UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

DANIELLA GARCIA GOMEZ NAVARRO

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DAS PRÁTICAS

SÃO PAULO
2013

DANIELLA GARCIA GOMEZ NAVARRO

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DAS PRÁTICAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós -graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em ciências.

Área de concentração: Cuidados em Saúde

Orientadora: Profª. Drª. Célia Maria Sivalli Campos

São Paulo
2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura:_____Data___/___/___

Catalogação na publicação (CIP)

Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Navarro, Daniella Garcia Gomez

Gravidez na adolescência na Estratégia Saúde da Família: um estudo das práticas / Daniella Garcia Gomez Navarro.- São Paulo,2013. 148p

Dissertação(Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Profª. Drª.Célia Maria Sivalli Campos

1.Gravidez na adolescência 2. Avaliação em saúde 3. Saúde Coletiva 4.Programa Saúde da Família 5.Enfermagem

Nome: Daniella Garcia Gomez Navarro

Título: Gravidez na adolescência na Estratégia Saúde da Família: um estudo das práticas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Profª.Drª._____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Profª.Drª._____Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Profª.Drª._____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

Aos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família que buscam fazer melhor a cada dia.

Aos amigos da OS-ACSC com quem tive o prazer de trabalhar e compartilhar os mesmos ideais.

AGRADECIMENTOS

Realizar um trabalho como este só é possível com ajuda de muitas pessoas. Tive a felicidade de ter ao meu redor familiares e amigos que me apoiaram e me incentivaram, e professoras que muito contribuíram para o desenvolvimento da estrutura e do conteúdo presentes nesta dissertação.

A todos, meus sinceros agradecimentos.

Minha família, esposo e filhos, pela paciência e apoio;

Profª Drª Regina Lucia Herculano Faustino pelo incentivo;

Profª Drª Ana Luiza Vilela Borges por orientar a construção do projeto de pesquisa;

Profª Drª Cássia Baldini Soares e Profª Drª Carla Roberta Ferraz Rodrigues pelas contribuições no exame de qualificação;

Supervisão Técnica de Saúde de Campo Limpo e Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein por terem dado todo o apoio necessário para a coleta de dados;

Trabalhadores das UBS que foram sujeitos deste estudo pela disponibilidade em me atender e pelas valiosas contribuições de vocês ao responderem as questões.

Profª Drª Célia Maria Sivalli Campos por ter me orientado de maneira tão acolhedora. Muito obrigada.

Navarro DGG. Gravidez na adolescência na Estratégia Saúde da Família: um estudo das práticas [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

RESUMO

Este estudo tem como objeto as práticas de equipes de Saúde da Família relacionadas à gravidez na adolescência. Parte-se da premissa de que a gravidez na adolescência é determinada pelas diferentes condições de reprodução social que levam a desiguais possibilidades de vivenciar a adolescência e consequentemente o processo de gravidez. Assim, intervir na gravidez na adolescência no contexto da Estratégia Saúde da Família implica em reconhecer que se trata de um fenômeno socialmente determinado e que intervenções focadas no modelo biomédico de atenção não imprimem quaisquer mudanças nas condições de vida e de saúde das adolescentes cadastradas. Os objetivos desta pesquisa foram Identificar práticas de saúde relacionadas à gravidez na adolescência implementadas por equipes da Estratégia Saúde da Família e descrever e analisar essas práticas sob o foco das necessidades de saúde. Para tanto, foi conduzido um estudo quanti-qualitativo de natureza descritiva, em Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família situadas nos Distritos Administrativos de Campo Limpo e Vila Andrade, zona sul do município de São Paulo. Os sujeitos do estudo foram os profissionais de saúde que respondiam pelas práticas relacionadas à gravidez em sua equipe. Os dados foram coletados por meio de entrevistas guiadas por questionário semiestruturado. Os dados qualitativos foram descritos e analisados sob o foco da categoria analítica necessidades de saúde, conceituadas como necessidades de reprodução social. Os dados quantitativos foram apresentados por meio de números absolutos e proporções.

Os resultados apontaram a falta de práticas voltadas especificamente para adolescentes na Estratégia Saúde da Família.

As práticas hegemônicas relacionadas à gravidez na adolescência nas equipes estudadas seguem sendo práticas tradicionais de atenção à saúde centradas nos aspectos biológicos da reprodução humana como consultas, oferta de métodos contraceptivos e atenção ao pré-natal, que são ofertados de maneira geral para a população e que pouco atendem às necessidades deste grupo. Contudo, o adolescente não é invisível para as equipes que se valem do acolhimento e das visitas domiciliárias como instrumentos para identificar necessidades de saúde dos adolescentes e incluí-los no serviço. Práticas voltadas exclusivamente para adolescentes foram identificadas em algumas equipes, como grupos educativos e práticas intersetoriais, todavia foram iniciativas pontuais. A adoção de uma concepção teórica que compreenda a gravidez como decorrência das condições de reprodução social pode ser o ponto de partida para a ampliação das práticas, contudo, não se resume a esse aspecto, pois a realidade dos serviços parece limitar a criatividade e a possibilidade de acrescentar outras práticas na agenda de trabalho.

Palavras-Chave: Gravidez na adolescência; avaliação em saúde, saúde coletiva, programa saúde da família, necessidade e demanda dos serviços de saúde, enfermagem.

Navarro DGG Pregnancy in adolescence in the Family Health Strategy: a study of the practice.[dissertação]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

ABSTRACT

This study aims at the Family Health group [grupo Saúde da Família] practices concerning pregnancy during adolescence. It is assumed that during adolescence pregnancy is determined by the different conditions of social reproduction which lead to uneven possibilities of experiencing adolescence and consequently the pregnancy process. Thus, intervening with pregnancy during adolescence in the context of the Family Health Strategy [Estratégia Saúde da Família] involves acknowledging that this is about a phenomenon which is socially determined and that interventions focused on the biomedical model of care do not effect any changes in the conditions of life and health of the registered adolescents.

The aim of this research was to identify, describe and analyse the practices related to pregnancy in adolescence implemented by Family Health. For such, a descriptive quantitative and qualitative study has been conducted at Family Health Basic Units [Unidades Básicas de Saúde da Família] located in the administrative districts of Campo Limpo and Vila Andrade, southern zone of the city of São Paulo. The subjects of this study were the health care professionals responsible for the procedures related to pregnancy in their team. The data were collected by means of interviews guided by semi-structured questionnaires described by means of numbers and proportions.

