, físico e intelectual.

Portanto, é neste período que se molda, em grande parte, a maneira como os adolescentes viverão sua vida adulta, demandando atenção, não apenas no que se refere à saúde sexual e reprodutiva, mas, também, quanto aos aspectos de sua vida produtiva, social e econômica (OPAS, 2005).

A importância demográfica desse grupo, que corresponde a 23% da população do Estado do Ceará e 18% da população do município de Fortaleza, conforme o Censo Demográfico de 2007, e sua vulnerabilidade aos agravos de saúde bem como as questões econômicas e sociais, nas suas vertentes de educação, cultura, trabalho, justiça, esporte, lazer e outros determinam a necessidade de atenção mais específica e abrangente. Os adolescentes brasileiros têm como cidadãos, direito à saúde, e é dever do Estado possibilitar esse acesso de forma universalizada, hierarquizada e regionalizada, dentro dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

É importante salientar que o número de partos realizados na rede pública do Ceará em meninas entre 10 e 19 anos caiu 30,4% nos últimos dez anos. De acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2008, foram feitos 24,8 mil partos no Estado contra 35,7 mil, em 1998. No Brasil, a quantidade de partos em adolescentes caiu 30,6% no mesmo período. Apesar dessa conquista sabe-se que a gravidez na adolescência continua sendo um problema de saúde pública. Cerca de um milhão de adolescentes ficaram grávidas em 2007; uma em cada três meninas de 19 anos já é mãe ou está grávida do primeiro filho; independentemente da classe social, somente 30% dos jovens usam métodos anticoncepcionais; o contágio do vírus HIV cresceu 200% em adolescentes heterossexuais; e ainda uma média de 200 mil

adolescentes praticou abortamentos mal feitos e se submeteram à curetagem em 2007 (BRASIL, 2008a).

Esses dados podem está relacionados a evasão escolar, pobreza, religião, estrutura familiar, tabus, falta de informação sobre concepção e contracepção, baixa autoestima dentre outras causas. Com efeito, é de suma importância a implementação das ações orientadas pelas políticas públicas de saúde do adolescente.

Na década de 1980, foi criado o Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD cujo principal objetivo era a prestação de atendimento adequado aos adolescentes, fundamentação numa política de Promoção de Saúde, de identificação de riscos e detecção precoce dos agravos com tratamento e reabilitação. As diretrizes gerais do Programa apontam que este deve ser executado dentro do princípio da integralidade e da multidisciplinaridade, respeitando-se as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), como também colaborar com áreas afins na implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no âmbito federal, distrital, estadual e municipal.

No Estado do Ceará, em se tratando da saúde do adolescente, a Secretaria da Saúde elaborou a Agenda de Políticas para a Atenção a Saúde dos Adolescentes e Jovens, que prevê com prioridade absoluta a implementação da atenção à saúde dos adolescentes nos níveis de complexidade do Sistema de Saúde (CEARÁ, 2003).

Até então, porém, as políticas públicas para este grupo etário continuam fragmentadas e desarticuladas, mesmo existindo inúmeras iniciativas, tanto governamentais como de grupos organizados da sociedade, o que não representa significativamente um trabalho intersetorial para a integralidade da atenção a este grupo (RUA, 1998).

Na atualidade, a Estratégia da Saúde da Família – ESF, considerada um novo modelo de assistência à saúde das populações e de mudanças das práticas profissionais, pode redirecionar as ações programáticas até então instituídas para o grupo de adolescentes, nas diferentes áreas de abrangência dos serviços de atenção básica de saúde. Para tanto, é necessário que os profissionais atuantes nesse processo conheçam a realidade dos adolescentes que residem na área adstrita.

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

Dentro dessa lógica, a Promoção da Saúde, formalmente instituída com a I Conferência Internacional em Ottawa (1986) é expressa, então, como estratégia privilegiada para intervenção nos determinantes da saúde, tais como: educação, alimentação, habitação entre outros (BRASIL, 2002). Em seu documento-base A Carta de Ottawa está definida como o processo que permite às pessoas adquirir maior controle sobre sua saúde, por meio de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis à saúde (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

Torna-se primordial, portanto, o enfoque direcionado ao atendimento do conceito ampliado de saúde, ou seja, à nova concepção de saúde, que segundo a Carta de Ottawa, seria possibilitado por uma metodologia contida em cinco campos de ação estratégicos: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2002).

De acordo com a orientação da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, o Programa de Saúde do Adolescente procura atuar de forma preventiva e incentivando atividades de Promoção de Saúde; entretanto, os profissionais de saúde não encaram como sua a tarefa de participar na formação dos adolescentes e jovens, limitando-se ao atendimento de acordo com sua área de competência técnica. Na maioria das vezes, eles não estão capacitados para prestar uma abordagem integral na atenção ao adolescente. Estas restrições impedem uma orientação adequada dos adolescentes e jovens. Esta situação enseja o que se chama de oportunidades perdidas de Promoção de Saúde (RUZANY; SZWARCOWALD, 2000).

Ressalta-se também que a família e a escola podem e devem estar envolvidas com a saúde do adolescente, porém, é de consenso, que a orientação familiar deixa muito a desejar em se tratando de qualquer assunto referente à sexualidade, levando os jovens a aprenderem ou satisfazerem suas curiosidades com informações errôneas adquiridas muitas vezes de colegas mais velhos ou até mesmo de revistas não qualificadas para o assunto. A maioria das escolas omite esse tema, justificando-se por afirmar que é de responsabilidade familiar ou de profissionais de saúde, contrariando o preconizado pela Carta de Ottawa, em que relata que os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde (BRASIL, 2002).

Atualmente existem diferentes enfoques teóricos e práticos de como fazer “Promoção de Saúde”. Para autores como Cerqueira (1996), a Promoção da Saúde representa um campo de ação amplo que exige o envolvimento da população, para que esta incorpore estilos de vida

saudáveis e melhore o seu autocuidado. Por sua vez, promover a saúde de jovens exige o desafio da criação de estratégias mais eficazes de participação. Campos (1997) vê a juventude como um grupo-chave para qualquer processo de transformação social. Seu potencial crítico, criativo, inovador e participativo, quando adequadamente canalizado, pode ser o propulsor de mudanças positivas.

Para tanto, a organização dos serviços de saúde para os adolescentes deve levar em consideração à disponibilidade, a formação e a educação permanente dos recursos humanos, a estrutura física, os equipamentos, os insumos e o sistema de informação, adequando-os ao grau de complexidade da atenção a ser prestada. O Ministério da Saúde considera fundamental que se viabilize para todos os adolescentes e jovens o acesso às seguintes ações: acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento, orientação nutricional, imunizações, atividades educativas, identificação e tratamento de agravos e doenças prevalentes. A identificação destas áreas prioritárias, todavia, não significa a sua fragmentação e sim a sistematização de ações para se alcançar os mesmos objetivos, de forma integral, envolvendo profissionais de áreas diversas, buscando responder às necessidades de atenção nos vários níveis (BRASIL, 2005b).

Realizando uma aproximação com a literatura por meio de um levantamento realizado no banco de dados da biblioteca virtual de saúde do Centro Latinoamericano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), em junho de 2010, foram selecionados, intencionalmente, no período de 2005 a 2010, 28 artigos no idioma português, ao cruzar as palavras Promoção da Saúde, Adolescentes e Atenção Básica, dos quais dez privilegiam o período selecionado.

Verificou-se que o enfoque dos estudos encontrados estavam assim distribuídos: um artigo investigou a promoção da saúde bucal (SILVA,2007), um abordou a promoção da saúde infantil (ALVES, 2009), três abordaram a promoção da saúde sexual e reprodutiva, sendo que apenas dois tinham como foco o adolescente (ABREU, 2008 e MAUCH, 2005) , três apresentaram a questão de promover a alimentação saudável, sendo que apenas um destes artigo tratou da questão do adolescente (CASTRO,2007), um artigo tratou a Promoção da Saúde na atenção básica (FIGUEIRA; FERREIRA; SCHALL, 2009) e apenas um artigo abordou mais diretamente a questão da Promoção da Saúde para o adolescente na ESF (LEÃO, 2005). Pode-se, portanto, observar que existem estudos com foco na saúde do adolescente, mas especificamente na Promoção da Saúde do adolescente na ESF, ainda são limitados. Percebe-se que estudos nesta área ainda são muito relevantes e podem trazer contribuição para o cenário da saúde do adolescente.

Questiona-se, então, como a ESF está organizada para promover a saúde dos adolescentes? Os profissionais da ESF atuam em consonância com os pressupostos da Promoção da Saúde sugeridos na Carta de Ottawa? Que fatores podem facilitar ou dificultar os profissionais a promover a saúde dos adolescentes?

Traçados esses questionamentos, emerge o objetivo norteador do estudo - analisar, sob a óptica de gestores e profissionais de saúde, ações que configurem a Promoção da Saúde do adolescente na Estratégia Saúde da Família no Município de Fortaleza-CE.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Promoção da Saúde dos Adolescentes: do que está falando?

A percepção mais difundida da criança e do adolescente como seres em desenvolvimento no mundo moderno foi resultado de um longo processo que envolveu transformações nas organizações, desde o ponto de vista da esfera privada das famílias até a esfera pública.

O final da década dos 1980 e início dos 1990 presenciam, na América Latina e Caribe, o movimento de maior visibilidade no campo da saúde pública, no sentido de implementar e implantar ações de saúde voltadas ao grupo adolescente, sob o patrocínio e cooperação técnica da Organização Panamericana de Saúde - OPS e Fundação Kellogg. Até então, o trabalho com adolescentes vinha sendo desenvolvido em alguns locais, estados, por iniciativas localizadas e não como parte de uma política nacional, inserida num esforço internacional de abranger um grupo de países, no caso, a América Latina e Caribe.

Dentre as inúmeras questões de natureza teórica a respeito de saúde integral do adolescente, vale salientar que, quando se tenta sistematizar a adolescência, principalmente sua relação com as políticas públicas de saúde, mais especificamente como acontece à Promoção da Saúde destes na Estratégia Saúde Família, precisa-se considerar este grupo não apenas com base no paradigma biomédico, que considera uma etapa de transição entre a infância e a idade adulta, tendo como base as transformações puberais, de caráter biológico, que, por sua vez, desencadeariam mudanças psicológicas e sociais, até atingir a maturidade. Também, no entanto, é preciso se ter uma compreensão desta fase como fenômeno existencial.

Nesses últimos anos, e, mais especificamente, dos fins da década de 1980, observam-se esforços interdisciplinares, ainda que incipientes, no sentido de analisar criticamente a elaboração social do conhecimento sobre adolescência e adolescente na área da saúde, com vistas a lograr aprender a questão como totalidade concreta, historicamente constituída, articulando as várias dimensões (biológica, psicológica e sociocultural) e níveis (individual/singular, particular e sociedade) que envolve.

Charlot (1986) auxilia a compreensão do que se quer dizer, ao assim sintetizar a questão: "O critério biológico não basta, portanto. Num meio inteiramente socializado, as

determinações biológicas tomam um sentido social, sem com isso perder sua significação biológica"... (P.105).

Lyra *et al* (2002), ao questionar a visão da adolescência como fase inerente ao desenvolvimento, aponta que, apesar de se constituir como um período entre a infância e a juventude, ela deve ser despreendida do orgânico e ser compreendida por meio de uma ênfase maior no tipo de experiência que a caracteriza; ou seja, menos no aspecto cronológico/biológico e mais no campo das experiências vividas por esses sujeitos.

Todo o referido acima não quer dizer que se está deixando de reconhecer a existência de transformações biológicas e dos significados a elas atribuídos pelos sujeitos que as vivenciam e pela sociedade. Muito pelo contrário, a ideia é a de que não é possível analisá-las em si mesmas, como se elas contivessem/correspondessem ao processo de "adolescência" em sua totalidade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência é uma etapa evolutiva caracterizada pelo desenvolvimento biopsicossocial, que, em geral, se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina com a inserção social, profissional e econômica (SILBER *et al.*, 1992).

Segundo Becker (1991) a etimologia do termo adolescência vem do verbo latino "adolescere", que significa ad = para e olescere = crescer; o que certamente corrobora o autor acima.

Nem sempre, no entanto, essa etapa da vida foi vista como período específico, requerendo leituras de disciplinas diferentes. É com os condicionantes de finais do século XIX que se passa a identificar essa fase como um período entre a infância e a idade adulta (LEÃO, 2005).

Inicialmente, vieram as transformações no seio da família burguesa. Desde uma nítida separação entre o espaço familiar e o mundo exterior, há uma redefinição do lugar da criança, levando-a a se tornar alvo de um projeto educativo individualizado (PERALVA, 1997).

Para retardar a inserção de seus filhos no mundo do trabalho, a burguesia investiu na escola, sendo esse espaço decisivo para o início da ocupação de um novo lugar para crianças e adolescentes. Os alunos eram separados pelos educadores da época (início do século XIX), com base na sua faixa etária. E os livros, que antes não eram destinados a públicos específicos, passam no final do século a ser produzidos e distribuídos para determinados níveis de escolarização e, como consequência, cada vez mais, para níveis específicos de idade (KETT, 1993 apud LEÃO, 2005).

Esses autores acrescentam que, em 1910, mudanças econômicas levaram educadores e pais de classe média a reforçar a necessidade dos adolescentes permanecerem mais tempo na escola, em busca de aperfeiçoamento técnico e, assim, tendo possibilidade de inserção profissional em um trabalho mais qualificado.

Com efeito, a extensão do período escolar, o distanciamento dos pais e da família e a aproximação com um grupo de iguais foram elementos que favoreceram a criação de um novo grupo social – a juventude/adolescência.

Dessa forma, Calligaris, (2000) apud Leão (2005) ressalta que a adolescência, tal como é concebida atualmente é, sobretudo, um fenômeno dos últimos 50 anos. Até então, segundo o autor, certamente era possível se preocupar com o devir dos jovens, tanto físico quanto moral e econômico, mas “a adolescência” não era uma entidade que encorajasse um título ou animasse a imprensa. Era uma faixa etária, mas não por isso um grupo social reconhecido. Ainda menos era tido como um ideal da cultura.

O adolescente é visto como problema social, representando uma ameaça a si e à sociedade, ao passo que está constantemente relacionado à violência, às drogas e ao exercício de uma prática sexual irresponsável. Tais atribuições terminam por reproduzir significados e imagens ambivalentes em relação à figura do adolescente.

De acordo com Medrado-Dantas (2002), ao mesmo tempo em que a mídia enaltece e explora valores atribuídos a essa faixa etária - como, beleza, criatividade e liberdade - também emite mensagens relacionadas à forte preocupação intensa e zelo, calcados no medo e na desconfiança. É importante ressaltar que esse paradoxo pode ressoar de maneira negativa em possíveis iniciativas que partam dessa população, uma vez que falta creditação que eles o façam.

Alguns autores reforçam o caráter socioconstruído do termo adolescência, chamando a atenção para a complexidade da temática. Nesta linha teórica, o fenômeno é abordado como condição perpassada por diferentes elementos: situação de gênero, classe social e contextos socioculturais, sendo, dessa forma, impossível definí-lo como algo acabado, pronto para ser estudado (TRAVERSO & PINHEIRO, 2002).

Considerando essa a discussão, este estudo parte do princípio de que diferentes contextos vão repercutir na maneira de levar a vida de cada adolescente, sendo, portanto, pouco consistente procurar definições que delimitam essa fase a determinados comportamentos ou valores.

Portanto, concorda-se com a idéia de que os adolescentes de uma mesma sociedade podem ter comportamentos idênticos, porém é verdade que nessa mesma sociedade coabitam

adolescentes de níveis sociais e econômicos distintos de uma determinada cor e sexo, levando-os a vivências particulares, distantes de serem percebidas como universais.

Dessa forma, seria precipitado propor uma idade para caracterizar o início e o término dessa fase da vida e, assim, correr o risco de atrelar determinadas experiências à idade cronológica.

Burak (1996, p.1) ressalta que “definimos o grupo de adolescentes entre 10 e 19 anos e o grupo da juventude de 15 a 24 por razões fundamentalmente estatística, de planejamento e avaliação, porém, na realidade, concebemos a adolescência como um processo que, muitas vezes, começa antes dos 10 anos e não necessariamente termina aos 19 anos”. Com esse cuidado, este ensaio estudo adotará a faixa etária entre 10 a 19 anos para “chamar” de adolescência.

O Brasil possui uma população de cerca de 190 milhões pessoas, dos quais cerca de 34 milhões são adolescentes de 10 a 19 anos, representando aproximadamente 18% da população geral, o que corresponde 50,43% do sexo masculino e 49,56% do feminino (IBGE, 2007). A estrutura etária brasileira passou por grandes mudanças nas duas últimas décadas, em virtude da crescente queda de fecundidade, junto a alterações de padrões etários da mortalidade, influenciando diretamente o peso relativo da população infantojuvenil e da população idosa.

Acompanhando a tendência geral da população, a grande maioria dos adolescentes vive no meio urbano, representando aproximadamente 80% do contingente total desse grupo. Entre os que vivem no meio urbano e no meio rural, praticamente, não existe diferença quanto ao sexo, estando os números equiparados (IBGE, 2007). Em Fortaleza, no ano de 2005, esse grupo etário representa 18% da população.

2.1.2 Políticas públicas de saúde para os adolescentes

Com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada no ano de 1948, a comunidade internacional, por intermédio da Organização das Nações Unidas, vem firmando convenções internacionais em que estabelecem estatutos comuns de cooperação mútua e mecanismos de controle, que garantam a não-violação e o exercício pelo cidadão de um elenco de direitos considerados básicos à vida digna, os chamados direitos humanos (BRASIL, 2005a)

Na concretização desses direitos comuns aos seres humanos, verificou-se a necessidade de medidas específicas dirigidas a segmentos mais vulneráveis às violações de seus direitos para garantia da igualdade concebida. Para tanto, criou-se um sistema especial de

proteção que destaca alguns sujeitos, como: os negros, as mulheres, as crianças, os adolescentes, os idosos e os deficientes, e se materializa nas diversas convenções firmadas pelas Nações Unidas.

Assim, em 1989, a Assembléia Geral das Nações Unidas adotou a Convenção sobre os Direitos da Criança, ratificada pelo Brasil em 1990, introduzindo no plano normativo: o valor intrínseco da criança e do adolescente como ser humano; a necessidade de especial respeito à sua condição de pessoa em desenvolvimento; o reconhecimento como sujeitos de direitos e sua prioridade absoluta nas políticas públicas (BRASIL, 2005a).

Dessa forma, a Convenção sobre os Direitos da Criança é um importante instrumento de proteção dos direitos humanos das crianças e dos adolescentes, de ambos os sexos, e supera, definitivamente, concepções que consideram esse grupo etário como objeto de intervenção da família, do Estado e da sociedade.

O Brasil participa ativamente e com destaque nos planos internacional e nacional em prol dos direitos humanos. A Constituição Federal elegeu como um dos princípios norteadores das relações internacionais e nacionais a prevalência desses direitos. Pode-se destacar: Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.º 8.069/1990); Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080/1990); Marco Legal: Saúde, um Direito de Adolescentes ; Lei Orgânica da Assistência Social (Loas – Lei n.º 8.742/1993); Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB – Lei n.º 9.394/1996), que regulamenta o direito à educação também como direito público subjetivo de todo cidadão (BRASIL, 2005a).

A Constituição Federal de 1988 representa o marco jurídico da transição democrática e da institucionalização dos direitos humanos no País, e os anos 90 o reordenamento jurídico e institucional aos novos parâmetros democráticos constitucionais e internacionais.

Resultado de grande mobilização social, o Estatuto da Criança e do Adolescente representa um grande avanço ao conceber crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, sinalizando, assim, mudanças no conteúdo, método e gestão das políticas de atendimento voltadas para esse público (COSTA, 2003).

O Estatuto, diferentemente dos documentos da área específica da saúde, abrange pessoas até 18 anos de idade e, em situações especiais, entre 18 e 21 anos. No que se refere aos direitos ligados à adolescência e à saúde, em seu artigo 7º especifica que a criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, cabendo ao Estado a efetivação de políticas públicas voltadas para o seu desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. O artigo 11º, por sua vez, assegura atendimento médico à criança e ao

adolescente, por meio do SUS, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2007a).

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

É fundamental que os profissionais de saúde busquem sempre encorajar o adolescente a envolver a família no acompanhamento de seus problemas. Os limites desse envolvimento devem ficar claros para ambos. Assim, há garantia de privacidade para o adolescente, no sentido de ser atendido sem a presença dos responsáveis, quando expressa essa intenção.

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

Esses princípios reconhecem adolescentes e jovens como sujeitos capazes de tomarem decisões de forma responsável. O atendimento, portanto, deve fortalecer sua autonomia, oferecendo apoio sem emitir juízo de valor. A viabilização desses princípios contribui para uma melhor relação cliente-profissional, favorecendo a descrição das condições de vida, dos problemas e das dúvidas. Esses mesmos princípios também ampliam a capacidade do profissional no encaminhamento das ações necessárias e favorecem o vínculo dessa clientela aos serviços. (BRASIL, 2005a, p.74).

Quanto à sexualidade e à anticoncepção do adolescente, o respaldo legal se dá além da Constituição Federal e do ECA, pois há ainda o Código de Ética Médica, capítulo I e IX, recomendações do Departamento de Bioética e Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo, que acentua:

Os pais ou responsáveis somente serão informados sobre o conteúdo das consultas, como por exemplo, nas questões relacionadas à sexualidade e prescrições de métodos anticoncepcionais, com o exposto consentimento do adolescente. (BRASIL, 2005a, p. 128).

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

O atendimento de adolescentes, no que diz respeito às suas demandas no campo da sexualidade e envolvendo prescrição de anticoncepcionais, origina discussões nos aspectos

legais, no entanto, a Constituição Federal de 1988, no Artigo 226, parágrafo 7, faz a seguinte referência:

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

Com efeito, o Ministério da Saúde recomenda que os adolescentes possam utilizar qualquer método anticoncepcional, desde que não apresentem contraindicações, conforme critérios de elegibilidade descritos para cada método (BRASIL, 2005a).

2.1.3 Promoção da Saúde para adolescentes

A Promoção da Saúde surgiu primeiramente como consequência do que estava sendo proposto no campo da saúde, no cenário mundial, com evolução expressa no conceito ampliado que veio com a nova visão voltada para o termo saúde. A valorização da saúde é um componente importante dentro do desenvolvimento humano, pois traduz a qualidade de vida e o direito à cidadania. Pensando dessa forma e também constatando que estava acontecendo o caos nas condições de saúde das populações, sem maneira de ser sanada, somente pelas estruturas do setor saúde, é que o conceito de Promoção da Saúde é elaborado há 25 anos.

O movimento de Promoção da Saúde surgiu formalmente no Canadá, em 1974, com a divulgação do documento *A New Perspective on the Health of Canadians, também conhecido como Informe Lalonde* (BUSS, 2000, P.167). Afirmava-se, nesse documento, que o impacto da organização da assistência à saúde sobre os níveis de saúde da população canadense era desproporcional aos custos, cada vez maiores, da prestação de serviços. O documento destacava, por meio de quatro grupos, um modelo explicativo que denominou de campo da saúde: biologia humana, ambiente, estilo de vida, organização da atenção da saúde. Procurava demonstrar que o foco nos serviços de assistência não era a melhor forma de investir recursos públicos com vistas à produção da saúde, pois as principais causas das morbidade e a mortalidade estavam ligadas às demais dimensões explicativas do processo saúde/doença/cuidado. Este Informe foi a semente para elaboração da Carta da promoção da saúde, Ottawa (1986), que, desde então, fortalece a luta por uma visão mais positiva da saúde.

Duas experiências de organização de atenção à saúde, ocorridas na China e no Canadá, permitiram agregar elementos para consolidação teórica do movimento de Promoção da Saúde. No Canadá, a implantação de um sistema de saúde abrangente e de acesso universal

levou a constatação de que a assistência desempenhava um papel bastante limitado na produção do estado de saúde da população. Na China, a implantação de um modelo centrado na intervenção em componentes ambientais, educativos e culturais, externos às ações, e as responsabilidades tradicionalmente definidas para o setor saúde, apresentava-se como alternativa para produzir transformações positivas nas condições de vida e nos determinantes sociais da saúde.

Até então, como decorrência mais visível do Informe Lalonde, o componente estilo de vida tinha dominado o discurso e a formulação de propostas para enfrentar os impasses vividos pelo setor saúde, no Canadá e em outros países, como Inglaterra e EUA. Muitos anos depois, foram feitas muitas críticas à abordagem do estilo de vida como explicação para estado de vida da população. Esta visão culpava o próprio indivíduo por sua condição de vida e negligenciava o contexto social, econômico e político no qual os comportamentos são formados e ocorrem.

Assim, Robertson; Minkler, (1994) Apud Valadão (2004) relatam que, os anos 1980 viram surgir outro discurso, que embora ainda considerasse o Informe Lalonde, tinha como premissa a determinação social da doença. Esse discurso passou a ser denominado nova Promoção da Saúde ou nova saúde pública.

A Carta de Ottawa, firmada na primeira Conferência Global de Promoção da Saúde, veio definir um novo marco conceitual ao apresentar uma definição de Promoção da Saúde como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo”. A saúde é entendida como um recurso para a vida, tendo como condições e requisitos: paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BRASIL, 2002).

A contribuição da Promoção da Saúde então, foi o enriquecimento na forma de seguir a vida, pois para efeito de alerta que o bem viver só pode ser vivido quando os vários setores da sociedade caminham na mesma direção, sendo esta repleta de justiça.

A Promoção da Saúde apresenta uma dimensão individual e outra coletiva. A primeira relaciona-se às atividades que visam à transformação do comportamento dos indivíduos, centrando-se em seus modos de vida, sendo direcionada ao núcleo familiar e ao ambiente cultural que a cerca. As atividades de promoção passam pelas práticas educativas que alertam sobre os riscos comportamentais, isto é, no âmbito de fatores em que os indivíduos detêm algum controle, como é o caso do hábito de fumar, a dieta, as atividades físicas, entre outras (BUSS, 2003).

A outra dimensão, a coletiva, é a que caracteriza a Promoção da Saúde atualmente, pois traz como ponto importante a influência dos determinantes gerais sobre as condições de saúde. Suas atividades estão mais orientadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido no amplo sentido de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, por meio de políticas públicas, de ambientes saudáveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço do poder de decisão dos indivíduos e das comunidades (“empoderamento”).

Definem-se, na Carta de Ottawa, cinco campos centrais para a Promoção da Saúde:

- elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- criação de ambientes favoráveis à saúde;
- reforço da ação comunitária;
- desenvolvimento de habilidades pessoais; e
- reorientação do sistema de saúde.

Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis - a Promoção da Saúde vai além dos cuidados de saúde. Portanto, deve ser posta como prioridade para políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, conscientizando-os de suas responsabilidades políticas com a saúde. Assim, a Conferência de Adelaide (1988), que tratou com rigor do tema sobre as políticas voltadas para a saúde que pressupõem alcance da intersetorialidade. A discussão estabelecida destaca a necessidade dos vários setores governamentais participarem de um mesmo projeto norteado não somente pelos aspectos econômicos, mas sim comprometidos com a questão da saúde.

A Declaração do México, em junho de 2000, recomenda como eixo principal situar a Promoção da Saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais. Com esse objetivo, foram levantadas as necessidades de mais investimento econômico nas ações gerais, como também na área da pesquisa científica (BRASIL, 2002).

A política de Promoção da Saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais. É uma ação que aponta para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa de renda e políticas sociais. Estas ações contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis (BRASIL, 2002).

Dessa forma, devem-se repensar os serviços de saúde para os adolescentes, considerando que estes não de ser abordados de forma holística, amparados por uma política inclusiva e democrática.

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

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

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

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

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

Foi considerada uma Conferência inovadora, por ser realizada num país em desenvolvimento e por incluir o setor privado no apoio à Promoção da Saúde e ensejou uma reflexão sobre a Carta de Ottawa, que, desde aquela época, serve como fonte orientadora e inspiradora para a Promoção da Saúde, bem como para examinar os determinantes da saúde e identificar as direções e estratégias necessárias para enfrentar os desafios da Promoção da Saúde no século XXI. Nessa Conferência, é reafirmado o conceito positivo de saúde, constituído como um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e

econômico, acrescentando prerrequisitos à Carta de Ottawa, como o direito de voz das mulheres.

A Promoção da Saúde é elemento fundamental para o desenvolvimento da saúde, mediante investimento e ações. Atua nos determinantes da saúde, contribuindo para reduzir as desigualdades, iniquidades e desinformações, com vistas a aumentar as expectativas de saúde e de vida.

O século XXI traz novos desafios para a saúde, dentre os quais se destacam a pobreza, tida como a maior ameaça à saúde; e a mudança do perfil epidemiológico, com a prevalência das doenças crônicas, violências, acidentes e uso de drogas. As estratégias de Promoção da Saúde são dispositivos que podem modificar esse perfil e as condições sociais, econômicas e ambientais, que determinam a saúde, como também motivar a adoção de estilo de vida saudável.

A relação do objeto de estudo com este campo da Promoção da Saúde contribui para o “empoderamento” dos adolescentes, promovendo, também, uma reflexão sobre as vulnerabilidades e fatores que afetam o modo de viver dos adolescentes, a situação econômica de suas famílias, o acesso deles à educação, ao mercado de trabalho e a atuação dos serviços de saúde.

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

Neste campo da Promoção da Saúde, é importante considerar e valorizar os saberes dos adolescentes no desenvolvimento de habilidades para o enfrentamento das mais diversas situações objetivando torná-los mais competentes e reflexivos quanto à autonomia, às escolhas, o autocuidado. Essa tarefa deve ser realizada em parceria com as escolas, famílias, associações de bairro, organizações voluntárias e comerciais.

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

Reorientação do sistema de saúde - a Promoção da Saúde nos serviços é responsabilidade de todos, deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidades, grupos, profissionais da saúde, instituições e governos. A reorientação passa também pelas

instituições formadoras dos profissionais de saúde, saindo do modelo biomédico, hospitalocêntrico, e baseado na doença, para um modelo de Promoção da Saúde.

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

A reorientação dos serviços destaca o fato de que, para atender às demandas das comunidades, sua organização necessitaria abranger quatro grupos de práticas de saúde, a saber: transformações sociais, econômicas e culturais; vigilância à saúde compreendendo ações de prevenção e promoção; clínica e reabilitação; urgências e emergências.

O primeiro grupo trata de questões mais gerais presentes fora do setor saúde, logo, é de enorme importância que se executem políticas públicas saudáveis para seu alcance. Esse grupo interfere predominantemente nas condições de vida e em menor escala no estilo de vida dos indivíduos e populações.

A vigilância à saúde trabalha tanto com as ações de prevenção ligadas aos fatores de risco das doenças quanto com a Promoção da Saúde voltada à potencialidade da saúde, ou seja, requer ao lado de ações competentes do setor saúde, a mediação estratégica para o trabalho intersetorial. O terceiro e quarto grupos estão relacionados à Medicina científica e, portanto, são encarregados em diagnosticar e tratar os indivíduos, seja programadamente ou não.

O conjunto dos grupos é fundamental, pois privilegia, de forma abrangente, as necessidades da população. O desafio é haver o equilíbrio entre tais necessidades e o investimento governamental.

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

2.1.4 Estratégia Saúde da Família: reorganização da atenção à saúde

As iniciativas de extensão de cobertura da saúde no Brasil, buscando elementos inspiradores para a elaborar a Estratégia Saúde da Família, deram-se com a criação do Serviço

Especial de Saúde Pública (SESP) e a implantação dos programas de extensão de cobertura, propostas que embasaram e determinaram, dentre outros, o surgimento das diretrizes e dos princípios do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF).

O SESP foi criado em 1942, durante a segunda Guerra Mundial, como consequência de convênio firmado com os Estados Unidos. Teve como atribuições centrais o saneamento da região Amazônica e do Vale do Rio Doce, a prevenção e as investigações sobre a malária, a assistência medicossanitária dos trabalhadores inseridos em atividades ligadas ao desenvolvimento econômico das regiões, o preparo de profissionais para o trabalho de saúde pública e a colaboração no combate à lepra (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2005).

Na década de 1950, o SESP expandiu seu campo de atuação e intensificou suas atividades, passando a desenvolver ações de assistência médica, educação sanitária, saneamento e controle de doenças transmissíveis em várias regiões do País.

Em 1960, foi transformado em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (F.SESP), e em 1990 foi integrado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Segundo, Silva e Dalmaso (2002), a F. SESP funcionou como um laboratório para o aperfeiçoamento dos princípios e normas que hoje fundamentam o PACS e PSF. Segundo as autoras, algumas das principais diretrizes destes programas – como a oferta organizada de serviços na unidade, no domicílio e na comunidade, a abordagem familiar, a adscrição de clientela, o trabalho com equipes multiprofissionais, o enfoque intersetorial, o tratamento supervisionado para o controle de algumas doenças e a realização de visitas domiciliares – já faziam parte do modelo de assistência desenvolvido pela F. SESP.

Outro marco de referência no surgimento do PACS e PSF foi o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), referente ao período de 1975-1979. Nesse tempo, a assistência médica brasileira caracterizava-se por uma Medicina altamente especializada e cara, e conseqüentemente pelo não-atendimento das necessidades básicas de grandes parcelas da população. Com esse Plano, surgem no Brasil os Programas de Extensão de Cobertura (PECs), que decorrem da adoção de uma política social pelo Estado, cuja implicação mais ampla dizia respeito à superação da marginalidade social, econômica e cultural de grande parte da população brasileira (SILVA, 1983).

A assistência prestada pelos PECs baseavam-se nas concepções do movimento da Medicina comunitária, que preconizava, entre outros pontos, a integração de atividades preventivas e curativas voltadas para o indivíduo e a coletividade, a utilização de equipes de

saúde, o uso de tecnologias apropriadas e o recurso à participação comunitária(ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2005).

Os PECs que tiveram maior expressão no País foram o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). É importante salientar que, nessa época, havia ampla discussão internacional sobre propostas que visassem a modificar a forma de operação dos sistemas de saúde, tendo como pano de fundo novas concepções de processo saúde /doença, em que se destacam o Relatório Lalonde, em 1974, no Canadá, e a Conferência de Alma-Ata, em 1978, onde os princípios da atenção primária à saúde foram apresentadas como o meio necessário para a efetivação das propostas elaboradas durante a Conferência.

A Assembleia Mundial de Saúde, em 1979, definiu o conceito de atenção primária à saúde:

A atenção essencial à saúde, baseado em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (OMS apud STARFIELD, 2002: 31)

Cabe ressaltar, que o modelo de atenção primária à saúde possui interpretações diferenciadas. Para alguns, é concebido como um programa focalizado para populações empobrecidas, com baixa incorporação tecnológica, utilização de uma força de trabalho pouco qualificada e com pouca efetividade na resolução dos problemas das populações. Existe também a concepção de que a atenção primária à saúde, como um modelo de organização dos sistemas de saúde, se estrutura e se operacionaliza de forma a procurar atender as necessidades da população, implicando a sua articulação com os outros níveis do sistema (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2005).

No Brasil, a Reforma Sanitária foi determinante para o surgimento da atenção primária à saúde, teve seu apogeu quando conseguiu que a saúde fosse declarada como um direito do cidadão e um dever do Estado, na Constituição Brasileira de 1988. Com esta luta, implanta-se o Sistema Único de Saúde – SUS, no início dos anos 1990, pela Lei Orgânica da Saúde e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde (MS).

No âmbito do SUS, a denominação adotada para o modelo que incorporava a abordagem da atenção primária à saúde é a atenção básica. Tornou-se, então, pauta política no

MS a viabilização de uma proposta para a atenção básica habilitada a ampliar a capacidade resolutive do PACS e de criar as condições para a sua expansão em direção aos centros de maior complexidade urbana. Essa proposta é criada em 1994, com formato de programa – PSF - tendo como eixo a Promoção da Saúde, a integralidade, a territorialização e a continuidade das ações em saúde.

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

O Programa Saúde da Família é estratégia para a organização e fortalecimento da atenção básica, tendo como base a Lei nº. 8.080 e como fundamentos os princípios e diretrizes do SUS: saúde como direito, integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolubilidade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação popular.

Em 1996, o MS começou a romper com o conceito de programa, passando a utilizar a denominação de Estratégia de Saúde da Família por considerá-la a estratégia escolhida para reorientação da atenção à saúde no País.

Como estratégia consolida-se também como forma eficaz e eficiente de reorientação dos serviços de saúde e fortalecimento da atenção por meio da ampliação do acesso, da qualificação, adoção de novas práticas embasadas na Promoção da Saúde. Nos municípios que adotam essa estratégia, ocorre, comprovadamente, significativa melhora nas condições de vida e saúde da população (BRASIL, 2001).

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

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

A Atenção Básica, que tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde considera o sujeito em

sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006b).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

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

A abordagem qualitativa, de acordo com Minayo (2007), responde a questões muito particulares. O ser humano se distingue não apenas por agir, mas também por pensar sobre o que faz e interpretar suas ações dentro e com o apoio na realidade vivida e partilhada com seus semelhantes, as quais não podem ser codificadas numericamente. Durante este percurso do estudo, procurou-se conhecer com maior intensidade a subjetividade das experiências vivenciadas pelos gestores e profissionais de saúde na Promoção da Saúde de adolescentes.

3.2 Cenário de estudo

A pesquisa foi realizada no Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará. Foram delimitadas as equipes da Estratégia Saúde da Família-ESF que compõem a Secretaria Executiva Regional VI, conforme a divisão administrativo-política da Prefeitura Municipal de Fortaleza-CE (FORTALEZA, 2007).

A SER VI é composta por vinte unidades de saúde e para coleta de dados foram escolhidas dez, mediante sorteio. Os dados, no entanto, foram coletados apenas em nove unidades, pois um dos centros de saúde encontrava-se em reforma, tendo seus atendimentos realizados em uma igreja e o coordenador da equipe sugeriu que as entrevistas não fossem realizadas. O critério utilizado na pesquisa para selecionar estas unidades de saúde se deu pela pertinência da abordagem adotada, haja vista que o estudo qualitativo não tem a preocupação com a quantidade e sim com parte de uma realidade que possibilite uma visão do todo.

A escolha da referida Secretaria Executiva Regional para o desenvolvimento do estudo justifica-se pela pactuação realizada no Sistema Municipal de Saúde-Escola que interpõe a

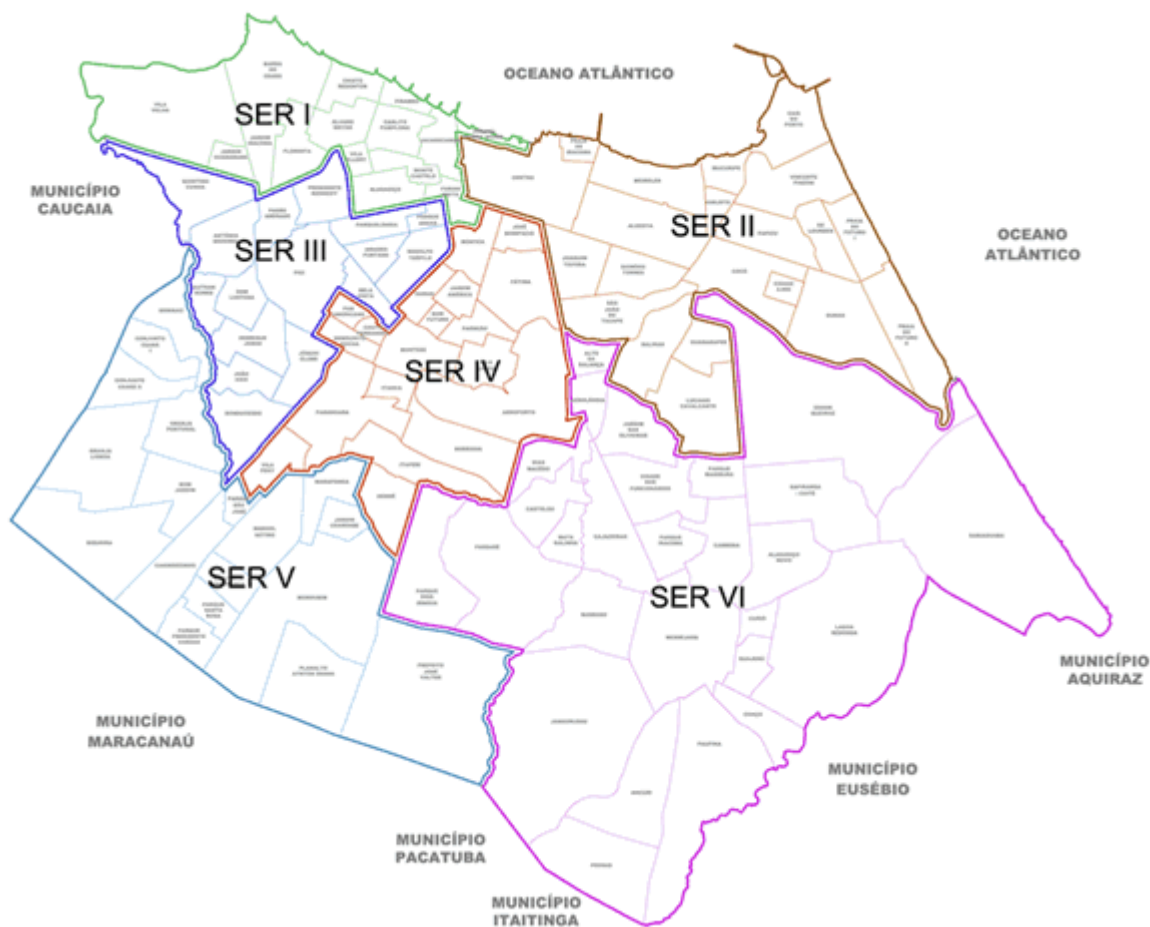
Universidade de Fortaleza (UNIFOR) como instituição de ensino corresponsável pelas atividades de pesquisa, ensino e extensão na referida área.