The results showed the lack of procedures aimed specifically at adolescents in the Family Health Strategy. Hegemonic practices related to pregnancy during adolescence in the studied teams remain traditional practices of health care focused on the biological aspects of human reproduction such as appointments, provision of

contraceptive methods and prenatal care which are generally provided to the population and which barely meet the needs of that group.

Nevertheless, adolescents are not invisible to the teams which make use of hosting and household visits as a means to identify the adolescents health needs and include them in the service. Practices aimed exclusively at adolescents were identified in some teams, such as educational groups and intersectorial practices, however, they proved ad-hoc initiatives. These practices, though augmented in relation to the traditional practices of health care focused on the biological aspects of human reproduction, are found tied up to a conception that views adolescence as unique, universal and troublesome and do not take pregnancy as an aftermath of the conditions of social reproduction of the adolescents, thus, being frail as to bringing changes to the health conditions of adolescents.

The adoption of a theoretical conception which comprehends pregnancy as a result of the conditions of social reproduction may be the starting point for the expansion of the practices, it does not resume itself to this aspect, though, as the reality of the services seems to restrict creativity and the possibility of adding other practices to the work agenda.

Keywords: pregnancy during adolescence; health assessment; collective health; Family Health Program; health services needs and demands

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos entrevistados segundo profissão. São Paulo, 2013.	42
Tabela 2	Distribuição dos entrevistados segundo qualificação para atuar na ESF ou saúde do adolescente. São Paulo, 2013.	42
Tabela 3	Frequência das respostas sobre o que pensam os profissionais sobre os adolescentes de sua área de trabalho	47
Tabela 4	Frequência das concepções dos trabalhadores sobre a gravidez na adolescência	51
Tabela 5	Frequência de respostas sobre impacto da gravidez na vida das adolescentes	55
Tabela 6	Frequência das atividades voltadas para adolescentes nas equipes	59
Tabela 7	Frequência de respostas sobre como os adolescentes acessavam as consultas	60
Tabela 8	Frequência de respostas sobre quais eram os trabalhadores que atendiam os adolescentes em consulta	61
Tabela 9	Distribuição das equipes segundo rotina do atendimento Pré-natal para adolescentes	62
Tabela 10	Frequência de respostas sobre os trabalhadores que realizavam visitas eventuais para adolescentes	63
Tabela 11	Frequência das respostas sobre os motivos que levaram os trabalhadores a realizar visitas eventuais para adolescentes	63
Tabela 12	Frequência das respostas sobre os motivos que mobilizavam os profissionais a fazerem visitas eventuais para gestante	65
Tabela 13	Frequência dos grupos realizados por equipes de Saúde da Família em que há participação de adolescentes	66
Tabela 14	Frequência das respostas sobre os motivos que levaram as equipes a implementarem os grupos de planejamento familiar	67
Tabela 15	Frequência dos conteúdos abordados nos grupos de planejamento familiar.	68
Tabela 16	Frequência de respostas sobre as estratégias utilizadas para abordar o conteúdo no grupo de planejamento familiar	69
Tabela 17	Frequência das respostas sobre quem eram os trabalhadores que coordenavam os grupos de planejamento familiar	69
Tabela 18	Frequência das respostas sobre quem eram os trabalhadores que participavam do planejamento do grupo além daqueles que o coordenavam	70
Tabela 19	Frequência dos conteúdos abordados nos grupos com adolescentes	70

Tabela 20	Frequência de respostas sobre os motivos que levaram as equipes a implementarem grupos com adolescentes	72
Tabela 21	Frequência das respostas sobre a finalidade d as equipes ao implementarem os grupos com adolescentes	73
Tabela 22	Frequência dos encaminhamentos realizados pelas equipes quando o resultado do teste de gravidez é negativo	74
Tabela 23	Frequência de respostas a respeito das instâncias de identificação de necessidades de saúde dos adolescentes	78
Tabela 24	Distribuição dos entrevistados segundo conhecimento sobre o número de adolescentes cadastrados em sua área de trabalho	79
Tabela 25	Distribuição dos entrevistados segundo conhecimento sobre quantas adolescentes estavam grávidas em sua área de trabalho	79
Tabela 26	Frequência das respostas a respeito do que as equipes para identificam como necessidades de saúde de adolescentes	80
Tabela 27	Frequência de respostas sobre as atividades promovidas para adolescentes por meio de práticas intersetoriais	82
Tabela 28	Frequência das respostas sobre quais eram as instituições envolvidas nas práticas intersetoriais	82
Tabela 29	Frequência de respostas sobre como os adolescentes eram encaminhados para as instituições envolvidas nas práticas intersetoriais	83
Tabela 30	Frequência de respostas sobre quais eram os profissionais envolvidos na articulação das práticas intersetoriais	84
Tabela 31	Frequência de respostas sobre quais eram os critérios utilizados pelas equipes para incluírem os adolescentes nas práticas intersetoriais	84
Tabela 32	Distribuição dos entrevistados segundo opinião sobre a necessidade de implementar outras práticas voltadas à gravidez na adolescência	88
Tabela 33	Frequência das respostas sobre as dificuldades para ampliarem as práticas adolescentes na equipe	90

LISTA DE SIGLAS

ACHI	Anticoncepcional hormonal injetável
ACHO	Anticoncepcional hormonal oral
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACSC	Associação Congregação de Santa Catarina
AE	Anticoncepção de Emergência
AMA	Atendimento Médico Ambulatorial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRSS	Coordenadoria Regional de Saúde Sul
DA	Distrito Administrativo
DAB	Departamento de Atenção Básica
DIU	Dispositivo intra uterino
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não governamental
OS	Organização Social
PAS	Plano de Atenção à Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
PSF	Programa Saúde da Família
RN	Recém-nascido
SBIBAE	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliária

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	17
1.1	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	17
1.2	A ESF NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	20
1.3	MAGNITUDE DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	23
1.4	PRÁTICAS IMPLEMENTADAS PELO SETOR SAÚDE NO QUE CONCERNE Á GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	25
2	**REFERÊNCIAL TEÓRICO**	30
2.1	NECESSIDADES DE SAÚDE	30
2.2	ADOLESCÊNCIA	32
3	**OBJETIVOS**	36
4	**METODOLOGIA**	38
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	38
4.2	CAMPO DO ESTUDO	39
4.2.1	DA Campo Limpo e Vila Andrade	40
4.3	SUJEITOS DO ESTUDO	41
4.4	COLETA DE DADOS	43
4.5	ANÁLISE DE DADOS	44
4.6	QUESTÕES ÉTICAS	44
5	**RESULTADOS E ANÁLISE**	47
5.1	O QUE PENSAM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O ADOLESCENTE E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	47
5.2	PRÁTICAS RELACIONADAS À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	59
5.3	SOBRE AS PRÁTICAS IMPLENTADAS E FUTURAS	88
6	**DISCUSSÃO**	94
7	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	120
8	**REFERÊNCIAS**	124
9	**APÊNDICES**	139

APRESENTAÇÃO

Graduei-me em enfermagem há 12 anos, dez deles trabalhei na Atenção Básica. Atuei como enfermeira em Equipe de Saúde da Família, como gerente de Unidade Básica de Saúde (UBS) com Estratégia Saúde da Família (ESF) e também na coordenação da ESF da Organização Social Associação Congregação de Santa Catarina (OS-ACSC), uma das parceiras da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo. Mais tarde, como gerente de informação e planejamento da ESF da OS-ACSC, além de acompanhar a atuação das equipes por meio da análise de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros sistemas de informação, tive a oportunidade de planejar e implementar estratégias voltadas para o enfrentamento das questões de saúde identificadas como prioridade. Desta forma, vivenciei a implantação da ESF em São Paulo e as mudanças ocorridas nessa gestão e implementação, desde as experiências iniciais na Região Sul de São Paulo, com o projeto Qualis - Qualidade Integral à Saúde, passando pelo processo de municipalização e ampliação das parcerias à implementação das organizações sociais no município.

Nesta trajetória, pude perceber a grande expectativa dos gestores municipais e da população em relação aos resultados que a ESF poderia trazer em termos de qualificação da assistência e mudança no perfil de saúde.

Ao longo destes anos, pude compreender o enorme potencial transformador da ESF, ao mesmo tempo em que convivi com suas reais limitações. Superar tais limitações sempre foi o desafio que impulsionou minha trajetória profissional e me trouxe à pós-graduação. Este projeto de pesquisa é resultado da busca pela qualificação e aprimoramento da Estratégia Saúde da Família.

1 INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Este pesquisa teve como objeto as práticas das equipes de Saúde da Família relacionadas à gravidez na adolescência.

O interesse em desenvolver o tema proposto teve origem no desafio que hoje está posto para todos os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) diante da necessidade e da expectativa de mudanças nos perfis epidemiológicos e dos indicadores de saúde da população sob responsabilidade das equipes, uma vez que tem sido desde 1998 a estratégia eleita pelo Ministério da Saúde (MS) para a reorganização da Atenção Básica no Brasil (Brasil, 2006).

1.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), inscrito na Constituição de 1988, um grande investimento tem sido feito para fortalecer a Atenção Básica no Brasil. Parte-se da premissa de que o nível da Atenção Básica bem estruturada permite organizar redes de atenção à saúde. Por isso, a Atenção Básica passou a constituir a porta de entrada preferencial do usuário, e tornou-se o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde.

Com esse intuito a instância federal, via MS, optou por uma estratégia para a reorganização da Atenção Básica, a ESF, que passou a ser indicada pelo MS como modelo prioritário a ser adotado pelos municípios (Brasil, 2006).

O Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS tem estabelecido as bases para a implantação e o funcionamento da ESF desde 1994, com o propósito de reorganizar as práticas de

atenção à saúde com a intenção de superar as dificuldades e limites encontrados no modelo tradicional, o qual está centrado na atenção à doença e que portanto, prioriza o atendimento médico. A orientação do MS para ampliar o acesso e aprimorar a qualidade dos serviços tem sido substituir práticas reduzidas ao atendimento de queixas clínicas por um processo de trabalho centrado na vigilância à saúde (Brasil, 1998).

A expansão da ESF no Brasil deu-se de forma rápida, consequência do apoio do MS para sua implantação e também da capacidade deste em provocar mudanças positivas nos principais indicadores de saúde das populações assistidas; como a melhoria no acesso aos serviços de saúde, redução da mortalidade infantil e aumento da cobertura vacinal (Brasil, 2006a, 2008). Dessa forma, se em 2003, o país contava com 19 mil equipes de saúde, em 2009 este número chegou a 30.328, o que representou uma cobertura de 50,7% da população brasileira (Brasil, 2011a).

Cabe às equipes de saúde da família responder às necessidades de saúde de maneira mais ampliada, prestando não somente atenção à doença, mas também interferindo nas condições de vida das comunidades atendidas de modo a visar a promoção da saúde por meio de práticas programáticas, práticas educativas e do desenvolvimento de práticas intersetoriais (Brasil, 2000).

Essas equipes são compostas minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os quais atuam obedecendo algumas diretrizes que caracterizam o processo de trabalho: a territorialização e adscrição da clientela, o trabalho em equipe multidisciplinar, a atenção focada na família e o desenvolvimento de práticas intersetoriais (Brasil, 1998).

Além da equipe mínima, em 2008, o MS criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o qual consiste em uma equipe multiprofissional que deve atuar em conjunto com os profissionais da equipe visando apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e

com ela compartilhar as práticas nos territórios sob responsabilidade das equipes com a finalidade de ampliar a abrangência, o escopo das práticas e a resolutividade na Atenção Básica (Brasil, 2011b).

Contudo, a ESF foi adotada pelo Ministério da Saúde, como estratégia oficial para reorganização da Atenção Básica num contexto em que no Brasil as políticas públicas eram regidas pela lógica neoliberal, que propunha a redução de investimentos financeiros do Estado em políticas sociais. Para racionalizar os custos com a saúde, ficou inviabilizada a possibilidade do Estado financiar políticas universalizantes. Desta maneira, a ESF foi prioritariamente implementada nas regiões mais pobres, utilizando tecnologias custo/efetivas, o que leva ao desenvolvimento de práticas focalizadas, com ênfase nos aspectos de promoção e prevenção que sejam resolutivas e de baixo custo (Franco e Merhy, 2007).