O Município de Fortaleza encontra-se dividido em seis regiões administrativas, geridas pelas de secretarias regionais de saúde (SER). Atualmente dispõe de 315 equipes na ESF, correspondendo a 43% de cobertura da população. Observa-se uma cobertura inferior a do Estado que em 2006 foi de 65% (FORTALEZA, 2007).

A porta de entrada dos serviços de saúde de Fortaleza são os centros de saúde da família, que abrigam equipes da Estratégia de Saúde da Família, compostas por médicos, enfermeiros, cirurgião-dentista e agentes comunitários de saúde, dentre outros profissionais. Dependendo da necessidade de cada cidadão, o clínico geral pode encaminhar o paciente para consultas com especialistas ou para exames especializados, oferecidos nos centros especializados da rede pública municipal como também nas clínicas credenciadas ao SUS.

A assistência odontológica do Município de Fortaleza está estreitamente ligada ao Programa de Saúde da Família. Há um esforço para que a saúde bucal esteja presente em todas as unidades da ESF, que se concretizado com base na contratação de profissionais e da mudança na organização do sistema. A rede conta atualmente com 213 dentistas concursados e pretende ampliar esse quadro para 460 profissionais até o ano de 2012.

Figura 1- Localização Geográfica das Secretarias Executivas Regionais. Fortaleza-CE, 2010.



Fonte: SMS/PMF (FORTALEZA, 2007)

3.3 Atores da pesquisa

A população do estudo constou de cinco gestores municipais de saúde (secretário municipal de saúde, chefe da Secretaria Executiva VI, coordenador da ESF, coordenador de Saúde Bucal e coordenador da Atenção a Saúde da Criança e Adolescentes), 22 enfermeiros, 11 médicos e nove cirurgiões-dentistas, perfazendo um total de 47 entrevistados. Entende-se que este número foi suficientemente representativo, já que, de acordo com o método escolhido, não há preocupação com a representatividade numérica.

Para inclusão na pesquisa, foram definidos os critérios: ser gestor e profissional de saúde inseridos na ESF há pelo menos um ano; que estejam em pleno exercício de suas atividades no período de coleta de dados. Foram excluídos do estudo todos os gestores e

profissionais de saúde que não se adequaram aos critérios estabelecidos. A definição da inclusão desses sujeitos no estudo ocorreu tendo em vista que esses informantes estão de algum modo, relacionados com tomada de decisão para a promoção da saúde dos adolescentes.

3.4 Instrumento de coleta de dados

Foi aplicada uma entrevista semiestruturada (Apêndice A) aos gestores municipais de saúde e profissionais da ESF (Apêndice B), contemplando as questões norteadoras da temática. Ressalta-se que foi utilizado o gravador para viabilizar o processo da coleta de dados e respeitar a fidedignidade das falas. Os dados foram coletados durante o período de junho a agosto de 2010.

A escolha dessas técnicas de pesquisa ocorreu pelo objetivo da investigação – analisar, sob a óptica de gestores e profissionais de saúde, ações que configurem a Promoção da Saúde do adolescente na Estratégia Saúde da Família no Município de Fortaleza-CE. Além disso, a entrevista semiestruturada pode levar o entrevistado a um aprofundamento maior em sua própria experiência, explorando áreas importantes, mas não previstas no roteiro de perguntas (MARCONI E LAKATOS, 2007).

A entrevista aconteceu de forma espontânea, individual, em horário pactuado com os sujeitos da pesquisa, tendo-se realizado nas unidades de saúde da ESF, na Secretaria Municipal de Saúde e na sede da SER VI pela pesquisadora deste estudo. Foram assegurados a privacidade dos entrevistados, o respeito pelas expressões de emoções e sentimentos, a liberdade de resposta, sem se proceder a qualquer censura. O anonimato e o sigilo das entrevistas foram preservados. As entrevistas tiveram uma duração em média de 20 minutos.

Merece que se destaquem algumas dificuldades encontradas para realizar a entrevista semiestruturada com os profissionais, como a não-aceitação do uso de gravador, por alguns entrevistados, e, neste caso, os dados foram registrados manualmente e em seguida lidos para o entrevistado, para que confirmasse seus posicionamentos. A grande demanda de atendimento nas unidades necessitou de uma negociação de acordo com a disponibilidade de cada profissional. A falta de afinidade com a temática muitas vezes era utilizada para recusa na participação no estudo. Registrou-se a solicitação de alguns profissionais para responder o roteiro de perguntas em casa. Houve também muita dificuldade para agendar horário para as entrevistas com alguns gestores.

As respostas obtidas das entrevistas junto aos participantes do estudo foram transcritas imediatamente após a gravação, para que não se perdessem informações importantes à compreensão do fenômeno estudado. Em seguida, procedeu-se à leitura do material e agrupou-se em categorias, as quais foram analisadas à luz da literatura e do referencial teórico, indicado neste estudo.

3.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram organizados e em seguida analisados e interpretados com base na Análise de Conteúdo, que, de acordo com Bardin, pode ser definida como

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. (BARDIN, 1979, p.42 apud MINAYO, 2006)

Dentre as várias modalidades de Análise de Conteúdo utilizar-se-á a Análise Temática, pois, de acordo com Minayo (2006), a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada por uma palavra, uma frase, um resumo. Operacionalmente, a análise temática se desdobra em três etapas, de acordo com Minayo (2006)

- **Primeira etapa: Pré-Análise**

Compõe-se de leitura flutuante e constituição do *Corpus*; neste momento o pesquisador deve ficar atento para responder a algumas normas de validade qualitativa, como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, em que deve ocorrer uma leitura exaustiva do material as indagações iniciais.

- **Segunda etapa: Exploração do Material**

Consiste essencialmente numa operação classificatória que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto, a fim de agrupá-lo e denominá-lo.

- **Terceira etapa: Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação**

Nesta ocasião, propõem-se inferências e realizam-se interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente.

Seguindo esta orientação, as categorias foram formadas e analisadas com base no referencial da Promoção da Saúde, tomando como base os cinco campos da Promoção da Saúde descritos na Carta de Ottawa: 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. Estes campos foram identificados nos discursos dos entrevistados.

É importante ressaltar que os campos ora citados possuem particularidades, mas têm pontos em comum que os distinguem na prática - foi uma tarefa complexa. Portanto, observou-se que os campos da Promoção da Saúde foram transversais à maioria das falas dos sujeitos do estudo, muitas vezes aparecendo em mais de uma categoria. Para tanto, na discussão dos resultados, optou-se por apresentar os campos que mais se destacaram dentro de cada categoria. Além disso, demonstrou-se, mediante figuras, a síntese de como os campos se configurou nas categorias.

3.6 Aspectos éticos

O estudo em questão cumpriu os requisitos da Resolução N°. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 1996a).

Foi necessário um contato prévio com a Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza, por intermédio da coordenação do Sistema Municipal de Saúde Escola para uma solicitação formal (Apêndice C), na qual foram explicitados os objetivos e o compromisso com a preservação dos aspectos éticos.

Para aplicabilidade do instrumento da pesquisa, os gestores e os profissionais da ESF, além da diretora da SER VI, foram consultados sobre a aceitação em participar do estudo, e em seguida procederam com a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndices D).

Ressalta-se que este estudo é parte integrante de um projeto financiado pelo programa do SUS-PPSUS, já aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, com o parecer Número 157/2009.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa serão apresentados partir dos dados coletados junto aos informantes, os quais estão orientados pela estrutura teórica e o modelo de análise adotado. Optamos por iniciar a apresentação dos resultados com a caracterização dos informantes do estudo, no sentido de contextualizá-los na pesquisa; em seguida apresentam-se as categorias empíricas que emergiram das falas dos entrevistados. Estas expressam o sentido dos discursos, sendo, portanto, o eixo da análise. As categorias foram analisadas com base no referencial da Promoção da Saúde, tomando como base os cinco campos da Promoção da Saúde descritos na Carta de Ottawa.

Caracterização dos participantes

As equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF da Secretaria Executiva Regional-SER VI investigadas, conforme expresso no quadro 1, não dispõem de profissionais de saúde suficientes para o funcionamento adequado. A equipe de Saúde da Família deve ser constituída, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, que, juntamente com os agentes de saúde, prestarão assistência às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2006b).

O Ministério da Saúde preconiza também a existência de equipe multiprofissional, com a composição básica de cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico de consultório dentário, com trabalho integrado a uma ou duas equipes da ESF, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território das ESF às quais está vinculada (BRASIL, 2006b).

Quadro 1 - Distribuição dos Profissionais segundo as Equipes de Saúde da Família da Regional VI, Sorteadas para o Estudo. Fortaleza-Ce, 2010.

Equipe ESF	Médico	Enfermeiro	Dentista
Vicentina Campos	03	05	03
Edmar Fujita	03	03	03
Janival de Almeida	03	05	03
Pedro Sampaio	03	04	02

Melo Jaborandi	03	04	02
Matos Dourado	04	04	04
Manoel Carlos	02	03	02
Evandro Ayres	04	04	03
César Cals	05	05	04
Galba Araújo			
TOTAL	30	37	26

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza/SER VI. Fortaleza-CE, 2010.

Os profissionais existentes na ESF desse Município, conforme expresso há pouco, não se encontram como preconizado pelo Ministério da Saúde, com muitas áreas descobertas e ausência do profissional médico de muitas equipes, além da baixa cobertura de assistência odontológica, mesmo considerando uma equipe de saúde bucal para duas ESF.

Os gestores e profissionais selecionados para o estudo estão organizados conforme quadro a seguir. Percebe-se que o número de profissionais entrevistados foi ainda inferior ao existente nas equipes da ESF sorteadas. Este fato decorre dos critérios de inclusão estabelecidos, além de outros, como a não-aceitação de alguns profissionais em participar da pesquisa, ausência do profissional por licença, férias, congresso e cursos. Teve-se também a não-autorização de um coordenador para realização das entrevistas numa das unidades sorteadas, justificando que ela se encontra em reforma.

Quadro 2 – Distribuição dos entrevistados na SER VI. Fortaleza-CE, 2010.

CATEGORIA	NÚMERO
Gestor	05
Médico	11
Enfermeiro	25
Dentista	11
Total	47

Fonte: Dados coletados na pesquisa. Fortaleza-CE, 2010.

Na maioria das equipes investigadas, a dinâmica dada no atendimento às famílias pelas equipes acontece conforme um cronograma estabelecido por equipe, procurando atender por ciclo de vida (criança, adulto e idoso) e demanda. Assim, cada equipe estabelece um dia para cada tipo de atendimento. Algumas equipes também dispõem de um espaço para as

atividades de Educação em Saúde. É importante ressaltar que é realizada uma triagem para organizar o atendimento, pois existe grande demanda, no entanto, encontraram-se muitas equipes que atendia apenas por demanda espontânea.

A faixa etária dos profissionais variou de 27 a 58 anos, com predomínio de 30 aos 39. A média de idade foi de 35 anos entre os profissionais. A realidade encontrada condiz com o estudo de Machado (2009).

Quanto ao gênero, 12 profissionais são do sexo masculino e 35 do feminino. Esta pesquisa revela a significativa atuação do sexo feminino nos serviços de saúde. Este fato decorre também de que a maioria dos entrevistados é de enfermeiras, historicamente uma profissão predominantemente feminina.

Com relação aos dados da formação profissional dos entrevistados observou-se que 55% dos profissionais são especialistas em Saúde da Família, quatro médicos tem residência e quatro entrevistados são mestres, um médico e uma enfermeira e dois gestores. O tempo de formação dos profissionais variou de quatro a 34 anos, sendo que apenas um médico apresentou o maior tempo. Vale destacar que 60% destes têm menos de dez anos de formação. Apesar de a maioria dos entrevistados ter formação recente e, sendo assim espera-se ter adquirido conhecimentos acerca da Promoção da Saúde na graduação, percebeu-se nas falas que as ações de Promoção da Saúde ainda estão aquém do preconizado pelo MS, repercutindo consequentemente na saúde desta clientela. A seguir apresentam-se as categorias do estudo subsidiadas pelas falas dos participantes.

Ações/ Práticas de Promoção da Saúde

Acerca das ações de Promoção da Saúde para adolescentes, os profissionais expressaram que **“não é realizado nenhuma atividade de promoção da saúde exclusivamente para adolescentes”**. Esta assertiva fica evidente nas falas que se seguem:

Aqui não existe nenhuma ação voltada exclusivamente pra adolescente. Enfa 3.

(...) eles são muito difíceis de conseguir reunir pra fazer alguma atividade com eles... Enfa 18.

(...) uma demanda muito alta, então não foi possível. Enfa 20.

Pra odontologia a gente não tem nada específico separado para o adolescente. Den 9.

(...) é mais quando eles procuram, a gente já fez ações pontuais nas escolas... Méd 6.

As ações mais voltadas para a saúde dos adolescentes são mais relacionadas ao programa saúde escola que é o PSE, eu particularmente não desenvolvia nenhuma atividade com os adolescentes, vou iniciar agora com o PSE. Méd 08.

Fica evidente nas falas que as ações de Promoção da Saúde voltadas para o público adolescente ainda são incipientes no serviço, fato este que certamente compromete a saúde e bem-estar desta clientela.

Esta realidade também foi constatada por Ferrari; Thomson; Melchior (2008), que evidenciaram o fato de que cerca de 97% dos médicos e enfermeiros das equipes da Saúde da Família pesquisadas, relataram não existir atividades específicas para os adolescentes.

Em pesquisa sobre as condições básicas para a prestação da atenção integral aos adolescentes nas Unidades de Saúde (US), realizada no Município do Rio de Janeiro, constatou-se que apenas 18,4% das unidades de saúde realizavam ações com foco na Promoção da Saúde (RUZANY *et al*, 2002).

Em relação à demanda, referida pelos entrevistados como sendo elevada no serviço e que impede a realização das ações, também foi fato evidenciado no estudo de Matias (2003) com os médicos das equipes da Saúde da Família de Londrina, que refere haver sobrecarga de trabalho para atender a demanda e ser necessário rever esta rotina no serviço de saúde. Ainda com relação à demanda, estudo de Pedrosa e Teles (2001) com médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde - ACS das equipes da Saúde da Família, em Teresina/PI, demonstrou que as maiores dificuldades encontradas por eles foram: o sistema de referência e contrarreferência; o aumento da demanda pela chegada de novas famílias; a dificuldade em organizar a demanda do cotidiano da comunidade, que, além das doenças, convivia com violência, drogas, prostituição, problemas para cuja solução os profissionais se achavam incapacitados; e, finalmente, a gerência das unidades, que representava acúmulo de trabalho.

Os adolescentes brasileiros têm, como cidadãos, direito à saúde, e é dever do Estado possibilitar esse acesso de forma universalizada, hierarquizada e regionalizada, dentro dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Sabe-se que a vulnerabilidade aos agravos de saúde, bem como as questões econômicas e sociais, nas suas vertentes de educação, cultura, trabalho, justiça, esporte, lazer e outros, determinam a necessidade de atenção mais específica e abrangente para o adolescente (BRASIL, 1996b).

Esta realidade encontrada no estudo reafirma a necessidade da efetivação de uma *política pública* para ampliar o acesso dos adolescentes ao serviço de saúde, principalmente a ações de Promoção da Saúde, conforme preconizado no *primeiro campo da Carta de Ottawa*, que foi caracterizado pelo “interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e a equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população.” (BRASIL, 2001, p.28). Tais políticas têm como principal propósito criar um ambiente favorável para que as pessoas possam viver de forma saudável, priorizando grupos mais desprivilegiados e vulneráveis.

No discurso dos médicos e enfermeiros foi detectado o fato de que as ações realizadas para os adolescentes na ESF “*estão dentro do programa saúde da mulher, que é o pré-natal, planejamento familiar e a prevenção*”, ou seja, ocorrem por meio dos programas em curso no cronograma desenvolvido pela equipe. Já os dentistas relatam que fazem ações coletivas, como escovação e aplicação de flúor. Surge a existência de ações coletivas planejadas para os adolescentes, o que difere dos demais profissionais:

Ele entrava nos outros programas e agora que está começando este processo, mas começou pela saúde da mulher com relação a prevenção ginecológica e planejamento familiar. Enfa 2.

(...) no Planejamento Familiar que aí vem adolescente, mas outras ações específicas não (...) hoje mais só quando eles aparecem pra consulta ou do Planejamento Familiar mesmo. Méd 06.

A gente faz as ações coletivas que são feitas nas escolas que a gente pega não só adolescente (...) aí faz a escovação a gente entrega a escova e a pasta (...), aplicação de flúor e essas escovações são semanais e a aplicação de flúor é bimestral a gente faz um levantamento epidemiológico, dependendo da necessidade a gente traz pra resolver aqui...Den 5.

Percebe-se nas falas de alguns profissionais que as ações realizadas para os adolescentes na unidade de saúde são restritas à assistência dentro de programas do Ministério da Saúde, como o planejamento familiar e pré-natal, mostrando a inexistência de um espaço dentro dos seus cronogramas que priorize os adolescentes. Vale destacar, no entanto, que a fala dos dentistas mostra uma prioridade dentro do cronograma para assistir esta clientela. Portanto, a equipe de saúde deve otimizar esta oportunidade, e qualquer que seja a ação

realizada deve divulgar e facilitar o acesso a todos os serviços oferecidos pela unidade, inclusive as ações de Promoção da Saúde.

Em estudo realizado na ESF em Fortaleza-CE, Silva e Reis (2009) também constataram que os profissionais de saúde relatam que a “porta de entrada” dos (das) adolescentes na unidade de saúde são os serviços de Planejamento Familiar, Pré-Natal e Odontologia.

A mesma realidade foi demonstrada por Ferrari; Thomson; Melchior, (2008), em que, das ações programáticas realizadas pelos médicos, pouco mais de 20% são no Pré-Natal e Preventivo do Câncer Uterino, e cerca de 32% no planejamento familiar. Cerca de 70% dos enfermeiros atendem os adolescentes no Planejamento Familiar, e mais de 70% no Pré-Natal e Preventivo do Câncer Uterino.

Percebe-se um despreparo dos serviços de saúde em relação às práticas de cuidado com adolescentes, de forma a atender as peculiaridades e complexidades das suas necessidades, faltando espaços e suporte apropriados às suas demandas, seja no campo da orientação, proteção ou recuperação da saúde (QUEIROZ, 2010).

Nessa perspectiva, a integralidade é um ponto central das discussões que integram vários conceitos e práticas no campo da produção de cuidados. A integralidade, entendida como prática social e como um princípio universal da política de saúde do Estado brasileiro, oferece o exercício da soma de saberes e experiências, além de trilhar caminhos possíveis para formar com a responsabilidade coletiva algo melhor no campo da saúde (HENRIQUES; PINHEIRO, 2008).

Para tanto, sabe-se que os modelos tradicionais da atenção médica e de saúde pública são fragmentados e desintegrados e não responderam às necessidades dos adolescentes, ao passo que o modelo de atenção sob a ESF, que consta na Constituição Federal, na Estadual e em leis orgânicas municipais e na legislação do SUS, destina-se a cumprir os princípios da integralidade, priorizando as ações preventivas e promocionais, a universalização da assistência nos níveis de atenção da promoção, proteção, recuperação e reabilitação. Os relatos demonstram que este modelo se aplica à realidade estudada, porém ainda não é totalmente concretizado, pelo menos no que se refere à saúde do adolescente.

Esta realidade encontrada no estudo, sob a óptica da proposta de Promoção da Saúde, articula-se ao *quinto campo proposto na Carta de Ottawa – reorientação de serviços* – que tem influência das instituições formadoras dos profissionais de saúde, saindo do modelo biomédico, hospitalocêntrico, e baseado na doença, para um modelo de promoção da saúde.

Percebe-se, no entanto, com base nas evidências apresentadas no estudo, dificuldades na priorização de ações para o adolescente, em que estes vêm sendo incluídos apenas nas atividades já programadas nas unidades de saúde, assim como a dificuldade na inversão da assistência prestada, como é sugerido na Carta.

Apesar de os profissionais relatarem desenvolver “**Atividades pontuais de educação em saúde**”, pode-se observar que existem iniciativas de trabalho com adolescentes e, mesmo isoladas, são importantes. As falas que se seguem denotam esta compreensão e nos possibilitam vislumbrar-se esta realidade.

A gente vai pras escolas, e a gente faz grupo com esses adolescentes, onde a gente vai abordar questão sexual (...), a questão da saúde bucal, (...) vacinas, planejamento familiar (...) Enfa 4.

Ainda é muito incipiente, ainda é muito pouca. (...) a gente até fez uma enquete com eles para saber se tinham interesse de participar de grupos, as atividades que eles queriam que realizasse. (...) só que a gente ainda não desenvolveu por conta dos horários nas escolas. Enfa 8.

No momento a minha equipe, (...) tá planejando um grupo de adolescentes para prestar informação. Enfa 10.

E as atividades que todos os dentistas fazem nas escolas são atividades de promoção, prevenção, palestras educativas, sessões educativas, aplicação de flúor. Den 01.

(...) trabalha de uma forma interdisciplinar não só o dentista, mas o médico, o enfermeiro são convidados a dar palestras dentro de áreas que foram escolhidas pelos próprios adolescentes ... Den 10.