A implementação da ESF e a enorme expansão do número de equipes de saúde da família aumentou muito a cobertura da Atenção Básica (Solla et al., 2007). No entanto, não se pode afirmar que houve mudança no enfoque das práticas, que continuam centradas no modelo biomédico tradicional de atenção e primordialmente voltadas ao tratamento e monitoramento de doenças, de modo a favorecer mudança do modelo assistencial, conforme previsto pelo Ministério da Saúde (Reis et al., 2007; Costa et al., 2009; Shimizu e Rosales, 2009).

Além dos atendimentos essencialmente clínicos, as práticas das equipes se concentram basicamente na oferta organizada de serviços básicos como ações de educação sanitária, dirigidas a grupos específicos, e ações de vigilância à saúde desenvolvidas de modo incipiente pela grande maioria das equipes (Teixeira, 2006).

1.2 A ESF NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

A implementação do Programa de Saúde da Família em São Paulo (PSF), posteriormente Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi efetivada por meio de contratos de gestão do Estado com entidades da sociedade civil, as Organizações Sociais (OS), que ficaram conhecidas como instituições parceiras.

Esse contrato de gestão, possibilitado pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, foi realizado com a promessa de flexibilização da gestão pública e o aumento da responsabilização da administração pública (Sano, 2008). No entanto, o contexto era de Reforma do Estado que teve a minimização de custos como princípio norteador (Trevisan, 2007).

O PSF foi implementado nesse contexto de racionalização de custos, como estratégia de operacionalização do SUS e reorganização da Atenção Básica, por um Estado que Trevisan (2007) qualificou como “Estado anêmico”. Essa contradição foi descrita pelo autor:

> ...a determinação constitucional engendra complexa teia de interesses (...) o SUS deve ser "universal" mas o Estado deve ser "mínimo". (...) [e tem] pretensão constitucional de cuidar de modo universal e descentralizado da saúde de todos por um Estado pensado para viver em constante "anemia induzida” (Trevisan, 2007p.240).

O setor em que as OS mais prosperaram foi o da saúde e o Estado de São Paulo foi o que mais qualificou OS (Sano, 2008).

No município de São Paulo as primeiras equipes de saúde da família foram implantadas por iniciativa do governo estadual, no ano de 1996, firmando contrato de gestão com a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini. Em 1998, a parceria foi ampliada com outras instituições, como a Organização Santamarense de Educação e Cultura (Unisa) e Associação

Congregação de Santa Catarina, em um projeto denominado Qualis - Qualidade Integral à Saúde.

Anteriormente a gestão municipal havia feito a opção por não integrar o SUS. A atenção à saúde no município era prestada por cooperativas privadas de assistência médica, em um modelo implementado pelo Programa de Assistência à Saúde, ou PAS (Junqueira, 2002 e Silva et al., 2007).

Importante salientar que esse modelo assistencial desrespeitava os princípios constitucionais do SUS e se contrapunha à política estadual e municipal de saúde. Somente em 2001, o município voltou a integrar o SUS e em 2002 as equipes da ESF ficaram sob gestão direta do município. Nesta gestão, priorizou-se a reorganização das instâncias de participação e controle social, a extinção do PAS e a municipalização da rede básica (Pinto, Tanaka e Spedo, 2009).

A implantação da ESF, por meio de parcerias, continuou e ampliou-se bastante após 2001. Os equipamentos de saúde passaram a ser geridos diretamente pelas Coordenadorias de Saúde de cada uma das 31 sub-prefeituras do município, as quais buscaram parceiros atuantes na sua região. Na época, pelo fato de os contratos de convênio serem pouco específicos e apresentarem lacunas quanto à atuação das instituições parceiras, a maneira como cada parceiro atuava em relação à organização dos serviços variou bastante e levou a modos diferentes de conduzir a implementação da ESF (Silva et al., 2007).

Em 2005, a gestão dos equipamentos voltou a ficar centralizada na própria SMS, tendo sido criadas cinco regiões administrativas ligadas à Coordenação da Atenção Básica do município (Silva et al., 2007; Pinto, Tanaka e Spedo, 2009).

Neste momento, a intenção foi uniformizar a organização dos serviços nos equipamentos de saúde. Assim, foi editado o Documento Norteador, descrevendo as linhas gerais que devem nortear a organização dos serviços em todos os equipamentos na

rede básica de atenção à saúde no município de São Paulo (Secretaria Municipal de Saúde, 2005).

No município de São Paulo, em 2010, a ESF já contava com 1196 equipes, representando uma cobertura de 43,2%. As equipes estão distribuídas sobretudo, nas regiões mais periféricas da cidade ou em regiões consideradas de alta vulnerabilidade social (São Paulo, 2011a).

Para redefinir normas de acompanhamento da execução dos convênios, em 2008, a Coordenação da Atenção Básica (CAB) da SMS elaborou o documento "Instrumento normativo para acompanhamento técnico, administrativo e financeiro dos Convênios da Estratégia Saúde da Família no âmbito do Município de São Paulo", em que estabelece critérios para avaliação contínua das atividades oferecidas pela ESF (Secretaria Municipal de Saúde, 2008a).

Com base nesse documento, a SMS monitora a atuação das instituições parceiras por meio do acompanhamento ao cumprimento do plano de trabalho anual, pactuado entre SMS e instituição parceira e do monitoramento de 17 indicadores alí descritos. O monitoramento e análise desses indicadores ocorrem em um conselho envolvendo as três instâncias técnico-administrativas da SMS (Supervisões Técnicas, Coordenadorias Regionais e Coordenação de Atenção Básica) com as instituições parceiras, conforme portaria 869/10 SMS-G (São Paulo, 2011b). Nesses conselhos, são avaliados os resultados alcançados em relação às metas pactuadas e são discutidas estratégias a serem implementadas junto às equipes, a fim de atingir os resultados desejados.

Dentre esses indicadores, destaca-se a "proporção de gestantes menores de 20 anos cadastradas no SIAB". A meta é que as equipes consigam reduzir em 10% a proporção de adolescentes grávidas em relação ao total de gestantes cadastradas em seu

território, no decorrer de um ano (Secretaria Municipal de Saúde, 2008a).

A inclusão desse indicador como item de avaliação do resultado do trabalho das equipes demonstra a preocupação da SMS com a ocorrência da gravidez na adolescência. Reduzir a proporção de adolescentes grávidas passa a ser prioridade para as equipes de Saúde da Família, o que as tem levado a mobilizar esforços neste sentido.

1.3 MAGNITUDE DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

O MS informa uma queda de 22% no número de partos em adolescentes realizados na rede pública de saúde entre 2005 e 2009. A redução mais significativa acorreu na região Nordeste. Na região Sudeste, a queda foi de 20,7% e no Estado de São Paulo, de 16,7% (Brasil, 2011).

Ao analisar os dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) entre 2005 e 2009, verifica-se que o número de RN de mães menores de 20 anos no Brasil sofreu uma diminuição de 13,1% confirmando a redução do número de partos entre as adolescentes, embora em menor proporção (DATASUS, 2011).

No município de São Paulo, o número de nascidos-vivos de mães com menos de 20 anos sofreu redução de 10,2% no período, enquanto que este número foi de 2,4% entre as mulheres adultas. Ao analisar a redução por região, nota-se que esta foi mais significativa nas regiões Centro–Oeste e Sudeste (Secretaria Municipal de Saúde, 2011a), justamente as que apresentam os melhores indicadores socioeconômicos do município (Secretaria Municipal de Saúde, 2011b)

A relação espacial entre gravidez na adolescência e os piores

indicadores socioeconômicos é evidenciada nos trabalhos que analisaram a distribuição territorial da gravidez na adolescência. Martinez et al. (2011) ao estudar a distribuição espacial da ocorrência da gravidez na adolescência no estado de São Paulo, aponta que ela ocorre com maior frequência nos municípios de menor Produto Interno Bruto (PIB) per capta, com maior incidência de pobreza, de menor IDH[1] e Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS)[2], demonstrando que há uma estreita associação entre gravidez na adolescência e piores indicadores socioeconômicos. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Nogueira et al.(2009), Silva et al.(2011) e Ferreira et al. (2012).

Assim, explica-se o fato de que a proporção de adolescentes grávidas cadastradas nas equipes da ESF no município de São Paulo é maior que proporção observada no município como um todo e não aponta tendência de queda (SIAB, 2011). Isto confirma achados de pesquisa realizada pelo MS que avaliou a evolução de alguns indicadores sensíveis à Atenção Básica por estrato de cobertura da ESF no Brasil. A pesquisa aponta que, no período entre 1998 e 2005, a proporção de nascidos-vivos de mães com menos de 20 anos apresentou discreta tendência de queda, tanto para o Brasil, quanto nos estratos de cobertura da ESF. Contudo, nos municípios com IDH baixo, a tendência foi de aumento em todos os estratos de cobertura (Brasil, 2008).

---

[1] O Índice de Desenvolvimento Humano - IDH surgiu no início da década de 90, a partir de uma iniciativa do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. É um indicador síntese que combina três componentes considerados básicos do desenvolvimento humano: a longevidade, medida pela esperança de vida ao nascer; a educação, medida por uma combinação da taxa de alfabetização de adultos e a taxa combinada de matrícula nos níveis de ensino fundamental, médio e superior; e a renda, medida pelo poder de compra da população, baseado no PIB per capita ajustado ao custo de vida local para torná-lo comparável entre países e regiões (PNUD, 2011).

[2] IPVS- trata-se um conjunto de indicadores criados pela fundação SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de dados) que no seu conjunto permitem identificar detalhadamente as condições de vida em um município identificando e localizando espacialmente áreas que abrigam segmentos populacionais mais vulneráveis à pobreza (SEADE,2012).

No município de São Paulo, quando se olha especificamente para a proporção de adolescentes grávidas cadastradas pelas equipes de saúde da família, observa-se que, apesar da redução na proporção dos recém-nascidos de mães com menos de 20 anos no município, nas regiões mais carentes, ou seja, aquelas cobertas pela ESF, a mesma tendência não foi observada.

Diante desse quadro, observa-se que "a gravidez na adolescência ocorre com maior frequência nas regiões mais desfavorecidas socioeconomicamente e que podem estar ausentes ou fragilizadas as práticas da ESF direcionadas a esta questão" (Brasil, 2008, p.171)

1.4 PRÁTICAS IMPLEMENTADAS PELO SETOR SAÚDE NO QUE CONCERNE À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Na área da saúde, em consonância com o período histórico que deu origem à instituição do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, o MS instituiu o Programa de Saúde do Adolescente -PROSAD (Brasil,1989). No entanto, pode-se afirmar que esse programa não foi implementado de fato, baseando-se no fato de que no âmbito da Atenção Básica não há práticas orientadas a esse segmento (Moura et al., 2004; Osis et al., 2006; Pirotta KCM, 2006; Amarante, 2007; Pierre et al., 2010; Gurgel et al., 2010).

As práticas de saúde na Atenção Básica são direcionadas pelos programas priorizados pelo MS, que definem como áreas estratégicas o atendimento casos de tuberculose, hanseníase e outras doenças transmissíveis, hipertensão e diabetes mellitus, da saúde da mulher (com prioridade para prevenção de câncer de mama e de colo uterino), saúde bucal, às gestantes, crianças até dois anos e idosos (Brasil, 2006). Ou seja, programas focalizados

na atenção a agravos e a eventos característicos de determinadas fases da vida.

A partir de análise do relatório do Banco Mundial de 1994, Misoczky (1995) avaliou que a lógica de financiamento desses programas de saúde obedecia, primordialmente, a uma relação custo-benefício financeiro e que eles compunham o chamado pacote mínimo essencial a ser financiado pelo Estado.

Verifica-se, portanto, que o segmento dos adolescentes não está contemplado entre os programas prioritários, orientados pelas políticas de saúde.

A atenção à saúde voltada a esse grupo fica restrita a ações ofertadas rotineiramente aos grupos prioritários. Portanto, os adolescentes são contemplados com ações na Atenção Básica quando, de alguma maneira, se encaixam em práticas dirigidas aos grupos prioritários (Amarante e Soares, 2009; Soares, 2011).