Nós estamos fazendo palestras dentro dos colégios (...) aquela coisa bem pontual a gente faz a palestra ai passa um tempo depois faz de novo com outra turma. Méd 2.

(...) na nossa área a gente tem uma fundação que trabalha com adolescente, então, algumas vezes a gente é convidado pra fazer palestra lá, certo! Méd 5.

Merece destacar alguns aspectos presentes nas falas dos entrevistados, como o fato das atividades educativas serem de forma contingentes e ainda centrada na informação, mas já sinaliza um trabalho interdisciplinar e com inserção nos equipamentos sociais, como escolas e fundações.

Moura e Rodrigues (2003) encontraram realidade idêntica à deste estudo, quando verificam a predominância de paradigmas de Educação em Saúde que reforçam práticas reducionistas, os quais inovam o saber do outro.

Para Machado e Vieira (2009), as ações de Educação em Saúde, numa concepção ampliada de cuidado de saúde, requerem a participação do usuário na mobilização, capacitação e desenvolvimento de aprendizagem de habilidades individuais e sociais para lidar com os processos de saúde-doença, estendendo-se à concretização de políticas públicas saudáveis.

Concorda-se, então, que os processos educativos, em que interagem profissionais e usuários devem acontecer de forma sistemática, planejadas e provocadoras de mudanças de comportamento e não mera informação.

Em estudo realizado por Oliveira *et al* (2008) foi encontrado o fato de que os atendimentos aos adolescentes na atenção à saúde sexual e reprodutiva eram realizados principalmente nas consultas de enfermagem, dentro das unidades de saúde mediante a procura deles ou demanda espontânea, no entanto o estudo também percebeu que eram realizados atendimentos em grupo de forma esporádica e contingencial.

A atividade grupal é muito importante nesta faixa etária, pois uma das características dos adolescentes é procurar no grupo de companheiros a sua identidade e as respostas para as suas ansiedades e dúvidas, facilitando a expressão de sentimentos, a troca de informações e experiências, bem como a busca de soluções para seus problemas. Portanto, é importante o profissional desenvolver ações educativas com base nas necessidades identificadas pelo próprio grupo, considerando o contexto histórico, político, econômico e sociocultural (BRASIL, 2005b).

A inclusão da escola, como relatado pelos entrevistados, é fundamental neste processo. Professores em cooperação com profissionais da saúde poderão desenvolver um trabalho excelente nestes locais, pois abrangem quase toda a população adolescente, principalmente os do sexo masculino que procuram menos os serviços de saúde.

Atuar de forma multiprofissional exige um trabalho em equipe com interação e troca na seara de competência e abre a possibilidade de cada um usar todo o seu potencial criativo na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado. Em estudo realizado por Ferrari; Thomson; Melchior, (2008), os autores encontraram realidade semelhante, em que seria interessante que as atividades fossem desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar como assistente social, psicólogo, médicos, enfermeiros etc. Para isso, será preciso ir além do

atendimento clínico e buscar parcerias com outros setores, a fim de obter melhor e maior efetividade nas ações de atenção à saúde do adolescente.

Estes achados do estudo se articulam ao **quarto campo da Carta de Ottawa - desenvolvimento de habilidades pessoais**, que apoia o desenvolvimento pessoal e social mediante a divulgação de informação, Educação em Saúde e intensificação das habilidades vitais; e ao **quinto campo - reorientação do sistema de saúde**, em que propõe que a Promoção da Saúde nos serviços é responsabilidade de todos, deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidades, grupos, profissionais da saúde, instituições e governos.

Quando perguntado aos gestores de saúde do Município investigado como ocorria no nível da gestão à implementação da política de promoção da saúde com foco no adolescente, obteve-se “**Quero saber de modo geral o que deveria ser feito**”.

Em relação à adolescente há duas grandes preocupações a sexualidade sobre tudo no caso da mulher pra evitar a gravidez não desejada gravidez na adolescência e a questão das drogas. Então nós temos no âmbito do PSF, o adolescente ele não vai a unidade tem que ser abordado preferencialmente na escola ou em ambiente que ele possa ir. Isso é certamente uma dificuldade pra fazer promoção depois pra fazer a assistência de quem chega é mais fácil quer dizer a menina que chega já grávida pra acompanhar o pré-natal ai a gente tem na nossa rede de serviço na maternidade escola voltado pra gravidez na adolescência (...) Mas na promoção eu até quero saber de modo geral o que deveria ser feito, mas precisa mesmo de uma avaliação na prática como é que isso ta desenrolando. O agente comunitário de saúde que é um grande educador na realidade não tem o adolescente como prioridade, trabalha muito gestante, trabalha criança depois foi incorporando o idoso e ai pessoas com diabetes com hipertensão, tuberculose, hanseníase, mas não tem uma ação voltada para o adolescente. G.1

(...) nesse momento da gestão a gente tá apostando na verdade é no Programa Saúde Escolar. A grande estratégia de envolvimento tanto dos adolescentes e de aproximação da educação com a saúde para que a gente possa ter uma política mais integrada de levar essa promoção mais pra dentro da escola porque todas as nossas unidades você pode observar elas tem um perfil materno-infantil, ela não atrai adolescente nem jovem. Então, você vai ver, se você entrar na unidade ta lá à mãe com o bebê no braço, com criança de 5-10 anos. As adolescentes são no meio que quando entra na unidade ele tá muito mal ou então alguma coisa aconteceu. Não é uma unidade amigável no ponto de vista de atrair adolescente de ser um espaço realmente de confiança e nem os profissionais se sentem preparados, principalmente na educação é onde a gente tem mais dificuldade até na própria saúde. Então, eu vejo assim no nível da gestão a implementação da política elas barram, alias ela não pode ser tratada somente dentro do centro da saúde porque ela tem que envolver a

educação, não há como você fazer política com adolescente que não seja dentro da escola, mas a gente barra pela a formação dos professores que não conseguem dialogar sobre questões como sexo, gravidez, eles tem muitas dificuldades e a aposta que se tá fazendo realmente é assim que através do Programa Saúde Escolar a gente vai conseguir romper essas dificuldades e vai avançado, ter um diálogo. G.2

Na questão de prevenção a gente foca muito a ação coletiva que ainda está muito focalizada nas escolas, nas escolas municipais e estaduais alguns creches (...) a gente foca as ações supervisionada, educação em saúde um trabalho só mesmo em modelo, uma palestrazinha que a dentista faz... Uma coisa assim muito repetitiva que isto já muito caído na rotina e que os próprios alunos não agüentam mais, estão saturados (...) mas nós estamos incrementando ainda nós temos essa deficiência ainda como eu falei temos alguns projetos pontuais. Eu não vou dizer que o município todo ta trabalhando dessa forma, mas o básico é desse jeito. É o profissional na escola. Faz a entrega do kit faz educação em saúde, faz uma palestra e tal... Faz uma evidenciação de placa, identifica com exame de necessidade daquelas crianças que precisa ir ao consultório e pronto. Aí tem aquele acompanhamento mensal. Uma vez a auxiliar faz a escovaçãozinha, outra vez o dentista faz acompanhamento, mas esse é o básico. A grande maioria trabalha assim, mas existe dentista que trabalha em parceria com enfermeira, às vezes com nutricionista. G.3

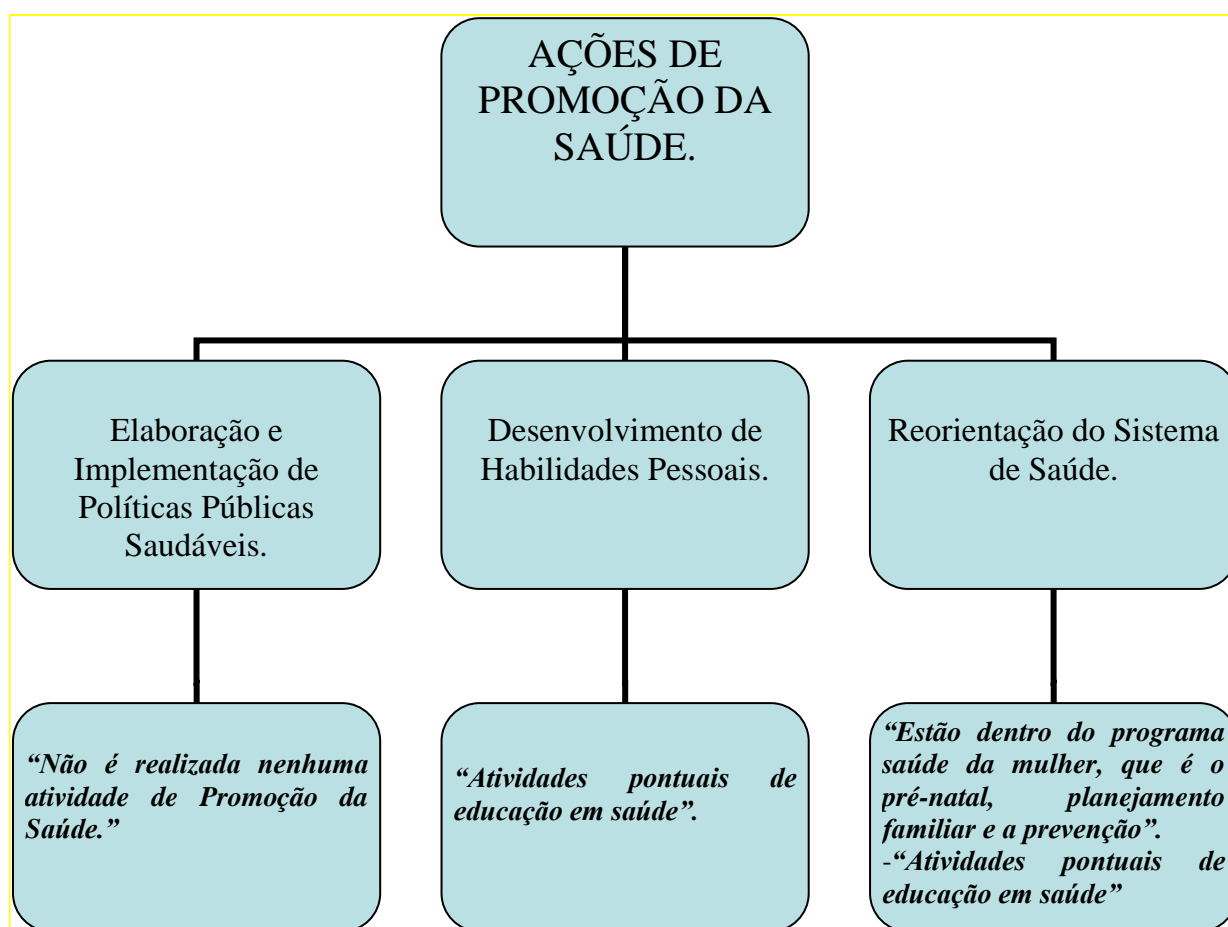
A perspectiva dos gestores foi bem diversificada. Relataram desde o desconhecimento sobre a implementação da Política de Promoção da Saúde para adolescentes, ao reconhecimento de que esta só passará a vigorar com a chegada do Programa Saúde na Escola – PSE, chegando a admitir que só exista mediante ações eventuais de Educação em Saúde. Esta visão coincide com as declarações conferidas às ações de Promoção da Saúde executadas na ESF para adolescentes por alguns profissionais.

Constatou-se falta de priorização desta faixa etária, com políticas bem definidas e ações delimitadas pela gestão para uma conseqüente execução na programação de cada equipe da ESF. Caso contrário, continuar-se-á a ter apenas ações contingentes de alguns profissionais que se identificam com este grupo etário. Isto vai contra o Artigo 11, do Capítulo I, do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA: “É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantido acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde”. (BRASIL, 2007a, p.4).

Os gestores, porém, citaram alguns instrumentos oficiais que privilegiam o planejamento das ações de Promoção da Saúde com priorização do adolescente, como a Cartilha do Adolescente, o Plano Regional de Saúde e Política Municipal de Saúde Bucal.

A figura a seguir sumariza as ações de Promoção da Saúde realizadas para os adolescentes pela equipe da ESF e demonstra como estas ações se inserem nos Campos propostos na Carta de Ottawa. Verificou-se a partir dos relatos dos entrevistados a necessidade da efetivação, na prática, do PROSAD, para que promovam a saúde para os adolescentes, conforme preconizado no primeiro campo da Carta - Elaboração e Implementação de Políticas Públicas Saudáveis. Nota-se, que as iniciativas de Promoção da Saúde para esta faixa etária ainda são tímidas, porém existem de acordo com o que recomendam os campos Desenvolvimento de Habilidades Pessoais e Reorientação do Sistema de Saúde.

Figura 2 – Ações de Promoção da Saúde e sua Inserção nos Campos da Promoção da Saúde da Carta de Ottawa. Fortaleza-CE, 2010.



Fonte: Dados coletados na Pesquisa. Fortaleza-CE, 2010.

Viabilidade para realizar as ações de Promoção da Saúde

Quando questionados sobre o apoio da gestão para realizar as ações de Promoção da Saúde, alguns profissionais relataram que *“Todo material que usamos a Secretaria de Saúde fornece”*. Isto fica evidente nas falas seguintes:

Todo material que usamos a secretaria de saúde fornece, folder, cartaz, cartolina, pincel, cartilha, carro para deslocamento, caderneta de saúde do adolescente que já foi ate distribuído aqui no posto... Enfa 13.

Eu acredito que a secretaria de saúde foi de grande relevância para esse projeto PSE, porque esses adolescentes não vêm para a unidade de saúde, então levar a gente até a escola foi a melhor coisa que teve, e eles tão dando todo material agora mandaram essa ficha de avaliação, já mandaram 200 copias pra gente iniciar, mandaram caderneta dos adolescentes, masculina e feminina, vão envia o material educativo, vão enviar também balança, todo material, tudo que a gente pediu eles vão enviar. Enfa 14.

Sempre que a gente precisa de material, de disponibilização de recursos audiovisual, de veículos, no que a gente precisa a gente pode tá sempre contando com eles solicita com antecedência faz a programação não tem dificuldade. Enfa 22.

Ela é totalmente aberta, facilita em todas as maneiras, fornece material pra gente e tudo, dar assistência em tudo que a gente precisa, não tem dificuldade com ela não, pelo contrário, é muito acessível. Den 3.

Eles ajudam mais com o fornecimento de material né? Com vídeos, preservativos, álbum seriado, é assim, eles fornecem o material, é mais dessa maneira que eles atuam. Méd 5.

O Ministério da Saúde recomenda que sejam garantidos os equipamentos, impressos e insumos básicos de acordo com o tipo de atendimento que será realizado para os adolescentes (BRASIL, 2005b). A falta desses, no entanto, não deve inibir esta prática.

Para Machado e Vieira (2009), o processo educativo ocorre especialmente com pessoas, as quais são mais importantes do que os recursos. A cultura local, as rodas de conversas, formas de mobilização e diálogo, e outros recursos e meios existentes na área adstrita devem ser conhecidos pelos profissionais, que não podem se limitar a importar recursos para utilizar dentro da comunidade.

Os gestores confirmam a visão conferida pelos profissionais ao apoio da gestão na disponibilização de materiais que auxiliam na realização das ações de Promoção da Saúde. Isto está constatado quando informam que **“o que eles nos solicitam no possível a gente já providencia”**.

O recurso que veio é assim dos materiais, por exemplo, a questão da Odontologia saúde bucal os modelos, a dentição, as escovas de dente. A distribuição maciça que a gente faz, já fazia antes na saúde coletiva com eles na escovação e tal, mas recursos pra coisas mais ousadas pra criatividade pra que a gente possa isso aí é a gente não tem e eu acho que o adolescente ele é tão pulsante que ele, eu acho assim se não tiver isso aí realmente vai ficar difícil. G.2.

Os dentistas sempre pedem material de boa qualidade e aí a gente tem esse cuidado nas licitações. Então o que eles nos solicitam no possível a gente já providencia. G.3.

Para tanto, outros profissionais destacam em seus depoimentos dificuldades na disponibilização de materiais e insumos para o desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde para adolescentes na ESF, quando exprimem que **“Com relação a material e tudo a gente não tem”**:

Não têm material educativo para adolescentes na unidade. Temos o preservativo e anticoncepcional mais não é de boa qualidade e elas acabam abandonando, então seria de muito mais retorno se eles comesçassem a disponibilizar o anticoncepcional de boa qualidade porque elas iriam começar a aderir mais e diminuir a gravidez indesejada. Enfa 9.

Não viabiliza nada ainda. Inclusive era para ter chegado uma cartilha do adolescente e ainda não chegou, foi até divulgado pra os profissionais mais ainda não recebemos esse material. Enfa 1.2

Não viabiliza, não tem material, tipo assim, a gente sofre muito, com carência de material educativo, a gente não tem vídeo, a gente não tem panfletos, álbum seriado só tem de mulher, com anticoncepcional, aquele tem, mas o restante não tem. E a gente já questionou, e ela quer que a gente produza, com quê dinheiro? Né? O da gente. Den 7.

Ela só disponibiliza aquela boca de acrílico e a escova grande pra gente fazer ações educativas, mais eu acho que deveria disponibilizar mais materiais, álbum seriado às vezes nós mesmos confeccionamos, a gente pinta, faz recortes, cola, e quando têm campanha de prevenção de câncer de boca aí é que vêm escovas. Den 8.

A única coisa assim é a disponibilidade do horário, do turno. Porque assim, às vezes a gente até pede material para realizar com eles, fazer alguma coisa e aí a gente não consegue. A gente às vezes quer

conseguir tinta, cartolina, papel a gente tem que providenciar do nosso dinheiro mesmo pra conseguir fazer essas coisas, por enquanto, a gente não tem esse apoio tão grande não sabe. Méd 2.

Estudo realizado por Gurgel (2008) sobre as práticas de enfermeiras na Promoção da Saúde do adolescente adotadas na ESF, ela encontrou que a logística dos insumos do planejamento familiar foi expressa como um fator que contribui para a descontinuidade da atenção ao adolescente, pela irregularidade na oferta dos métodos contraceptivos. Realidade idêntica foi relatada por Oliveira *et al* (2008), quando referem que, com a escassez de materiais e recursos, o trabalho realmente fica a desejar, no sentido de abordar e direcionar suas ações aos adolescentes, situação esta que colabora ainda mais para uma atenção fragmentária a este grupo.

O Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde necessitam disponibilizar recursos, para que os profissionais possam fazer as orientações, o seu trabalho com a população; é importante o fornecimento de métodos, materiais e recursos financeiros para melhorar a saúde dos adolescentes, por meio de educação, treinamento e disseminação de informações à população (OMS, 1989).

Entende-se que os recursos citados pelos profissionais para o desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde são importantes, no entanto, a valorização das tecnologias destacadas nas falas pode levar a se inferir um desconhecimento de outras formas e meios de implementar os processos de Promoção da Saúde. Este fato decorre, muitas vezes, da formação desses profissionais, que é predominantemente científica e menos humanística. Este fato choca-se ao preconizado no *campo da reorientação de sistema de saúde* – que perpassa pela formação dos profissionais.

Os profissionais destacam em seus depoimentos que **“diferenciar o atendimento para adolescentes a gente nunca fez e nem sabe”**, retratando mais uma vez a importância dos gestores disponibilizarem estratégias de educação permanente para qualificação dos trabalhadores de saúde para que possam assegurar a assistência ao adolescente pautada na integralidade, como enfatizado em outras falas destacadas anteriormente.

Eu ainda estou achando muito lento.... Mandaram as cadernetas e os treinamentos estão vindo a passos de tartaruga. Ninguém nunca chegou assim... vamos parar e diferenciar o atendimento para adolescentes.... e a gente nunca fez e nem sabe. Enfa 2.

Eu fiz um curso que não era voltado pra adolescente, mas pega um pouquinho, porque queira ou não o maior foco do adolescente é a sexualidade, a gente fez um curso de DST no ano passado, envolve muito a parte da sexualidade, mas nenhum exclusivo pra adolescente.

Inclusive quando se fala de adolescente eu tenho um frio na espinha, porque eles são muito desafiador, eu particularmente não gosto, iria trabalhar com certeza porque eu costumo dizer que tem coisas que a gente não gosta, mas temos que fazer porque faz parte da nossa obrigação, mas não sou capacitada pra isso, nunca fiz nada nem aqui nem outros municípios que já trabalhei. Enfa 24.

Assim quem vai mais pra essa parte de curso é o pessoal da enfermagem, pra nós médicos, eu nunca vi, eu nunca participei de nenhum não, eu acho que até tem, mas quem vai mais são os enfermeiros. Méd 06.

Como destacado pelos sujeitos do estudo, configura-se uma insegurança no aspecto de conhecimentos técnicos para trabalhar com os adolescentes, assim como o equívoco do profissional médico em que sua atuação estaria voltada apenas para assistência curativa e estritamente técnica, não havendo espaço para aperfeiçoamento nesta área. Estes posicionamentos justificam, ainda mais, a existência de uma política de educação permanente pautada nas necessidades apontadas pelos profissionais, ou seja, na área de assistência ao adolescente.

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, seja no âmbito nacional, estadual, regional, e mesmo municipal, deve considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde - entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações (BRASIL, 2009).