Na especificidade da Atenção Básica às práticas dirigidas à gravidez na adolescência, além do pré-natal, são as consultas individuais, sobretudo com o enfermeiro, e a participação em grupos e palestras planejadas para mulheres adultas, cuja finalidade é informar e ofertar métodos contraceptivos, as principais ações implementadas pelos serviços de saúde (Moura e Silva, 2004; Osis et al., 2006; Moura, Silva e Galvão, 2007; Berlofi, et al., 2007; Pierre e Clapis, 2010; Gurgel et al., 2010; Melo e Coelho, 2011).

A gravidez entre adolescentes é tratada com enfoque puramente biologicista tanto em práticas educativas nas escolas (Altmann, 2009), como nas práticas implementadas nos serviços de saúde. Estudos apontam a necessidade de metodologias participativas, criativas e inovadoras, além de uma abordagem mais ampla sobre os vários aspectos ligados à sexualidade, considerando as necessidades dos adolescentes (Jeolás e Ferrari, 2003; Brêtas e Silva, 2005; Maheirie et al., 2005; Carvalho, Rodrigue e Medrado, 2005; Souza et al., 2007; Alencar, Silva e Silva, 2008; Soares et al, 2008; Gurgel et al., 2010; Levandowski e

Schmidt, 2010).

Além da falta de práticas voltadas especificamente para os adolescentes e do enfoque biológico com que as questões de saúde são abordadas, outros fatores comprometem a continuidade das práticas centradas na contracepção.

Estudos relatam que a falta de médicos em algumas equipes de Saúde da Família, de treinamento e da definição legal sobre a atuação do enfermeiro na prescrição dos métodos também são aspectos que restringem as práticas relacionadas à gravidez na adolescência (Moura e Silva, 2004; Osis et al., 2006; Moura, Silva e Galvão, 2007; Pierre e Clapis, 2010).

Portanto, a ESF pouco avançou em relação às práticas tradicionais de atenção à saúde, especialmente no que concerne à atenção à saúde de adolescentes. Contudo, no município de São Paulo especificamente, a preocupação do poder público coloca a gravidez na adolescência como uma questão que deve ser priorizada e se traduz na diminuição da porcentagem dessa ocorrência entre adolescentes como meta a ser alcançada pelas equipes de Saúde da Família. Foi com a intencionalidade de atingir a meta que os adolescentes foram incorporados à ESF.

No entanto, observa-se que as práticas implementadas nos serviços de saúde para esse segmento estão centradas em práticas assistenciais, especialmente consultas voltadas à assistência e monitoramento do processo fisiológico da gravidez e em ações de educação em saúde de enfoque prescritivo e voltado à mudanças de comportamento.

Ao desconsiderar a realidade das condições de vida dos adolescentes e de suas famílias, as práticas na área da saúde relacionadas à gravidez na adolescência tornam-se frágeis para promover mudanças e pouco atendem as necessidades de saúde desse grupo.

A partir dessas considerações e da estreita relação entre

gravidez na adolescência e piores indicadores socioeconômicos, considera-se que, além das ações exclusivas da área da saúde, é necessário que as práticas em saúde se ampliem para além dos aspectos relacionados à reprodução. Acredita-se que as práticas implementadas pelos serviços de saúde, em conjunto com outros setores, são as que tem potência para incidir em determinantes sociais do processo saúde-doença e para de fato contribuir com o aprimoramento das condições de saúde, inclusive as associadas à gravidez em adolescentes.

A partir dessas considerações, as perguntas que nortearam este estudo foram:

Quais são as práticas implementadas pela ESF relacionadas à gravidez na adolescência?

As práticas ampliaram-se para além daquelas focadas em aspectos biológicos da reprodução humana?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo elegeu o conceito de necessidades de saúde como categoria analítica e adotou a concepção de adolescência, a partir de referenciais teóricos do campo da Saúde Coletiva. Foi feita a opção de tomar a terminologia adolescência, ao invés de juventude, porque hegemonicamente, ao menos na área da saúde, é a terminologia utilizada para definir o início da juventude, tanto por trabalhadores que implementam as práticas nos serviços de saúde como também pelos que escrevem os documentos e determinam metas, nos níveis centrais.

2.1 NECESSIDADES DE SAÚDE

O que determina a saúde, individual e do coletivo, é a forma como os sujeitos interagem e se organizam em sociedade, ou seja, nas ligações econômicas, sociais, políticas e culturais que estabelecem (Navarro et al., 2004).

Dito de outra forma, as condições de saúde são consequência das condições de inserção dos sujeitos na reprodução social, compreendendo reprodução social como

> ... o conjunto da vida social caracterizado pelas formas de trabalhar e consumir, pelas relações que os seres humanos estabelecem entre si para produzir a vida social, pela forma em que transformam a natureza, pela forma em que realizam a distribuição e o intercâmbio dos bens socialmente produzidos, pelas instituições que geram e pelo nível de consciência e organização que alcançam (Campaña, 1997: 133).

Portanto, se as condições de saúde são impostas pela vida social, são determinadas pela inserção dos sujeitos nas diferentes formas de trabalhar, que configuram os diferentes modos de viver a

vida, as necessidades de saúde são necessidades atreladas à reprodução social e não se restringem a necessidades de serviços de saúde (Campos, 2009).

A partir dessa perspectiva teórica, este trabalho partiu da compreensão de que para identificar as necessidades de saúde de indivíduos, famílias e grupos sociais, ampliadas para além das expressas no corpo biopsíquico dos sujeitos, é imprescindível caracterizar as condições de reprodução social.