Todo município deve formular e promover a gestão da Educação Permanente em Saúde e processos relativos a esta, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando do seu financiamento; além de articular e cooperar com a elaboração e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde de acordo com as diretrizes do SUS (BRASIL, 2009).

Portanto, é recomendável o profissional atendente do adolescente adquira uma série de competências que permitam a realização adequada das ações de Promoção da Saúde. A Educação Permanente deve, visar a mais do que um simples domínio de conhecimentos e habilidades técnicas, pois objetiva também, a transformação da prática profissional e da qualidade do serviço. (BRASIL, 2008b).

Na fala dos gestores eles enfatizam que disponibilizam cursos que viabilizam direta ou indiretamente a abordagem ao adolescente, quando relatam “**uma quantidade muito grande de treinamentos**”, de acordo com as falas seguintes:

(...) uma quantidade muito grande de treinamentos, de informação algumas nas especialidades de pós-graduação, ou seja, um curso de especialização em saúde da família, residência ou de formações mais curtas que a atenção a saúde do adolescente faz parte do currículo quanto a residência quanto do curso de especialização em saúde da família e o principal desafio nosso na verdade é ampliar essa oferta de serviços pra garantir o acesso mínimo necessário(...) G.1.

(...) Foi feito e vai ser feito de novo por regional, como área é muito grande fica difícil centralizar começou na regional 4 temos a 3, na 1 e na 2 nós fizemos capacitação das auxiliares de saúde bucal, ai inclui deste o cuidando do cuidador, cuidado com ergonomia, biossegurança e os trabalhos com as ações coletivas. Elas confeccionaram o material, fizeram uma amostra e elas usam esse material na escola. Para os dentistas tem o apoio da UFC e UNIFOR. Para os dentistas a gente iniciou agora um projeto com professor Sergio Luz. Eles pedem demais outras formas de trabalhar a educação permanente porque as idéias às vezes bloqueiam. Então ele vem como uma proposta de Piaget ele tem umas idéias bem legais. Como é um projeto piloto a gente começou em uma só regional. Existe outras coisas fora educação e saúde, existe também o trabalho com DST e AIDS já duas vezes fizemos capacitação para dentista, para atendimento com retrovírus e adequação de toda a parte de barreira física química e isso foi feito em todas as regiões. G. 3.

Com amparo nas evidências há pouco anunciadas, observa-se que os cursos, apesar de serem ofertados, muitas vezes, não atendem as necessidades dos profissionais.

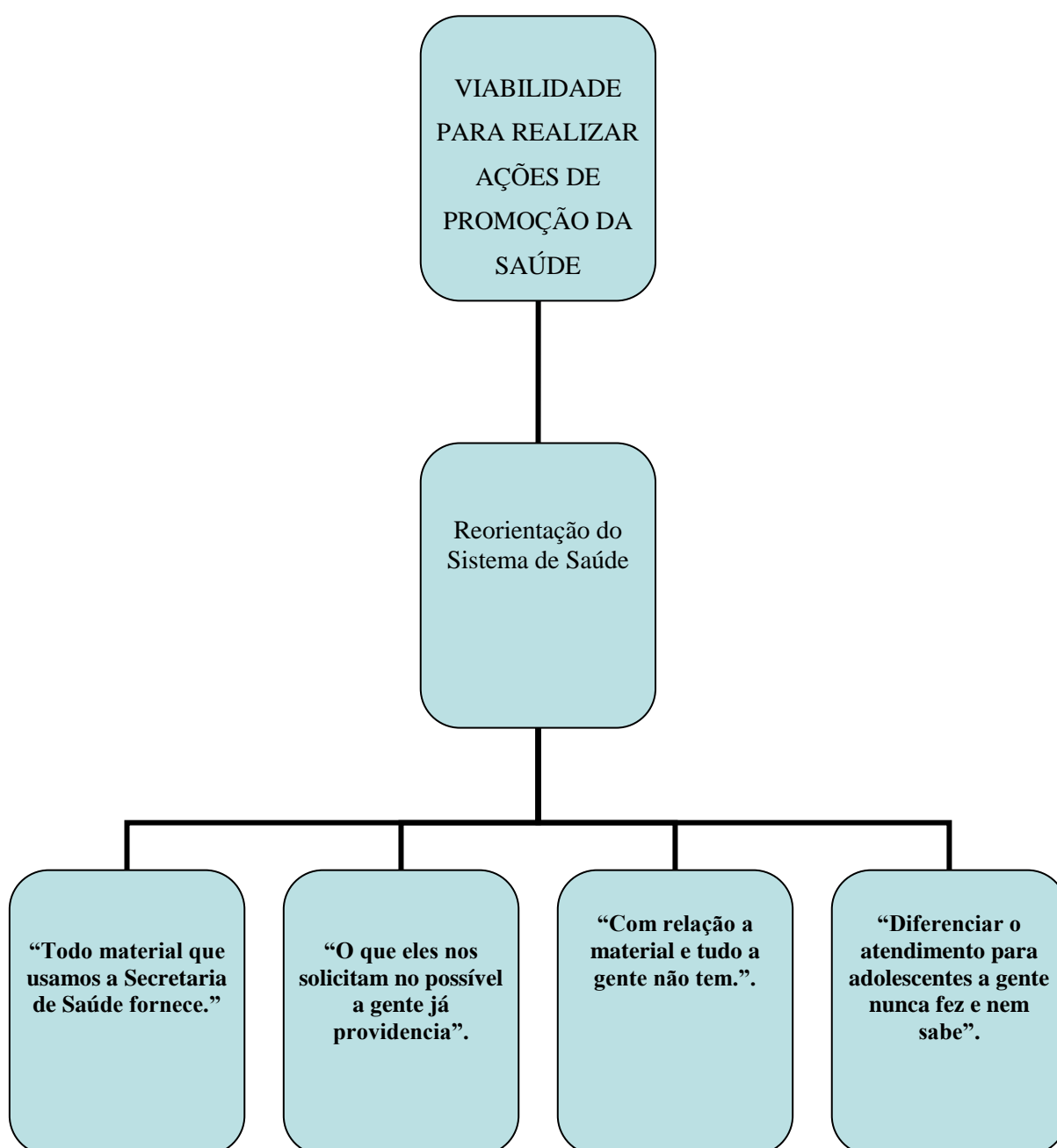
Como preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente, os cursos devem ser pactuados, pelos gestores, a partir dos problemas enfrentados na realidade, levando em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm e considerar que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações, além de articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde (BRASIL, 2009).

Sabe-se que, historicamente, os cursos ofertados aos profissionais de saúde não se adequavam ao preconizado pela Política de Educação Permanente em Saúde, muitas vezes não atendendo as reais necessidades dos profissionais, e, ainda, não provocavam mudanças em suas práticas.

A figura da seqüência apresenta a categoria viabilidade para realizar as ações de Promoção da Saúde e sua inserção no campo Reorientação do Sistema de Saúde. Percebe-se que, nesta categoria, aparece mais fortemente apenas um campo proposto pela Carta de

Ottawa. Observou-se que a viabilidade relatada passa pelo fornecimento de materiais e insumos para execução das ações de Promoção da Saúde, assim como pela ausência de qualificação dos profissionais para assistir adolescentes. Estes relatos estabelecem relação com o campo Reorientação do Sistema de Saúde, que fortalece a formação na área de saúde voltada para a Promoção da Saúde.

Figura 3 – Viabilidade para Realizar as Ações de Promoção da Saúde e sua Inserção no Campo da Promoção da Saúde da Carta de Ottawa. Fortaleza-CE, 2010.



Fonte: Dados coletados na Pesquisa. Fortaleza-CE, 2010.

Dificuldades e facilidades

O Ministério da Saúde recomenda, como parâmetro de cobertura por equipe de Saúde da Família, a responsabilidade de, no máximo, 4000 habitantes, sendo a média recomendada de 3000 habitantes (BRASIL, 2006b). Na realidade, as equipes se responsabilizam por um número bem maior do que o recomendado, levando a unidade de saúde a uma demanda excessiva e desordenada que sobrecarrega a maior parte dos profissionais. Essa sobrecarga compromete a qualidade da atenção e *“não dá tempo pra cuidar do adolescente.”* Esta asserção foi exposta nos discursos dos profissionais:

Eu acho que no nosso caso é a questão do tempo mesmo... Não sei. A demanda, porque nós temos uma área muito grande e só são 4 ESF e a nossa demanda é muito grande. A gente tenta trabalhar a principio no grupo que precisa mais, no caso nós temos muita gestante, e a amamentação é baixa, então a gente tenta trabalhar no grupo de gestantes. Talvez a gente deixe passar mesmo o adolescente. Enfa 1.

(...) o que dificulta é a gente sair da unidade por que a demanda aqui da unidade é enorme, a gente conseguir sair tirar um dia na semana pra ficar na escola, vai ser muito complicado por que a gente já vai tirar a demanda de outros programas né, à gente tem outros programas também pra atender, mas a gente acha que não vai ter tanta dificuldade não. Enfa 14.

Primeiro isso, a questão das equipes ainda descobertas, as equipes incompletas. Segundo nós temos problema de estrutura física que até pra os atendimentos elementares a gente ta tendo problema, falta de sala adequada, uma sala de reuniões. Enfa 20.

A demanda. Aqui é um PSF não é, mas não funciona. Funciona como posto de saúde a gente faz o programa da gente, uma visita... mas é muito precária, mas não dá pra acompanhar Quem faz essas coisas com adolescentes é mais a enfermeira. Porque a gente nunca tem tempo. Med 4.

A maior dificuldade é tentar conciliar a demanda do posto que é muito grande com a área imensa pra posto pequeno com poucos profissionais pra realização de programas. Então hoje metade do nosso público já é voltado pra programas hipertensos, diabéticos, crianças e gestantes e a outra metade a gente não consegue muitas vezes a gente precisa sufocar um pouco pra conseguir dar resposta a demanda do posto, então isso ai é em princípio o primeiro lugar.

Med 9.

Os gestores confirmam a fala dos profissionais, enfatizando a situação que se encontra nas unidades de saúde da ESF em decorrência da baixa cobertura das áreas adstritas. Observa-se que, apesar de ter aumentado o número de equipes da ESF, manter a equipe completa é um desafio para o Município de Fortaleza. Atualmente dispõe de 315 equipes na ESF, correspondendo a 43% de cobertura da população. Observa-se uma cobertura inferior à do Estado, que em 2006 foi de 65% (FORTALEZA, 2007).

(...) nós temos um déficit grande de unidade de saúde, apesar do crescimento que aconteceu, sobretudo no momento da oferta do PSF ainda tem assim déficit enormes de unidades básicas de equipes do PSF que a gente saiu de 14 pra 43% de cobertura, mas isso significa o que mais da metade da população não tem cobertura de PSF ou as equipes que existem elas estão lotadas com população ao dobro. Como não tem ninguém desassistido significa na prática que a maioria das unidades tá trabalhando com o dobro da população por conta da escassez de unidades e ainda de equipes do PSF, mas o que a gente tem feito foi garantir essas condições agora com o chamamento de todos os agentes comunitários de saúde selecionados no concurso chamamos 952 agentes comunitários de saúde e agora mais 192 que ficaram no segundo lugar para nós temos em torno de 2.600 agentes comunitários de saúde que ai essa condição nós vamos ter praticamente 100% da população coberta por agente comunitário de saúde e ai todo o trabalho mais de promoção de saúde que é feito pelo agente ai vai ser possível. G.1.

As ações de Promoção da Saúde são prejudicadas também em virtude do grande número de responsabilidades e atividades dentro da unidade de saúde, conforme é caracterizado nas falas dos profissionais:

E o nosso tempo porque eu acho que a nossa carga de atribuições são muito grande ai tem que dar conta de planejamento, de prevenção que o tempo todo em cima ai tem que anotar o número de prevenção daqui a pouco pré-natal que ta em cima e daqui hipertensão que a gente tem que cumprir não dá tempo pra cuidar do adolescente. Enfa 21.

Em geral o que dificulta aqui no posto é que não tem um programa de atendimento para os adolescentes, a falta de tempo dos profissionais por conta de tantos outros programas. Den 9.

O trabalho no dia a dia, você acaba priorizando outras coisas que não a adolescência que é importantíssima priorizar até por causa da droga que a gente sabe que ta nas escolas. Méd 2.

A reorientação do sistema de saúde no Brasil encontra-se em fase de consolidação, estruturada com suporte na atenção básica, por meio de uma rede de unidades básicas de

saúde. A atenção básica constitui o primeiro nível de atenção e configura-se como porta de entrada da população no sistema de saúde; ela deve atender a uma demanda universal, de forma equânime, integral e resolutiva. Deve também ser estruturada de maneira que atenda, de forma eficiente, eficaz e efetiva, as necessidades da saúde da população adstrita (BERTUSSI; OLIVEIRA; LIMA, 2006).

A Lei Federal nº. 8.069, de 13 de julho de 1990, criou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com o objetivo de reaver na criança e no adolescente o direito de ser cidadão. Garante, também, o direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação das políticas públicas, e define que o SUS se responsabilize por estas ações. Oliveira et al (2008), no entanto, relatam que a grande quantidade de processos burocráticos é impeditiva da qualidade e eficiência da atuação das enfermeiras e do enorme número de programas que elas devem colocar em prática; a integralidade ainda constitui um desafio; o trabalho com adolescentes fica sem continuidade, porém, disponível durante as consultas de enfermagem, quando estes procuram pelo serviço de saúde.

Gurgel (2008) encontrou em sua pesquisa o fato de que a sobrecarga de trabalho é inconformidade que dificulta o planejamento de visita domiciliária, consulta individual e atividades em grupo para adolescentes e familiares, atribuindo a essa sobrecarga três fatores preponderantes: 1) o número de famílias que extrapola o parâmetro máximo estabelecido pela ESF; 2) a equipe incompleta; e 3) a responsabilidade da equipe pelas áreas descobertas, ou seja, pelas áreas de influência do Centro de Saúde, que pelo princípio da universalidade do SUS, não pode deixar de atender e de fazer os encaminhamentos devidos.

O Artigo 11, do Capítulo I, do ECA, destaca: “ É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantido acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde”. (BRASIL, 2007a, p.4).

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

Faz-se necessário, no entanto, que os gestores busquem aumentar a cobertura da ESF e melhorar/ampliar a estrutura física das unidades de saúde no Município estudado, além de viabilizar a implementação da política de saúde dos adolescentes com adesão das equipes da

ESF às ações de Promoção da Saúde, proporcionando um clima de confiança e de compromisso, voltadas para um ambiente acolhedor, e desta forma assegurar o preconizado no *primeiro campo da Carta de Ottawa – elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis*.

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

Outra dificuldade elencada pelos profissionais foi que *“seria necessário mais capacitações específicas para trabalhar com estes usuários”*, conforme comprovam os relatos:

Para os profissionais o que dificulta é a falta de capacitação, a gente precisa está capacitado porque para fazer grupo e manter grupo de gestantes e de idosos é muito fácil mais de adolescentes é muito difícil, temos que ser muito criativos e trazer algum que seja atrativo, muita dramatização, muitas atividades para envolvê-los, teatro... Aí a gente poderia resgatar esses adolescente, mais da forma que os profissionais foram formados e que já estão formados a algum tempo e não ta sendo capacitados para trabalhar com eles aí fica difícil a gente atrair esse público. Enfa 9.

(...) por outro lado eu sinto muita dificuldade porque nós não formos preparados para trabalhar com adolescentes então assim a vida acadêmica eu acho que é muito incipiente nesse assunto né e a própria prática eu acho que o assunto adolescente ta sendo despertado agora. Enfa 18.

(...) a questão da abordagem correta, a gente conseguir passar tudo que quer passar de forma interessante, colégio ainda é pior porque tem a mistura de idade e eles tudo junto ficam em uma gaiatice só. Den 9.

De uma maneira mais geral né? E também o que dificulta, é a capacitação dos profissionais, a gente realmente precisa ta mais bem capacitado pra lidar, porque as vezes é difícil sabe, tem situações que a gente não sabe como lidar, conversar, atuar. Med 5.

(...) na verdade não, eu nunca participei de nenhuma capacitação, de nada em relação a adolescente, eu acho que isso fica mais a cargo da

enfermagem mesmo, porque é mais fácil eles saírem pra um curso do que a gente. Méd 6.

Mais uma vez chama-se a atenção para a formação dos profissionais de saúde, conforme destacado nesses depoimentos anteriores, em que a maioria dos sujeitos enfatiza a necessidade de capacitações, além de falhas na formação acadêmica, para abordar de forma mais dinâmica os adolescentes. Observa-se que os profissionais se referem ao termo capacitação, que traz uma abordagem, na maioria dos casos, pautada na transmissão de conhecimentos dentro da lógica do “modelo escolar”, com o intuito de atualizar novos enfoques, novas informações ou tecnologias na implantação de uma política.

A experiência acumulada e as avaliações ao longo de décadas mostraram que a hora de passar da aplicação à prática jamais chega e que o acúmulo de esforços e os recursos não alcançam os resultados esperados. Apesar das evidências, insiste-se neste estilo de capacitação que demonstra ser a lógica escolar incorporada habitual e sutilmente nos modelos mentais. Ainda que em alguns casos se alcancem aprendizagens individuais por meio da capacitação, elas nem sempre se traduzem em aprendizagem organizacional. Isto é, não se transferem para a ação coletiva (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde rompe com essa ideia, quando propõe um aperfeiçoamento profissional pautado na realidade encontrada nos serviços de saúde e no conhecimento prévio destes, aproximando a teoria da prática.

Percebe-se, no entanto, que a maioria dos cirurgiões-dentistas refere sentir-se preparada para promover a saúde dos adolescentes, quer seja a importância de sua formação, que a gestão promoveu capacitações, além de encontros mensais com os profissionais de outras equipes para compartilhamento de experiências e espaço dentro do cronograma de atividades diárias para aperfeiçoamento na assistência ao adolescente.

O depoimento do gestor também aponta para esta evidência, destacando a influência do processo de formação, em que alguns profissionais se identificam mais do que outros para promover a saúde de adolescentes na atenção básica, além de enfatizar o fato de que, para sanar esta dificuldade, promove amostras de iniciativas de promoção da saúde que estão dando certo.

Parece que o motivo da procura do adolescente pelo serviço de saúde não tem sido além dos problemas clínicos. Mesmo que alguns profissionais demonstrem interesse em realizar atividades de Promoção da Saúde, alguns dos discursos dos participantes deste estudo referem que: *“os adolescentes não procuram a unidade, nós é que temos que ir atrás deles.”*

É falta de interesse dele, a gente vai, ai na outra vez vai procurando nas casas, vai puxando mesmo para ver se eles vão, a gente leva uma equipe boa, faz tudo e na outra vez eles não vão, porque aqui a gente tem material e recursos humanos, não é a primeira vez que tentei lá não e nem por isso eu não me entristecer, mas é muita falta de interesse deles, sinceramente. Num sei se é a abordagem, mas nesse dia que eu fui foi uma menina da residência mais nova eu levo de tudo, levo gente do PET: Vamos que vocês têm uma linguagem mais parecida com a deles, vai ser muito mais fácil eles aceitaram uma orientação de vocês do que minha. Menina é muito difícil, na escola pense na dificuldade para tentar passar alguma mensagem. Enfa 16.

(...) mas é difícil trabalhar com adolescente eu acho que é do próprio adolescente mesmo chegar próximo conversar e tudo já é por parte deles, mas adolescente feminino que ainda chega um pouquinho pra pegar comprimido no planejamento familiar, mas eu acho que é porque o público adolescente é mesmo difícil de lidar eu não sei se existiria um programa um projeto milagroso ou alguma coisa assim que faça com que o adolescente venha que atraia ele eu acho difícil realmente eu não sei assim te dizer o que seria ideal não. Enfa 21.

(...) daqui acolá tem uns rebeldes, mas isso ai faz parte da adolescência em todos os locais tem uns que não querem aceitar a gente conversa, mas a maioria tem abertura total... Den 3.

O que dificulta é o próprio adolescente em si, que ele realmente não procura, não sei se é porque ele acha difícil ou porque não tem certa liberdade de tirar duvida, não sei se em casa também nossa população tem um nível socioeconômico mais baixo, eu acho que a família, os pais também tem uma certa distancia, pelo menos é o que a gente tem percebido por fora ne? Méd 5.

Os gestores confirmam a visão conferida pelos profissionais, destacando a falta de perfil da unidade de saúde para acolher o adolescente, quando destacam que **“As nossas unidades você pode observar elas tem um perfil materno-infantil”**, levando este grupo etário a só procurar o serviço quando estão com algum agravo, ou no caso das meninas para planejamento familiar, pré-natal e mais raramente para prevenção câncer de colo de útero.

(...) o adolescente ele não vai a unidade tem que ser abordado preferencialmente na escola ou em ambiente que ele possa ir. Isso é certamente uma dificuldade pra fazer promoção depois pra fazer a assistência de quem chega é mais fácil quer dizer a menina que chega já grávida pra acompanhar o pré-natal ai a gente tem na nossa rede de serviço na maternidade escola voltado pra gravidez na adolescência. G. 1.