Portanto, partindo da definição acima, de Campaña (1997: 133), necessidades de saúde são produzidas: pelas *formas de trabalhar e consumir,* (...), que Campos (2009) nominou *necessidades de reprodução social;* (...) *pelas relações que os seres humanos estabelecem entre si para produzir a vida social* (...), *pela forma em que realizam a distribuição e o intercâmbio dos bens socialmente produzidos, pelas instituições que geram* (...), que Campos (2009) nominou *necessidade da presença do Estado*, uma vez que é a instância mais efetiva para garantir os diversos serviços que promovem o bem estar social e o acesso universal ao consumo de bens socialmente produzidos, que são os que podem responder à complexidade das necessidades de reprodução social; e (...) *pelo nível de consciência e organização que alcançam*, que Campos (2009:155-6) denominou *necessidades de participação política*, ou necessidade de participação social, considerando a participação que promova a *discussão e o embate entre necessidades e interesses dos grupos sociais e de grupos organizados da sociedade civil* e que permita que sejam revelados os conflitos sociais que ficam obscurecidos pelos *desgastes advindos do mundo do trabalho contemporâneo, e que possibilite a construção de um projeto emancipatório, no qual estejam postas as necessidades de todos os grupos sociais.*

2.2 ADOLESCÊNCIA

Na área da saúde, predomina o conceito de adolescência como sendo uma fase do ciclo vital, privilegiando os aspectos biológicos e psicológicos que a caracterizam e que homogeneízam os sujeitos dessa geração. É desta maneira que a Organização Mundial de Saúde (OMS)[3] define adolescência, como o período compreendido entre os dez e dezenove anos de idade, período este marcado por mudanças aceleradas nos aspectos físicos, psicológicos e relacionais que caracterizam esta fase da vida.

Sob esta ótica, os problemas de saúde dos adolescentes são vistos e tratados considerando os aspectos biológicos e psicológicos, valendo-se da clínica como principal corpo de conhecimento para direcionar as ações. Está implícita nesta concepção a visão de adolescência como um fenômeno universal, homogêneo e natural, como se a adolescência sempre tivesse existido, se passasse da mesma forma e como se todos os adolescentes fossem iguais (Soares, 2009).

Contudo, a noção de adolescência distinta das demais fases da vida foi constituída social e historicamente. Foi definida na modernidade, para responder a uma necessidade social.

Nas sociedades ocidentais, a adolescência passou a ser considerada como uma fase específica, assim como também as demais fases da vida, a partir dos Estados Modernos, quando a produção de riquezas passou a ser a medida da qualidade de vida de um povo e o capitalismo passou a prosperar como modo de produção. A infância e a adolescência passaram a ser consideradas como futuros potenciais de produção socioeconômica das nações e

---

[3] PAHO - Pan American Health Organization 48º Conselho Diretor – 60ª Sessão do Comitê Regional. Washington, D.C., EUA, 29 de setembro a 3 de outubro de 2008 (http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/CD48-02-p.pdf)

por isso passaram a receber investimentos sociais, especialmente no âmbito da saúde e da educação formal (Birman, 2007).

Desta maneira, entre a infância e o mundo adulto, se interpôs uma fase que Margullis e Urresti (1996) identificaram como moratória social, um tempo extra, um bônus dado aos jovens para se qualificarem para o trabalho, ainda sem assumirem as responsabilidades do mundo adulto.

Nessa concepção, a adolescência foi tomada como um período de preparo, de investimento social, no qual o jovem estará sendo formado para ser o futuro adulto socialmente ajustado (Margullis e Urresti, 1996).

Ainda nos dias atuais a adolescência é hegemonicamente compreendida como um período de passagem linear da infância para a vida adulta, que segundo Aquino (2009), para não ser considerada desviante, portanto, para ser funcional, deve ser feita em etapas organizadas de socialização, que proporcionem o aumento de responsabilidades gradativa e sucessivamente, passando da formação profissional à entrada no mercado de trabalho e à possibilidade de manter a própria casa, até a formação de uma família, casando-se e tendo filhos.

No entanto os adolescentes, apesar de fazerem parte de uma mesma geração, vivenciam a moratória social, que caracteriza a geração, de maneira desigual.

Para aqueles de famílias com melhores condições socioeconômicas, o tempo para estudo e capacitação é maior e é garantido pelas famílias, o que permite que vivam este período sem maiores responsabilidades com casamento, filhos ou trabalho. Para esses adolescentes o tempo livre é o tempo de lazer, de diversão, de aproveitar a vida (Margullis e Urresti, 1996).

Já para os adolescentes de famílias com menos acesso a bens, o tempo dedicado aos estudos e capacitações é menor, pela necessidade de assumir mais cedo as responsabilidades com o

trabalho, para se manterem ou para contribuírem com o orçamento familiar. Menos qualificados para o trabalho, acabam ficando com ocupações menos interessantes e de menor remuneração. Para estes jovens, a falta de oportunidades de trabalho e o desemprego resultam em um tempo livre carregado de frustração, culpa e sensação de impotência, diante da impossibilidade de assumir o mundo adulto com perspectiva de um futuro melhor (Margulis e Urresti, 1996).

Sendo assim, numa sociedade capitalista, em que o modo de produção impõe a divisão social do trabalho e, consequente, a formação de classes sociais com condições de vida distintas e acesso desigual aos bens e serviços produzidos, as oportunidades de estudo e qualificação também são distintas e desiguais, o que determina várias formas de ser adolescente e de viver a adolescência (Margullis e Urresti, 1996, Soares, 2009).

3 OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

Identificar práticas de saúde relacionadas à gravidez na adolescência implementadas por equipes da Estratégia Saúde da Família.

Descrever e analisar as práticas relacionadas à gravidez na adolescência implementadas por equipes da Estratégia Saúde da Família, sob o foco das necessidades de saúde.

4 METODOLOGIA

4. METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Para atingir o objetivo de identificar e analisar práticas relacionadas à gravidez na adolescência implementadas por equipes de Saúde da Família, foi realizado um estudo quantitativo de natureza descritiva. De acordo com Gil (2007), as pesquisas descritivas tem como objetivo principal descrever as características de determinada população ou fenômeno. Para tanto, foi realizado um levantamento em que os dados foram coletados por meio de formulário semiestruturado.

No entanto a metodologia quantitativa privilegia o diagnóstico, ou seja, trata de evidenciar o fenômeno estudado na sua forma, privilegiando o aspecto da aparência do mesmo.

Já a metodologia qualitativa tem potencia para “explicar” como esse fenômeno se comporta, ou seja, privilegia aspectos da essência do mesmo. Segundo Minayo (1994), o aspecto qualitativo do objeto é característico da pesquisa social, “a qualidade dos fatos e das relações sociais são suas propriedades inerentes” (Minayo, 1994:11).

Portanto, para ser coerente com as características do objeto de estudo e com os objetivos propostos, esta pesquisa caracteriza-se como um estudo de natureza quanti qualitativa.