A grande estratégia de envolvimento tanto dos adolescentes e de aproximação da educação com a saúde para que a gente possa ter

uma política mais integrada de levar essa promoção mais pra dentro da escola porque todas as nossas unidades você pode observar elas tem um perfil materno-infantil, ela não atrai adolescente nem jovem. As adolescentes são no meio que quando entra na unidade ele tá muito mal ou então alguma coisa aconteceu. Não é uma unidade amigável no ponto de vista de atrair adolescente de ser um espaço realmente de confiança e nem os profissionais se sentem preparados, principalmente na educação é onde a gente tem mais dificuldade até na própria saúde. G. 2.

Sobre este aspecto Araújo e Calazans (2007) destacam que as Unidades Básicas de Saúde (UBS's) foram feitas para as gestantes, para as crianças muito pequenas e para os portadores de doenças crônicas. A falta de espaço para os adolescentes nas UBS's, porém, faz com que eles nem se aproximem da porta da unidade e buscam o serviço só em casos extremos como, por exemplo, quando estão grávidas ou com problemas agravantes. Para que as UBS consigam desenvolver ações de Promoção da Saúde que envolvam os adolescentes, é preciso que as pessoas dessa faixa etária frequentem mais as unidades de saúde e que os profissionais consigam estabelecer um vínculo de confiança com eles.

Tais resultados não diferem de pesquisa realizada por Ferrari; Thomson; Melchior (2006), em que profissionais que trabalham em programas de atenção à saúde de adolescentes referem dificuldades no trato diário com esse grupo etário, pois para que se cumpra a agenda de atividades os esforços parecem ser em vão, causando-lhes frustração, desmotivação, mal-estar e até mesmo irritação, pois geralmente não comparecem ao serviço.

A captação dos adolescentes deve ser realizada por meio de ações estratégicas, tanto nas unidades de saúde quanto na comunidade. A atenção à saúde destes não deve se limitar às atividades realizadas no âmbito da unidade de saúde. É importante, no entanto, o profissional de saúde otimizar as oportunidades de contato com os adolescentes (BRASIL, 2005b).

Para a adesão do adolescente ao espaço que lhe é oferecido, é necessário permitir que ele seja ouvido, possa expor suas ideias, sentimentos e experiências, e que também seja respeitado e valorizado. O adolescente não quer nada pronto e, talvez, ele ainda não tenha encontrado este espaço no serviço de saúde (JEOLÁS, FERRARI, 2003).

Esses autores reafirmam que, quando os profissionais ganham a confiança dos adolescentes, eles se tornam ouvintes e interlocutores, mas, antes mesmo que aconteça esta interação, é necessário que se efetive uma *política pública* para ampliar o acesso do adolescente aos serviços de saúde, para criar espaços para discussão e aprofundamento de questões formuladas pelos próprios adolescentes, que sintam prazer em discutir temas

difícilmente abordados no cotidiano, viabilizando o *empowerment* destes, como enfatiza o ***terceiro campo da Carta de Ottawa – Reforço da Ação Comunitária***.

O Reforço da Ação Comunitária foi enfatizado na IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, e privilegia o compartilhamento do poder e da tomada de decisões, visando ao crescimento e ao desenvolvimento individual e coletivo. Dessa forma, possibilita-se a inclusão dos adolescentes no planejamento de ações voltadas para eles e, conseqüentemente, a possibilidade de maior adesão.

A percepção emitida pelos profissionais acerca das facilidades encontradas para desenvolver as ações de Promoção da Saúde ocorre em razão da ***“boa vontade da própria equipe de querer trabalhar”***.

Facilita a boa vontade dos profissionais, todos querem atuar nessa área... Enfa 14.

Eu acho, às vezes, mais é a boa vontade da própria equipe de querer trabalhar, porque assim, de repente, quando a gente tá determinando, às vezes, vem à determinação, tipo da Hepatite veio à determinação da secretaria, teria que tá buscando todos os adolescentes. Enfa 15.

A boa vontade do profissional muitas vezes né facilita, mas assim tem coisa que impedem eu não posso construir aqui uma sala pra gente tá promovendo essas formações de grupos. Enfa 23.

Assim, facilita porque é a gente que quer ir, né, mas por material não tem, por motivação, agora com esse PSE que eu to dizendo, eu acho que vai ficar mais organizado. Até motivar, porque já tem um cronograma com o que é pra fazer, se não tiver iniciativa da própria equipe, eu acho que a saúde do adolescente é muito deixada em segundo plano, ela não se engloba em nenhum dos programas do PSF, né? Den 7.

Há de se observar, contudo, que existem profissionais muito engajados e motivados em suas unidades na assistência aos adolescentes, independentemente de obstáculos por parte da gestão municipal ou profissional. Tais evidências foram verificadas por Silva; Reis (2009) em estudo realizado sobre a participação dos enfermeiros na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes.

A atenção à saúde do adolescente não deve se limitar às atividades desenvolvidas somente no âmbito do setor saúde. Esta asserção foi destacada novamente pelos profissionais como uma facilidade para realizar a Promoção da Saúde do adolescente: ***“as parcerias, as escolas nos ajudam muito”***.

Acho o PSE um ponto muito bom, positivo para a gente iniciar, já que é algo novo, onde a gente não sabia nem por onde começar. O PSE é um ponto positivo porque a gente vai ter aquela demanda da escola que são os adolescentes, vamos iniciar a caderneta, a parte da vacinação... E o NASF também tá entrando no atendimento ao adolescente. Aqui a gente tem fono, fisio, nutricionista, educador físico, então vai ser uma equipe muito boa. Enfa 2.

E a facilidade são as parcerias, as escolas nos ajudam muito, tanto do estado quanto do município, o acesso também daqui ao colégio é bom porque é aqui em frente né? O pessoal da escola estão sempre disponíveis, toda vida que nós precisamos eles nos aceitam bem, dão material áudio visual, cedem o auditório, eles disponibilizam tudo pra gente. Enfa 25.

Não, pelo menos a escola que a gente participa aqui eles, na escola que eu atendo especificamente falando eu tenho abertura total fui muito bem acolhida pela direção tanto pela diretora, pelos coordenadores, pelos professores, pelos alunos, eles tem uma abertura boa, eles colaboram com a gente sabe tem muita facilidade... Den 3.

A disponibilidade do pessoal do NASF aqui com a gente porque se fosse só eu sozinha e a enfermeira, a gente não ia conseguir fazer não, é o NASF que é o Núcleo de Apoio Saúde da Família e a Residência Multiprofissional (...) Disponibilidade da escola, o dia que eles estão querendo, eu sei que tem locais que a própria escola bota não porque não tá na grade curricular, mas assim a escola que a gente vai ela tem uma boa resposta pra gente. Méd 2.

E o que facilita , não sei, acho que essa fundação aqui perto que é uma fator de apoio muito bom pra gente, porque lá eles tem uma liberdade muito grande, eles tem projeto de musica, varias coisas, aí eles conseguem chamar a escola pra vim pra cá, e a escola também é outro facilitador nós já fizemos muitas palestras na escola, certo, eu acho que o grande fator facilitador seria a escola e a fundação mesmo. Existe ate na prefeitura, eu acho, que é um trabalho do governo federal, o PSE, acho que vocês conhecem, então isso aí eu acho que vai ajudar bastante a agente trabalhar mais com adolescente. Méd 5.

Os gestores ratificam a fala dos profissionais quando destacam a importância das parcerias: **“ela não pode ser tratada somente dentro do centro da saúde”**. E acrescentam que no nível da gestão a garantia deste trabalho intersetorial dos gestores, muitas vezes, não é garantia de acontecimento na prática, além de algumas dificuldades técnicas dos profissionais de outros setores em abordar questões específicas da saúde, hoje, em fase de resolução, em

decorrência da adesão do Programa Saúde na Escola - PSE, como já demonstrado em outras falas, evidenciando que é impossível realizar ações de Promoção da Saúde para os adolescentes só no interior das unidades de saúde; além da multidisciplinariedade caracterizada na fala dos profissionais pelo trabalho com o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família – NASF, além da utilização de potenciais da comunidade, como a parceria relatada com uma instituição presente na área.

(...) essa parceria às vezes acontece de forma melhor ou quando a gente consegue que essa parceria se der no nível operacional quando é só a nível de secretario às vezes o compromisso nosso não garante que na prática aconteça, mas tem uma parceria muito grande com a educação algumas na área de esporte, lazer. G.1.

Então, eu vejo assim no nível da gestão a implementação da política elas barram, alias ela não pode ser tratada somente dentro do centro da saúde porque ela tem que envolver a educação, não há como você fazer política com adolescente que não seja dentro da escola, mas a gente barra pela a formação dos professores que não conseguem dialogar sobre questões como sexo, gravidez, eles tem muitas dificuldades e a aposta que se tá fazendo realmente é assim que através do Programa Saúde Escolar a gente vai conseguir romper essas dificuldades e vai avançado, ter um diálogo. G.2.

Machado (2007) observou nos depoimentos dos profissionais que o trabalho educativo desenvolvido pela equipe de Saúde da Família estende-se para integrar princípios como o da integralidade e intersetorialidade. Isto ficou evidente, quando a equipe referiu buscar parcerias com escolas e creches da comunidade, bem como com outros órgãos do Município. Ainda segundo a autora, a utilização de potenciais da comunidade representa uma estratégia importante na assistência ao adolescente. Os profissionais de saúde devem valorizar grupos existentes na comunidade, qualquer que seja a natureza de sua formação.

Ferrari; Thomson; Melchior, (2008), no entanto, em investigação realizada com médicos e enfermeiros das equipes da Saúde da Família em Londrina-PR, relataram a dificuldade de estabelecer parcerias com outros setores, em especial, com a escola, e de promover a intersetorialidade na assistência ao adolescente.

A Estratégia Saúde da Família constitui um ambiente favorável ao desenvolvimento das potencialidades e habilidades dos adolescentes, à medida que quebra com o paradigma da onipotência e constitui novo paradigma de superação da fragmentação das ações. A Política de Promoção da Saúde reforça a importância de desenvolver as parcerias pelas possibilidades de maximização dos equipamentos sociais disponíveis na comunidade (escola, centros

comunitários, associação de moradores, organização não governamental e outros) (BRASIL, 2006c).

A Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008, cria o NASF, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. É constituído por profissionais de áreas diferentes de conhecimento, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da ESF. Devem atuar com base nas demandas identificada em trabalho conjunto com as ESF, instituindo a plena integralidade do cuidado físico e mental dos usuários do SUS (BRASIL, 2008c).

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

O Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde na Escola (PSE), por meio do decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, e tem por objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Para tal, estabeleceu-se incentivo financeiro pela adesão ao PSE para os municípios com Equipes de Saúde da Família, priorizados com o Índice de Desenvolvimento de Educação Básica (IDEB), cobertura da Estratégia Saúde da Família e aqueles inseridos no Programa Mais Educação, conforme nova portaria PT nº 3146 de 17/12/09 (BRASIL, 2007b).

No Município de Fortaleza, o PSE está presente em 42 escolas municipais que são contempladas pelo programa Mais Educação e em 19 centros de saúde. Atualmente as ESF estão, em parceria com diretores das escolas, finalizando o plano de ação para implantação do PSE a partir do segundo semestre de 2010.

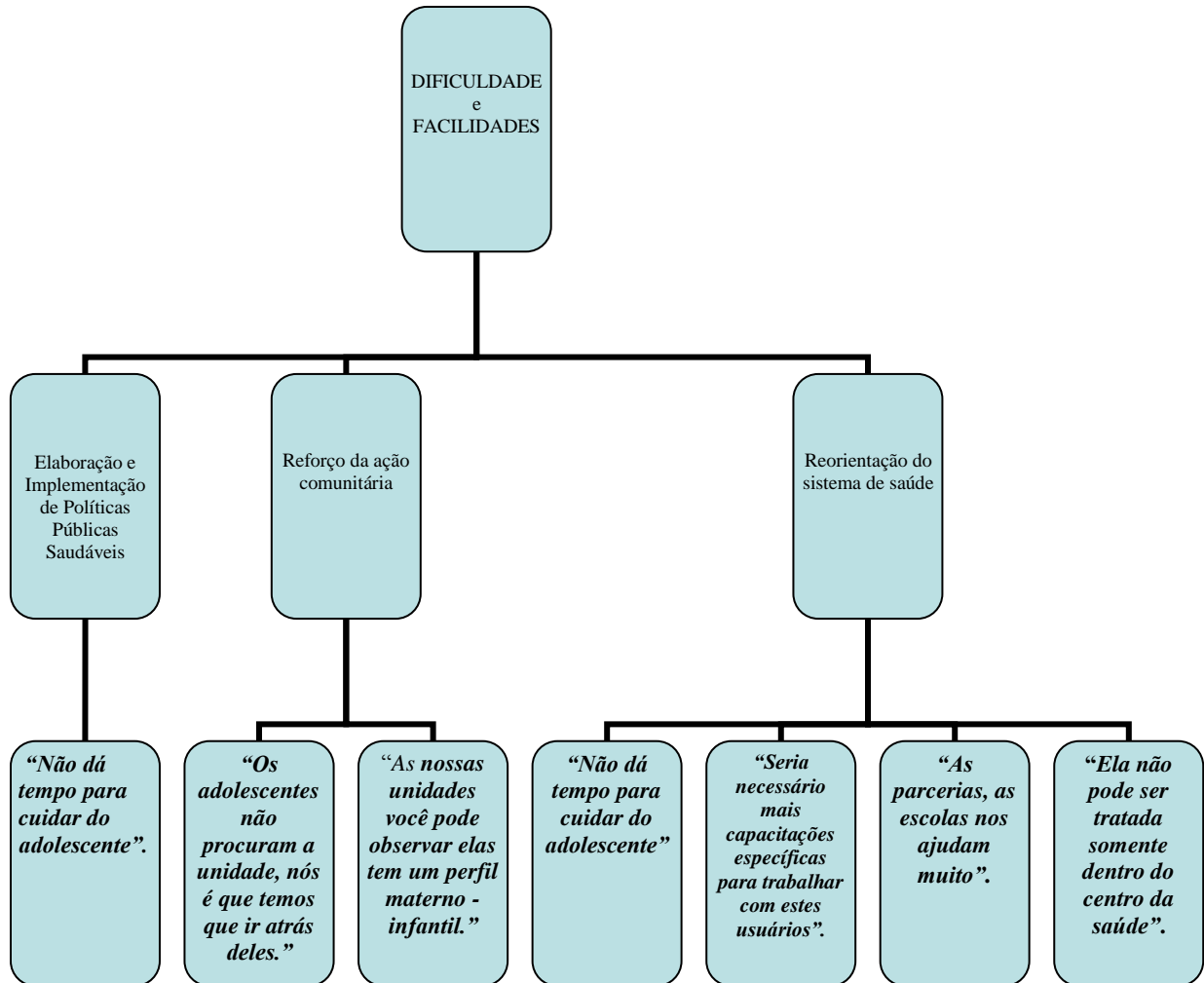
Portanto, o Ministério da Saúde, por meio da Política de Saúde do Adolescente, reconhece que nenhuma organização é capaz de, isoladamente, realizar todas as ações necessárias para assegurar a saúde e o desenvolvimento aos adolescentes. Alianças e parcerias são essenciais para a criação das condições de proteção e bem-estar e para maximização dos potenciais de todos eles.

Durante as discussões acerca dos fatores facilitadores para realizar ações de Promoção da Saúde, o pronunciamento dos profissionais voltou-se para a disponibilidade da equipe de

profissionais, as ações intersetoriais, por meio dos NASF e das parcerias, configurando, assim, a *reorientação de serviços preconizada na Carta de Ottawa*.

A figura seguinte mostra a categoria dificuldades e facilidades e sua relação com os campos da Promoção da Saúde. Observa-se que as principais dificuldades relatadas para realizar ações de Promoção da saúde para os adolescentes, passam pela falta de tempo dos profissionais, configurando a necessidade da implementação do preconizado pelo PROSAD, que se relaciona com o campo de Elaboração e Implementação de Políticas Públicas Saudáveis. Os sujeitos do estudo relataram também a falta de procura ao serviço pelos adolescentes e a falta de perfil das unidades de saúde que se relaciona com o campo do Reforço da Ação Comunitária. A ausência de capacitações para assistir esta faixa etária foi outro fator marcante nos depoimentos, que está em divergência com o campo da Reorientação de Serviços de Saúde. Vê-se que uma facilidade relatada foram as parcerias, conforme preconiza o campo da Reorientação de Serviços de Saúde.

Figura 4 – Dificuldades e Facilidades para Realizar a Promoção da Saúde do Adolescente e sua Inserção nos Campos da Promoção da Saúde da Carta de Ottawa. Fortaleza-CE, 2010.



Fonte: Dados coletados na Pesquisa. Fortaleza-CE, 2010.

Avaliação das ações de Promoção da Saúde

A preocupação em avaliar serviços e sistemas de saúde existe há algum tempo, no entanto é ainda recente a implantação de avaliações sistemáticas. Isto está caracterizado nas falas dos profissionais de saúde entrevistados: *“não há um método para avaliar, não nos é cobrado esse feedback.”*

No momento não estou avaliando nenhuma ação. Enfa 3.

Não, a gente ainda não parou realmente para fazer uma avaliação sobre os aspectos subjetivos. Nós dentistas, nós da equipe de saúde não paramos ainda analisar realmente o nível de satisfação. Den 1.

Não, a gente não avalia essas ações, é mais de forma subjetiva, se tá tendo algum reflexo, essas atividades são feitas com adolescentes nas escolas e a gente tem notado que a higienização deles melhorou. Den 8.

Não tenho avaliado essas ações. Méd 7.

Desmistificar a avaliação parece ser necessário, pois frequentemente considerada como uma atividade que deve ser exercida apenas por especialistas. O profissional, porém, está sempre realizando algum modo de avaliação no cotidiano do seu trabalho, sem que organize as informações obtidas. A avaliação deve servir para direcionar ou redirecionar a execução de ações, atividades, programas e, por conseguinte, deve ser exercida por todos aqueles envolvidos no planejamento e execução dessas ações (TANAKA, 2001).

A atenção básica é um nível estratégico dentro do SUS por ser o eixo da reorientação das ações de atenção à saúde para mudança do modelo assistencial e da organização dos serviços de saúde de forma hierarquizada e resolutiva. Um dos fundamentos da atenção básica é a avaliação e o monitoramento dos resultados alcançados como parte do processo de planejamento e programação do sistema de saúde (BRASIL, 2006b).

A maioria dos estudos de avaliação em saúde publicados dedica-se à avaliação de um serviço específico, diagnósticos da situação de serviços de saúde, estudos de caso e análises sobre a implementação ou desenvolvimento de um programa ou política pública; e avaliação da implementação da Estratégia Saúde da Família (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Percebe-se que os profissionais não realizam uma avaliação sistemática, no entanto fazem uma avaliação subjetiva, por intermédio de dados qualitativos, com a realização das ações de Promoção da Saúde, quando informam que **“não cheguei a fazer uma avaliação formal, mas eu vi o resultado”**.

Eu não faço uma avaliação pré e pós reunião, mas na discussão que a gente tem é que dá pra ver o que eles absorveram e o que eles já sabiam antes, e o que eles absorveram naquele conhecimento. E quando eu vou na vez seguinte, eu gosto sempre de recapitular, o que nós vimos na reunião anterior e eles tão mais afiados do que eu, (risos). Enfa 5.

Não, avaliação de fato não. A gente só comenta entre a equipe o que realmente a gente fez, o que a gente pode fazer, por que não houve adesão. Mas uma avaliação geral assim ninguém fez. Enfa 18.

(...) a gente mesmo se reunia e avaliava junto com o NASF, não tinha nada objetivo não, a gente mesmo via como tava acontecendo, como era a resposta deles e de acordo com a resposta desses adolescentes a gente abordava alguns temas relacionados ao dia a dia deles e as coisas mais interessantes que eles colocavam tentávamos abordar. Méd 6.

Os resultados são na postura dos adolescentes em relação a aceitação e como eles estão se comportando quer dizer na maneira que eles estão aceitando e até para o conhecimento deles e também a gente tem tido uma redução no processo cariogênico principalmente nas crianças menores, mas nada que seja acompanhado muito de perto, a gente faz também o levantamento de necessidades é feito em algumas turmas o levantamento de necessidades e dependendo da necessidade a gente faz agendamento para cada um. Den 3.

A avaliação compreendida como parte integrante do processo da gestão tem, dentre os seus objetivos, a busca de maior eficiência e eficácia dos serviços. Isto não pode ser obtido se a avaliação não levar em conta as pessoas que os utilizam, isto é, a percepção e necessidade dos usuários (BOSI; MERCADO, 2007).

Observou-se através dos relatos dos profissionais que não existe avaliação formalmente instituída para as ações de Promoção da Saúde dos adolescentes, informando apenas consultar os adolescentes sobre a atividade realizada, enquanto outros relatos demonstram discutir a resposta dos adolescentes às ações de Promoção da Saúde realizadas apenas com alguns membros da equipe, destacando o agente comunitário de saúde e o NASF. Neste sentido, os autores acima enfatizam que é essencial utilizar tanto a abordagem qualitativa quanto quantitativa, pois possibilita ir além do julgamento da aparência do fenômeno avaliado e permite aprofundar a compreensão sobre o que se avalia.

Os depoimentos dos gestores ratificam os discursos dos profissionais de saúde, quando informam também não dispor de um instrumento formal para mensurar a qualidade das ações realizadas e as possíveis mudanças ocorridas, destacando que ***“tem mais um sentimento (...) uma expectativa de ter melhorado”***.

Bom, na realidade a gente não tem indicador, tem mais um sentimento de que em função da expansão do serviço em função de algumas ações que não existiam a gente tem uma expectativa de ter melhorado

objetivamente poderia lhe dizer com dados concretos que houve uma melhora a gente não tem como avaliar (...) G.1.

Não concretamente nós não fizemos nenhuma avaliação porque as ações são sempre muito assim pontuais, elas não são ações sistêmicas, elas não são ações que você acompanha o grupo por um determinado período até porque o próprio adolescente é muito instável (...) G.2.

Por outro lado, nos relatos de outros profissionais, registram-se algumas iniciativas de avaliação:

Olha no final dessas atividades a gente pede pra eles escreverem, como é que foi, o que eles gostaram, o que foi interessante, o que não foi, alguma coisa que nos deixamos a desejar, a gente pede pra eles fazerem essa pequena avaliação no final de cada palestra, geralmente tem tido um bom resultado, eles tem gostado, tem participado, a nossa percepção também é da participação deles(...)Procuramos fazer grupos menores, porque eles geralmente tem duvidas, muitos depois de uma palestra ou outra, eles com medo de perguntar na hora, perguntam depois ou individualmente, alguns até procuram a gente aqui na unidade, mas depois somem, desaparecem. Méd 5.

A gente acaba avaliando. De certa forma no final quando você vai consolidar, você vai avaliar com os agentes. Olha o que vocês acham – ah! a gente tem que retornar. A gente avalia, a gente acaba avaliando no final do mês. A gente sempre discute alguns pontos que foram realizados e realmente a gente ver que deu certo que não deu, aonde é que a gente vai ter que melhorar, quando é que a gente pode estar retornando, a gente sempre faz essa avaliação. Enfa 15.

Através da diminuição de gravidez na adolescência, diminuição da DST que hoje em dia um dos maiores focos por mais que a gente trabalhe outros assuntos, um dos maiores focos da adolescência é a questão da DST e da Gestaçao na adolescência (...)Existe um mecanismo de avaliação que são as planilhas de monitoramento(é universal para todas as unidades) onde nos colocamos os números e estabelecemos as nossas metas de acordo com as necessidades da nossa comunidade. Enfa 13.

A gente sempre avalia, a gente faz um levantamento epidemiológico, as mães vêm muito aqui também, as agentes que a gente ta melhorando em casa. Den 5.

A prática avaliativa precisa que certo grau de institucionalização deva ser atingido, para que se torne efetiva e produza efeitos formativos sobre a conduta da ação pública. Institucionalização aqui é entendida como o processo pelo qual dispositivos institucionais são

criados, modificados ou suprimidos. Esses últimos devem ser compreendidos como recursos, estimativas, procedimentos, orçamento, participação dos agentes envolvidos e monitoramento, além de organizações e de regras que contribuem para o desenvolvimento e perenidade da prática avaliativa dentro de um espaço definido (CONTANDRIOPOULOS, 2006). As falas dos entrevistados demonstraram não existir um instrumento formal para realizar avaliação das práticas de Promoção da Saúde para os adolescentes na ESF, e que estes virão com a implementação do PSE.

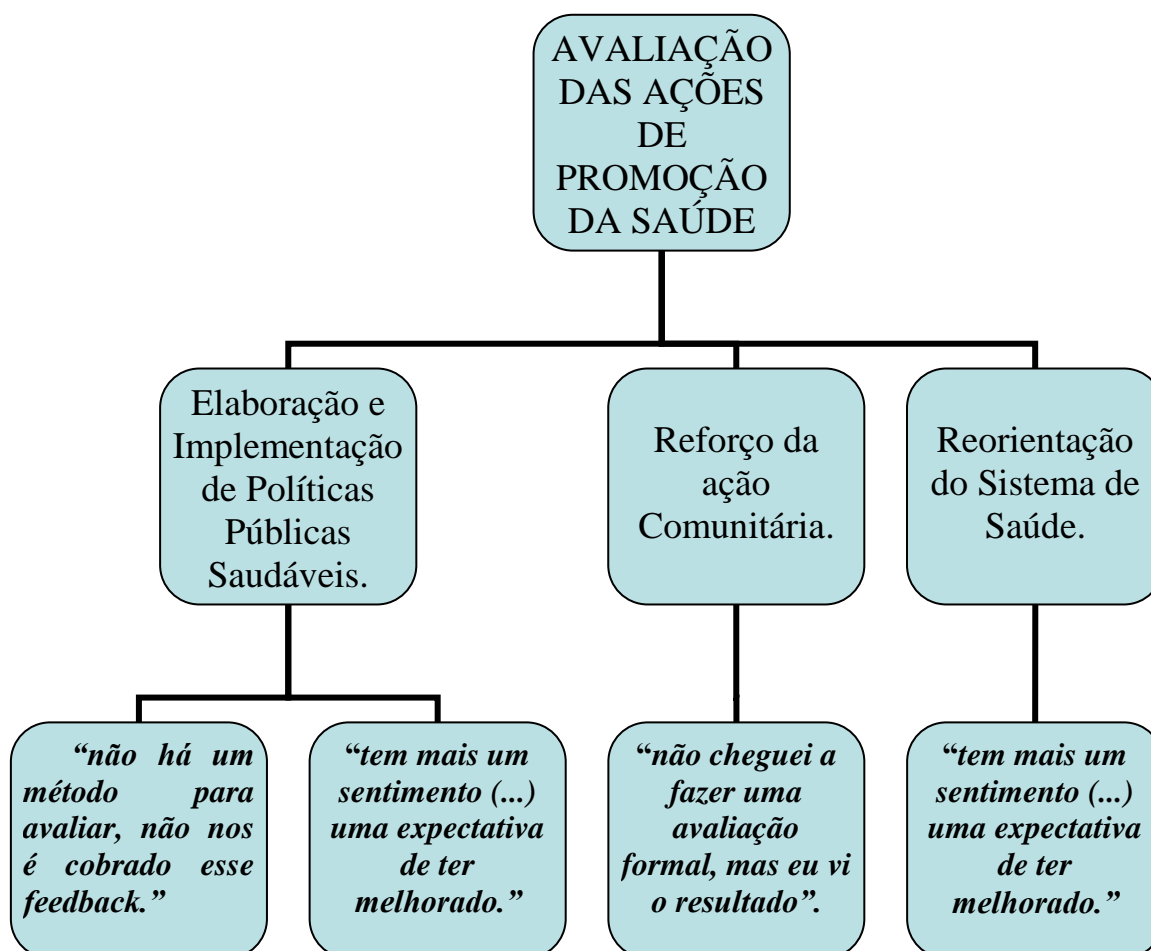
Como decorrência do surgimento, implantação e implementação de ações de Promoção da Saúde, aumenta a necessidade de se aprimorar e investir em processos avaliativos, para conhecer adequadamente os processos e resultados de tais ações (MOYSÉS et al, 2004).

Almeida; Ferreira (2008) relatam que, além de identificar algumas limitações na abordagem das ações de prevenção e Promoção em Saúde, verifica-se que, na saúde bucal, ainda são incipientes a utilização de estudos avaliativos e o levantamento epidemiológico como norteador do planejamento e realização das ações. Este estudo, porém, demonstrou que os dentistas realizavam o planejamento de ações com base nas necessidades identificadas, além de levantamento epidemiológico.

Para tanto, é fundamental incorporar uma cultura de avaliação na prática cotidiana dos profissionais na ESF, com a finalidade de aumentar o acesso de adolescentes e melhorar a qualidade do serviço prestado, visando à saúde integral e ao pleno desenvolvimento dos adolescentes. ***Esta prática passa pela incorporação de uma política pública de avaliação, reorientação dos serviços e reforço da ação comunitária.***

A figura a seguir demonstra a analogia entre a categoria avaliação das ações de Promoção da Saúde com os campos propostos na Carta de Ottawa. Os entrevistados informaram que não têm um método para realizar avaliação das ações de Promoção da Saúde e têm apenas uma expectativa de melhoria das condições de saúde, demonstrando a ausência de uma política de avaliação nas unidades de saúde, o que está em desacordo em relação ao campo de Elaboração e Implementação de Políticas Públicas Saudáveis e Reorientação do Sistema de Saúde. Destacam, também, que não fazem uma avaliação formal, mas percebem os resultados; quer seja pela escuta junto aos adolescentes ou mesmo por iniciativa deste grupo diante do serviço. Este fato sinaliza o campo Reforço da Ação Comunitária.

Figura 5 – Avaliação das Ações de Promoção da Saúde e sua Inserção nos Campos da Promoção da Saúde da Carta de Ottawa. Fortaleza-CE, 2010.



Fonte: Dados coletados na Pesquisa. Fortaleza-CE, 2010.

Mudanças ocorridas após a implementação das ações de Promoção da Saúde

Apesar de constatadas em outras falas iniciativas para promover a saúde dos adolescentes, percebe-se que os profissionais referem **“não consegui ver nenhuma mudança...”**.

Não, num deu pra sentir isso não, acho que o trabalho foi pequeno. A gente tem um grupo de hipertensos, aí a gente já consegue observar as mudanças, mas com o adolescente a gente não teve tempo porque é um trabalho ao longo prazo né, uma coisa pequena a gente

conseguiu fazer só três encontros ainda atropelados não conseguimos dar continuidade mensal. Então a gente não conseguiu ver nenhuma mudança, não deu tempo a gente ver. Enfa 18.

Assim, eu não posso dizer isso, especificamente que mudou isso, que eu já percebi isso. Realmente não consigo perceber ainda uma diferença nítida. Enfa 22.

(...) foi um período muito curto, não deu pra sentir, é difícil eles procurarem, quem procura mais são as meninas e mais específico pro Planejamento Familiar. Méd 6.

Não tenho como avaliar ou mensurar tais resultados. Méd 7.

Pensa-se que a falta de percepção de mudanças sucede pelos dois aspectos sinalizados, quer seja ausência de avaliação, quer configure evidências de mudanças, bem como sistematização das ações, que possibilite acompanhar este processo.

Evidenciou-se no contexto estudado que outros sujeitos entrevistados sinalizam algumas mudanças, baseados em uma avaliação subjetiva como destacado: ***“pelo meu sentimento, não tem nada estatístico...”***

A gente percebeu assim, quando a gente começou a trabalhar aqui na Aerolandia, a gente tinha muita adolescente grávida. E isso é um ponto muito importante para a gente trabalhar né? Eu posso falar pela minha área que o número de grávidas diminuiu bastante, quanto a questão do uso do álcool e drogas é muito difícil ainda a gente combater isso aí, por ser uma área de risco, e a gente tenta trabalhar e tudo, mas o que ficou bem frisado é a questão da adolescente grávida que teve uma grande diminuição na nossa área. Enfa 4.

A gente centralizou mais nossas atividades na redução da gravidez na adolescência, então eu não posso lhe dizer que reduziu o índice porque eu não tenho nenhuma forma epidemiologia que possa constatar isso mais o que eu posso observar é que houve mais informações sobre gravidez na adolescência (...) Enfa 8.

Em relação as ações que são feitas no planejamento familiar e pré-natal com adolescentes, a gente tem feito os encaminhamentos ao pré-natal de risco, avalia essa assistência e noto que desde quando assumi minha área o índice de gravidez na adolescência tem diminuído bastante, mesmo que tenha algumas áreas descobertas. Enfa 11.

Essas ações já tem acarretado em uma diminuição no índice de gravidez e assim na minha área a gente já tem notado que a gravidez na adolescência tem diminuído bastante. Na verdade nesse mês

quando eu fechei o consolidado da minha equipe eu só tive quatro menores de 20 anos, minha área é enorme e tem diminuído bastante. Então agente sabe que isso tem haver quando agente tem disponível anticoncepcional injetável, preservativos... então quando tem esses recursos agente percebe que a procura aumenta porque não é só durante o período diurno que agente tá trabalhando, tem o plantão também que eles estão vindo sempre. Então agente percebe que quando esse materiais a busca é maior e os resultados demonstram uma diminuição do número de gravidez na adolescência. Enfa 12.

(...) então assim de forma geral pelo meu sentimento, não tem nada estatístico, eu não tenho como avaliar isso, nem a prefeitura tem como avaliar, mas pelo meu sentimento, eu acho que já consegui evitar muita gravidez indesejada. Enfa 24.

Verificou-se nestes relatos que as mudanças percebidas se referem essencialmente a ações voltadas apenas para a saúde das adolescentes, ou seja, para o Planejamento Familiar e Pré-natal, que já são programas exercidos dentro do cronograma diário destes profissionais, o que reforça a falta de ações que priorizem a integralidade na atenção ao adolescente.

As evidências anunciadas há pouco pelos profissionais corroboram os depoimentos dos gestores; ou seja, enquanto alguns informam não conseguir mensurar mediante dados concretos as mudanças ocorridas, **“a gente realmente não tem informação se isso melhorou.”** Outro relata grandes transformações constatadas no levantamento epidemiológico:

(...) houve um aumento muito grande da disponibilidade de preservativo, a prefeitura que nunca havia comprado passou a comprar, se isso já tem parte em relação às doenças sexualmente transmissível, se isso já tem parte em relação à gravidez na adolescência, a gente realmente não tem informação se isso melhorou. Houve uma redução tanto da transmissão vertical quanto da incidência de AIDS, isso não se restringe somente à adolescente, mas em todas as faixas etárias. Na questão de drogas nós temos aí um problema crítico que é o craque então foi até criado um grupo de trabalho aqui na prefeitura específico que esse é um grande desafio.” G.1.

(...) por exemplo, lá na Unidade Janival de Almeida tem uma professora que ela propôs o grupo pra trabalhar gravidez na adolescência e tal chegou até fazer um filme né com eles, enfim eles se envolveram muito agora não sei se isso muda a prática eu não posso afirmar isso, eu não tenho assim dados que avaliam que isso muda comportamento. G.2.

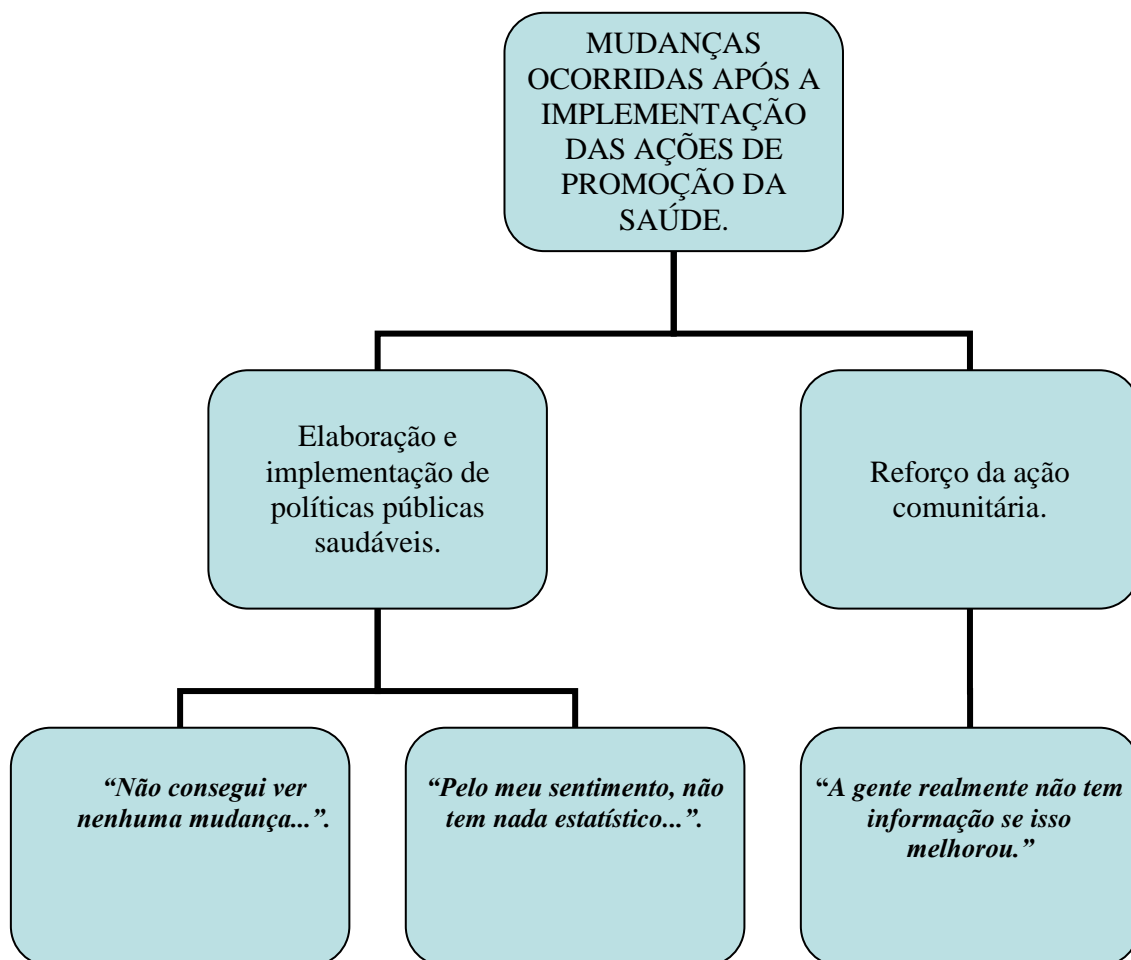
(...) em forma de indicador eu tive uma ótima impressão do trabalho de formiguinha que vem sendo realizado em Fortaleza. Até mesmo porque não existia ação coletiva. Existia na época o trabalho dentro da escola, que era o dentista da escola que agora vai voltar ao com o PSE. O que a gente já produziu, as reformas, ampliações... Você saiu de zero ESB para 250 dentistas. O impacto que isso deu para população foi muito grande fizemos um levantamento epidemiológico de base municipal para fazer um comparativo. G.3.

Pôde-se constatar que a participação dos adolescentes nos grupos foi importante para que eles sinalizassem algum tipo de “empoderamento” para prevenção de alguns problemas levantados na discussão destes grupos, como: gravidez na adolescência, DST, métodos contraceptivos, alimentação saudável e escovação. Enfatiza-se aqui **reforço da ação comunitária da Carta de Ottawa**, que preconiza que se deve envolver a comunidade na discussão e avaliação dos problemas para viabilizar o *empowerment* desta. Numa perspectiva de análise, pode-se inferir que a abordagem aos adolescentes necessita ser ampliada para outros contextos, como cidadania, projetos de vida, sonhos, autoestima, participação juvenil e voluntariado, relações de gênero, relacionamento sociais, corpo, autocuidado e autoconhecimento, uso de álcool, tabaco e outras drogas, violência doméstica e social, cultura de paz, esportes, trabalho, dentre outros temas de interesse dos adolescentes.

Constata-se, portanto, uma lacuna neste contexto no que se refere à avaliação das práticas realizadas pelos profissionais junto aos adolescentes. Entende-se que a avaliação se faz necessária em todos os processos de trabalho: primeiro, por possibilitar um monitoramento, e, segundo para sinalizar mudanças rumo a práticas mais efetivas.

A figura seguinte sumaria a inserção da categoria mudanças ocorridas após a implementação das ações de Promoção da Saúde nos campos da Carta de Ottawa. Os sujeitos do estudo informaram não ter conseguido ver nenhuma mudança ou ter apenas um sentimento de que a esta ocorreu, não conseguindo demonstrar, estatisticamente, o que retrata mais uma vez a ausência de uma política de avaliação, o que esta em desacordo com o campo Elaboração e Implementação de Políticas Públicas Saudáveis. Outros relatos demonstram que não tem informação sobre se melhorou, mas enfatizam a realização de grupos com os adolescentes para trabalhar diversas problemáticas, o que vai ao encontro do Campo Reforço da Ação Comunitária.

Figura 6 – Mudanças ocorridas após a Implementação das Ações de Promoção da Saúde e sua Inserção nos Campos da Promoção da Saúde da Carta de Ottawa. Fortaleza-CE, 2010.



Fonte: Dados coletados na Pesquisa. Fortaleza-CE, 2010.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações de Promoção da Saúde para adolescentes na Estratégia Saúde da Família sob a óptica dos gestores e profissionais foram relatadas como incipientes, o que certamente compromete a saúde desta clientela. Para tanto, percebeu-se que existem na maioria das

equipes da ESF iniciativas para promover a saúde dos adolescentes, que se configuram como atividades educativas realizadas de forma contigencial e ainda centradas na informação, mas já sinalizam um trabalho interdisciplinar e com inserção nos equipamentos sociais, como escolas e fundações.

Evidencia-se, portanto, que há um movimento ascendente na ESF em relação às ações de Promoção da Saúde para os adolescentes, embora ainda existam elementos que identificam o modelo voltado para o assistencialismo dentro de programas ministeriais, sem prioridade para esta faixa etária. Defende-se, no entanto, a posição de que, após a implementação de iniciativas como o Programa Saúde na Escola – PSE, um outro panorama será proporcionado aos adolescentes.

Merecem destaque as dificuldades relatadas pelos profissionais para promover a saúde dos adolescentes, que decorre de uma política de Educação Permanente ainda insuficiente para qualificação dos trabalhadores de saúde, para que possam assegurar a assistência ao adolescente pautada na integralidade. A baixa cobertura das áreas adstritas também é um fator que dificulta os profissionais implementarem ações de Promoção da Saúde em suas atividades diárias, além da questão da falta de estrutura das unidades de saúde, a falta de materiais e insumos, apoio logístico, não-existência de um processo de avaliação formalmente instituído para as ações de Promoção da Saúde dos adolescentes, impossibilitando-os de enunciarem mudanças ocorridas após suas iniciativas de Promoção da Saúde.

Salienta-se que foram identificados nos discursos dos entrevistados quatro dos campos propostos na Carta de Ottawa, com destaque para Elaboração e Implementação de Políticas Públicas Saudáveis e Reorientação do Sistema de Saúde.

É importante destacar as limitações encontradas neste estudo como a identificação dos gestores que poderiam exercer governabilidade sobre a questão dos adolescentes, em que a maioria deles demonstrou dificuldades em falar sobre a política municipal planejada para esta faixa etária; assim como a dificuldade de entrevistar o profissional médico, decorrente, na maioria das vezes, da falta deste na equipe.

Compreende-se que este estudo possa contribuir na reflexão de gestores e profissionais da equipe da ESF, no sentido de subsidiar a implementação das políticas públicas de saúde para o adolescente, na perspectiva da Promoção da Saúde. Certamente, esta pesquisa poderá também contribuir para o aprofundamento da temática “adolescência e Promoção da Saúde”, com a realização de novas pesquisas e, também, para o estabelecimento e adequação de intervenções e/ou readequações das políticas públicas para os adolescentes (PROSAD e ECA), numa perspectiva de atenção integral, intersetorial e equânime.

RECOMENDAÇÕES

Reporta-se, ainda, a algumas recomendações que, sobremaneira, auxiliarão na feitura de agendas que vislumbrem a Promoção da Saúde do adolescente. Quais sejam:

- que se implemente uma agenda de atividades a serem trabalhadas com os adolescentes na ESF;
- que os agentes comunitários de saúde incluam os adolescentes em sua agenda de prioridades;
- que suceda maior integração entre instituições que trabalham com os adolescentes;
- que ocorra a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde no atendimento aos adolescentes;
- que aconteça apoio aos profissionais da ESF nas ações de Promoção da Saúde dos adolescentes com as diversas parcerias existentes nas comunidades;
- que os profissionais da ESF tenham acesso à Educação Permanente, com vistas a aprimorar sua prática na atenção ao adolescente;
- que se desenvolvam atividades que proporcionem aos adolescentes oportunidades de participação nas decisões em que eles estejam envolvidos;
- que utilizem os indicadores de saúde do adolescente como um dos subsídios para o planejamento das ações voltadas a esse grupo;
- que a dinâmica da atenção ao adolescente seja discutida e aperfeiçoada, por meio de uma abordagem interdisciplinar, de forma que se determine um protocolo de atendimento, privilegiando as especificidades na perspectiva de complementaridade; e
- que seja desenvolvida estratégia para ampliar a captação de adolescentes para o serviço de saúde;

Sabe-se que ainda há muito a avançar na assistência ao adolescente para alcançar uma atenção à saúde como preconizado na legislação. O importante, porém, é caminhar sempre para uma atenção equânime, resolutiva, de qualidade e humanizada ao adolescente, na perspectiva da Promoção da Saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, G. C. M.; FERREIRA, M. A. F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(9):2131-2140, set, 2008.
- ALMEIDA, C, MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
- ALVES, C. R. L. et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**. 25(3): 583-595, mar. 2009. Disponível em: <http://www.bireme.com.br> Acesso em: 23 jun. 2010.
- ABREU, J. M. et al; Aborto, conhecimento e conseqüências. **Rev. medica electron**; 30(4) jul.-ago. 2008. Disponível em: <http://www.bireme.com.br>. Acesso em: 23 jun. 2010.
- ARAÚJO, T. W; CALAZANS G. **Prevenção das DST/AIDS em adolescentes e jovens**. São Paulo: Brochuras de referência para os profissionais de saúde da Secretaria de Saúde, 2007.
- BECKER. D. **O que é adolescência?** 8. ed. São Paulo: brasiliense, 1991.
- BERTUSSI, D.C.; OLIVEIRA, M.S.M.; LIMA, J.V.C. **A unidade básica no contexto do sistema de saúde**. Londrina: UEL, 2001. p.133-43.
- BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J.; **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.
- BURAK, S. D. **Marco conceptual de la salud integral del adolescente**. Costa Rica: OPS, 1996. p. 1-17.
- BUSS, P. M. **Uma reflexão ao conceito de Promoção da Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5 (1): 163-177, 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde, Resolução N° 196, de 10 de outubro de 1996: **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos. Bioética**. v.4,n.2, Brasília, 1996a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente**. Bases Programáticas. 2a Edição. Brasília, 1996b.

_____. Norma Operacional de Assistência à Saúde. In: **Gestão Municipal da Saúde: leis, normas e portarias atuais**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 2002. 122 p.

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

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na Atenção Básica de Saúde: roteiros para reflexão e ação**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Marco legal. Saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005a.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de Adolescentes e Jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/Aids**. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União** 28 mar. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 60p. 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3ed., Brasília, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 5 de dezembro de 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS**. 2008a. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 27 mai. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 154, 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União** nº 92, 26 de Janeiro de 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, G. W. S. **Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS**. São Paulo: Lemos, 1997, p. 113-124.

CARVALHO, D.S., - **Avaliação da Qualidade do Pré-Natal, Parto e Puerpério em Curitiba: uma Avaliação Preliminar - Valorizando a Dignidade Materna**. Curitiba. 1996.

CASTRO, I. R. R. A culinária na promoção da alimentação saudável: delineamento e experimentação de método educativo dirigido a adolescentes e a profissionais das redes de saúde e de educação. **Rev. Nutr**; 20(6): 571-588, nov.-dez. 2007. Disponível em: <http://www.bireme.com.br>. Acesso em: 23 jun. 2010.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. Núcleo de Normatização da Atenção à Saúde – Adolescente. **Agenda de Políticas para Atenção a Saúde dos Adolescentes e Jovens do Estado do Ceará**. Fortaleza, 2003.

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

CERQUEIRA, M. T., Promoción de la salud:evolución y nuevos rumbos. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, 120(23) p.342-47. 1996.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc Saúde Coletiva** 23 (2) 24-36. 2006.

CHARLOT, B. **A mistificação pedagógica**: realidades sociais e processos ideológicos na teoria da educação. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1986.

COSTA, B. L. C. **As Mudanças na agenda das políticas sociais no Brasil e os desafios da inovação**: o caso das políticas de assistência social à infância e adolescência. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2003, p. 27-57.

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

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2005-2006. **Saúde, Qualidade de Vida e a ética do cuidado**. Fortaleza: Imprensa Municipal. 2007.

FERRARI, R.A.P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(11):2491-2495, nov, 2006

FERRARI, R.A.P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.387-400, abr./jun. 2008.

FIGUEIRA, T. R.; FERREIRA, E. F.; SCHALL, V. T. Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. **Rev Saude Publica**; 43(6): 937-943, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.bireme.com.br>>. Acesso em: 23 jun. 2010.

GURGEL, M. G. I. **Prevenção da gravidez na adolescência: atuação da enfermeira na perspectiva da promoção da saúde**. 2008. 116f. Dissertação [Mestrado] – Faculdade de enfermagem. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

HAACK, G.L. Adolescência e Sexualidade. 2008. Disponível em: <<http://br.geocities.com/glhr/cartilha/sex.html>>. Acesso em 27 mai. 2010.

HARGREAVES, A.; EARL, L.; RYAN, J. **Educação para Mudança: recriando a escola para adolescentes**. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2001.

HENRIQUES, R.L.M., PINHEIRO, R. **Responsabilidade pública e extensão universitária**. Rio de Janeiro (RJ): CEPESC: IMS/UERJ: Ed. ABRASCO; 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2007**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em mai 2010.

JEOLAS, L.S.; FERRARI, R.A.P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. **Ciênc Saúde Coletiva**; 8 (1) p.611-20. 2003.

LEÃO, L. M. S. **Saúde do adolescente: atenção integral no plano da utopia**. Tese. 2009. <<http://www.bireme.com.br>>. Acesso em: 23 jun. 2010.

LEÃO. L.M. **Saúde do Adolescente: atenção integral no plano da utopia**. Dissertação de Mestrado – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo, Recife, 2005.

LYRA, J.; *et al.* “A gente não pode fazer nada, só podemos decidir o sabor do sorvete”. Adolescentes: de sujeito de necessidades a um sujeito de direitos. **Cadernos Cedes**. Campinas, v 22. n. 57., p. 9-21, agos, 2002.

VIEIRA, N.F.C. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. **Rev Latino-am Enfermagem**, 17(2). mar-abr. 2009

MACHADO, M.F.A.S. **Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no PSF por meio da participação habilitadora**. 2007. 196f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará – UFC. Fortaleza-CE. 2007.

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

MAUCH, S. D. N. et al; **Gravidez na adolescência:** um estudo sobre o problema em Santa Maria-DF. Brasília méd; 42(1/2): 16-23, 2005. Disponível em: <<http://www.bireme.com.br>>. Acesso em: 23 jun. 2010.

MEDRADO-DANTAS, B. **Tempo ao tempo:** a gestão da vida em idade. Tese (Doutorado) em Psicologia Social). 2002. Pontifca Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de Pesquisa.** 6. ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco/ São Paulo: Hucitec; 2006.

MINAYO, M.C. S et al. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 25. ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 2007.

MOYSÉS, J.S.; MOYSÉS, T.S. KREMPEL, M.C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção da saúde: a experiência de Curitiba. **Rev. Ciência & saúde Coletiva**, 9(3): 627-641 2004.

MOURA, E.R.F., RODRIGUES, M.S.P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. **Interface-Comunicação Saúde Educação**, 7(13): 109-18. 2003.

OLIVEIRA, T. C.; CARVALHO, L. P.; SILVA, M. A. O Enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Rev Bras Enfermagem**, Brasília ,61(3): 306-11. maio-jun. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Saúde Reprodutiva de adolescentes:** uma estratégia para a ação. Uma declaração conjunta OMS/FNUAP/UNICEF. Genebra (SWT): OMS; 1989.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. IMAN **Servicios:** normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2005.

PEDROSA, J.I.S.; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do programa saúde da família. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.3, 2001.

PERALVA, A. O jovem como modelo cultural. **Revista Brasileira de Educação**. São Paulo. n. especial, p.15-24, maio/jun.1997.

QUEIROZ, M.V.O., RIBEIRO, E.M.V., PENNAFORT, V.P.S. Assistência ao adolescente em um serviço terciário: acesso, acolhimento e satisfação na produção do cuidado. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**. 19(2): 291-9. Abr-Jun. 2010.

RUZANY, M.H.; SZWARCOWALD, C.L. Oportunidades perdidas de atenção integral ao adolescente: resultados do estudo-piloto. **Adolescência Latinoamericana**, Porto Alegre, v.2, n.1, p.26-35, 2000.

RUZANY, M. H ; ANDRADE, C.L.T. ; ESTEVES, M.A.P. ;PINA, M.F. ; SZWARCOWALD, C.L. Avaliação das condições de atendimento do Programa de Saúde do Adolescente no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(3):639-649, mai-jun, 2002.

RUA, M.G. **As políticas públicas e a juventude dos anos 90**. Brasília: Ministério da Saúde/Comissão Nacional de População e Desenvolvimento; p. 731-49. 1998.

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

SILBER, T. J.; MUNIST, M. M.; MADDALENO, M. & OJEDA, E. N. S. **Manual de Medicina de la Adolescência**. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C, 1992.

SILVA, A.M.R.; REIS, A.O.A. Saúde e Adolescentes: Possibilidades de violência Simbólica. **Revista Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano**. 9(3): 457-464. 2009

SILVA, M. C. B. et al. Perfil da assistência odontológica pública para a infância e adolescência em São Luís (MA). **Ciênc. saúde coletiva**; 12(5): 1237-1246, set.-out. 2007. Disponível em: <<http://www.bireme.com.br>>. Acesso em: 23 jun. 2010.

SILVA, J. A. & DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de Saúde – o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

_____. J.A. **Assistência Primária de Saúde:** o agente de saúde do Vale do Ribeira. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da USP). São Paulo, 1983.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/MS, 2002.

TANAKA, O.Y. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente:** Um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

TRAVERSO, M. A; PINHEIRO, V. S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. **Psicologia e Sociedade**. Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 133-147, jul./dez., 2002.

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

VALADÃO, M.M. **Saúde na Escola:** um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. 2004. 139 f. Tese [Doutorado] – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA GESTORES

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Município: _____

Idade: _____

Profissão: _____

Tempo de Formação: _____

Maior Titulação: _____

Cargo ou função: _____

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Como tem se dado no nível da gestão a implementação da política de Promoção da Saúde com foco no adolescente?
2. Quais os instrumentos oficiais que privilegiam o planejamento dessas ações?
3. De que forma a gestão viabiliza a execução dessas ações de Promoção da Saúde na ESF?
4. Como são avaliadas essas ações?
5. Você tem percebido após a implementação dessas ações a melhoria nos indicadores de saúde relacionados ao adolescente?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA PROFISSIONAIS DA ESF

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Município: _____

ESF: _____

Idade: _____

Profissão: _____

Tempo de Formação: _____

Maior Titulação: _____

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Que ações de Promoção da Saúde são planejadas para os adolescentes?
2. Quais ações de Promoção da Saúde são desenvolvidas para os adolescentes?
3. De que forma a Secretaria de Saúde viabiliza a execução dessas ações de Promoção da Saúde na ESF? (Capacitação para assistir o adolescente; Conjunto de fichas, tabelas e/ou prontuários e caderneta do adolescente para o referido acompanhamento; Conteúdo padronizado para atividades relativas ao adolescente; Divulgação do serviço para os adolescentes; Parcerias institucionais, disponibiliza tecnologias, Preservativos e outros métodos contraceptivos ...)
4. Na sua opinião, o que facilita e/ou dificulta a execução dessas ações?
(Mais investimentos financeiros, incentivo da gestão, mais capacitação para os profissionais, parcerias...)
5. Como você tem avaliado essas ações?
(Por meio de mecanismos próprios à comunidade, de mecanismos próprios ao adolescente, indicadores institucionais...)
6. Que mudanças ocorreram após a implementação das ações de Promoção da Saúde para adolescentes? (Redução de gravidez precoce, DST/AIDS, aborto, adesão a anticoncepção, redução da violência, redução do uso de drogas, maior número de adolescentes na unidade...)

**APÊNDICE C - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA
REALIZAÇÃO DA PESQUISA**



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Ofício S/N

Ex.ma. Sra. Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de pesquisa

Senhora Ana Paula Cavalcante,

Solicito a Vossa Senhoria permissão para realizar a pesquisa intitulada ***“Práticas de promoção da saúde para adolescentes na Estratégia Saúde da Família de Fortaleza – Ceará”***, que tem como pesquisadora a mestranda Antonía Alizandra Gomes dos Santos, aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza-Unifor, e orientadora a Prof.a. Dr.a. Raimunda Magalhães da Silva. Esta pesquisa será realizada com os gestores municipais de saúde (secretário municipal de saúde, coordenador da ESF, coordenador de Saúde Bucal, coordenador da área da criança e adolescente e Chefe de Distrito Sanitário) e profissionais da Estratégia Saúde da Família (médico, enfermeiro, dentista), no período de maio à julho de 2010 em 50% das unidades de saúde da Secretaria Executiva Regional VI.

Ressalta-se que esta pesquisa é parte integrante de um projeto financiado pelo programa do SUS-PPSUS, já aprovado pelo Comitê de Ética, com parecer Número 157/2009.

É necessário salientar também, que será solicitado o consentimento da equipe de saúde da família e gestores, deixando claro os princípios éticos e obedecendo à Resolução n.º. 196/96 que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

Antonía Alizandra Gomes dos Santos
Mestranda - Mestrado em Saúde Coletiva da Unifor

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr (a):

Eu, Antonía Alizandra Gomes dos Santos, enfermeira/aluna do Mestrado de Saúde Coletiva da UNIFOR, estou desenvolvendo um estudo, intitulado **PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA ADOLESCENTES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA – CEARÁ**. O objetivo da referida pesquisa é analisar as ações de promoção da saúde desenvolvidas para os adolescentes na Estratégia Saúde da Família na cidade de Fortaleza-CE. Pretendo com o referido estudo promover uma reflexão sobre a Promoção da Saúde a todos os profissionais interessados e também responsáveis pela assistência ao adolescente, visto que este é um importante assunto no que se refere à saúde dessa faixa etária.

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

Ainda informamos que os dados serão apresentados ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza-Unifor, podendo ser utilizados também em eventos científicos, mas não usaremos o seu nome, sendo sua identidade mantida em sigilo.

Caso precise entrar em contato conosco, informo nossos nomes, endereço e telefone: Antonía Alizandra Gomes dos Santos e Raimunda Magalhães da Silva. Av. Washington Soares, 1321. Edson Queiroz. Fortaleza Ceará. Telefone: (85) 34773280.

Fortaleza, ____ de _____ 2010.

Antonía Alizandra Gomes dos Santos

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Tendo sido satisfatoriamente informado (a) sobre a pesquisa: realizada sob responsabilidade da pesquisadora Antonía Alizandra Gomes dos Santos, concordo em dela participar. Estou ciente de que meu nome não será divulgado e que as pesquisadoras estarão disponíveis para responder a quaisquer dúvidas.

Fortaleza, _____ de _____ 2010.

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

ANEXOS



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA



Rua do Rosário, 283, Sala 508. Centro. Fortaleza - Ce. (85) 3131 1694.

Ilmo(a). Coordenador (a) do Distrito de Saúde da SER -VI

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da Pesquisa Intitulada: **PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA ADOLESCENTES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA-CE.** A pesquisa será realizada nos CSF Manoel Carlos Gouveia, CSF Edmar Fujita, CSF Vicentina Campos, CSF Janival de Almeida, CSF Maurício Matos Dourado, CSF Pedro Sampaio, CSF Evandro Ayres de Moura, CSF Francisco de Melo Jaborandi, CSF Cesar Cals e CSF Galba Araújo pelas pesquisadoras Antonia Alizandra Gomes dos Santos, Claudianne Maia de Farias Lima, Girliani Silva de Sousa, Herla maria Furtado Jorge, Laura Pinto Torres de Melo, Lorena de Castro Pacheco Barros, Renata Késia de Andrade Bezerra. As referidas pesquisadoras são bolsistas da Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

A atividade ocorrerá nos meses de **maio a julho de 2010.**

Comunicamos ainda o parecer favorável, conforme a competência da Coordenação do Sistema Municipal de Saúde Escola.

A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciada pela pesquisadora.

Fortaleza, 24 de Maio de 2010.

P. Paula Cavalcante Ramalho

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Coordenadora Geral do Sistema
Municipal de Saúde Escola

1. Autorizado.
2. A aluna deverá retornar com o resultado da pesquisa.

Ilmo(a). Coordenador (a) do Distrito de Saúde da SER -VI

Parecer do Distrito de Saúde da SER -VI

Karine Manzo
SER -VI
25/05/10.



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
ENSINANDO E APRENDENDO

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA

PARECER Nº. 157/2009

Projeto de Pesquisa: Integralidade na produção do cuidado a gestante nos municípios de Fortaleza e Crato.

Pesquisador Responsável: Raimunda Magalhães da Silva

Data de apresentação ao COÉTICA: 31/03/09

Registro no COÉTICA: 09-106

CAAE: 0922.0.000.037-09

Parecer: APROVADO na data de 28/05/09

Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba

Prof. Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – COÉTICA

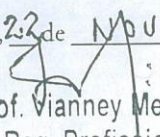


ACADEMIA CEARENSE
DA LÍNGUA PORTUGUESA

DVL CISONAM ET CANORAM LINGVAM CANO

Declara-se, para constituir prova junto ao (à) PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA
do (da) UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR,
que, por intermédio do acadêmico titular infra-assinado, foi procedida à correção gramatical e estilística
do (da) DISSERTAÇÃO intitulado (da) "PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA
ADOLESCENTES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA - CE"
da autoria de ANTÔNIA ALIZANDA GOMES DOS SANTOS,
orientado (a) pelo (a) PROF.ª DRA RAIMUNDA MAGALHÃES DA SILVA,
razão por que se firma a presente, a fim de que surta os efeitos legais, nos termos do novo Acordo Orto-
gráfico Lusófono, vigente desde 01.01.2009.

Fortaleza (CE), 22 de NOV de 2010.


Prof. Vianney Mesquita
Reg. Profissional
CE 00489 JP

Prof. João VIANNEY Campos de MESQUITA
Acadêmico Titular da Cadeira número 37 da ACLP.
Escritor e docente Adjunto IV da Universidade Federal do Ceará
Reg. Prof. MTE00489JP.