4.2 CAMPO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em doze UBS com ESF implementadas em parceria com a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), nos Distritos Administrativos (DA) de Campo Limpo e Vila Andrade - Supervisão Técnica de Saúde de Campo Limpo, Zona Sul do município de São Paulo.

O Campo de Estudo foi determinado pela Coordenadoria Regional de Saúde Sul (CRSS) por serem Distritos Administrativos que congregavam Unidades Básicas de Saúde (Unidades de Saúde da Família - USF) que desenvolviam as melhores práticas relacionadas à gravidez na adolescência por implementarem projetos específicos relacionados ao tema.

Dentre as USF que compuseram o campo para a etapa empírica deste estudo, 60,1% fazem parte do DA de Campo Limpo e 39,8% do DA de Vila Andrade.

Quadro 1- Número de equipes de Saúde da Família por Unidade Básica de Saúde. São Paulo, 2013.

Unidade	Nº equipes
Campo Limpo	8
Alto do Umuarama	5
Campo Limpo Arrastão	5
Jardim Mitsutani	8
Paraisópolis I	7
Paraisópolis II	6
Paraisópolis III	5
Parque Arariba	10
Parque Regina	7
Jardim Olinda	7
Jardim das Palmas	5
Jardim Helga	4
Total	77

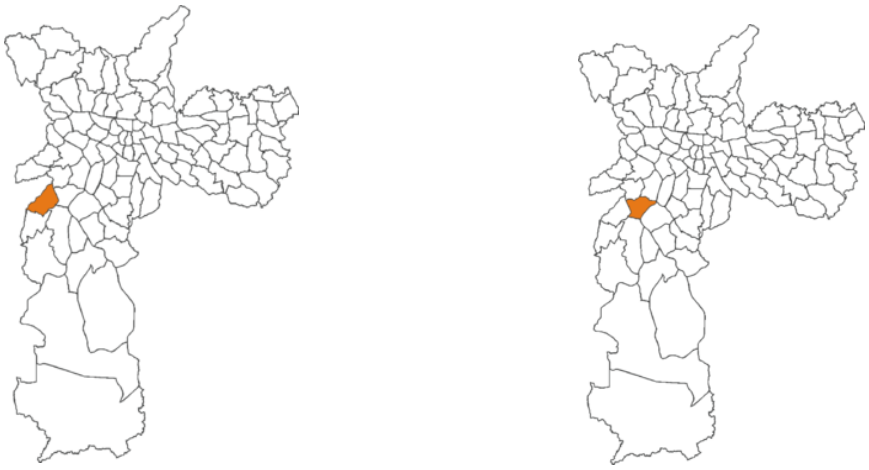
Segundo dados do SIAB referentes ao mês de setembro de

2012, a população cadastrada era de 259.148 pessoas distribuídas em 75.813 famílias, com uma média de 3,4 pessoas por família. Aproximadamente 17,7% dessa população tinha entre 10 e 19 anos de idade e a proporção de gestantes menores de 20 anos em relação ao total de gestantes cadastradas nas unidades era de 19,8% (proporção maior que a média do município de São Paulo em 2011, que era 13,1%).

4.2.1 DA Campo Limpo e Vila Andrade

Os DA de Campo Limpo e Vila Andrade fazem parte da Supervisão Técnica de Saúde de Campo Limpo e estão diretamente ligados à Coordenadoria de Saúde Sul. Tratam-se de distritos situados na periferia do município de São Paulo, entre os DA de M'Boi Mirim, Butantã e Santo Amaro e fazem limite com os municípios de Taboão da Serra e Embu das Artes.

Mapa 1- Município de São Paulo com destaque para os distritos administrativos de Campo Limpo e Vila Andrade.



Campo Limpo Vila Andrade

Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Campo_Limpo_(distrito_de_São_Paulo)

Juntos, somam 338.471 habitantes (IBGE, 2010), o que representa 3,0% da população total do município. Campo Limpo possui uma área de 12,8 Km^2 e uma população de 211.321

habitantes com densidade demográfica cerca de duas vezes mais alta que a do município de São Paulo (16,5 e 7,45 hab/Km^2 respectivamente).

Em Vila Andrade, segundo dados do IBGE (2010) eram 127.150 habitantes distribuídos em 10,3 Km^2, com uma densidade demográfica de 12,3 habitantes por Km^2.

São dois distritos considerados de média necessidade em saúde, segundo o Índice de Necessidades em Saúde do Município de São Paulo. Este índice foi construído pela Coordenação de Epidemiologia e Informação da SMS do município de São Paulo em 2008, a partir de 20 indicadores que, no seu conjunto, sintetizam uma realidade que abrange condições de vida e de saúde. O objetivo de tais indicadores é o de possibilitar a identificação de áreas e grupos populacionais a serem priorizados para oferta de serviços de saúde (Secretaria Municipal de Saúde, 2008b). Quanto ao trabalho e renda, menos de 65% da população economicamente ativa encontra-se inserida formalmente no mercado de trabalho e até 24% das famílias sobrevivem com menos de meio salário mínimo per capta segundo a PMSP – Prefeitura do município de São Paulo (2012).

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram 76 trabalhadores das 77 equipes de Saúde da Família dos Distritos Administrativos de Campo Limpo e Vila Andrade que representavam o total de equipes de Saúde da Família implementadas nos Distritos Administrativos de Campo Limpo e Vila Andrade. Portanto os sujeitos foram 76 trabalhadores, um de cada equipe, eleito pelo critério de ser responsável pelo planejamento ou que soubesse responder pelas práticas relacionadas à gravidez na adolescência no momento em que foram

coletados os dados. A amostra foi composta pelos seguintes profissionais: o agente comunitário de saúde, médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, indicados pelas próprias equipes ou pelos coordenadores das unidades.

Tabela 1- Distribuição dos entrevistados segundo profissão. São Paulo, 2013.

Profissão	Nº	%
Enfermeiro	40	52,6
Auxiliar de. Enfermagem	21	27,6
Médico	11	14,5
Agente Comunitário	4	5,3
Total	76	100

A idade dos entrevistados variou entre 24 e 63 anos, sendo que 59,2% tinham entre 25 e 34 anos. Quanto à distribuição por sexo, observou-se maioria significativa dos entrevistados eram do sexo feminino (82,89%).

Tabela 2- Distribuição dos entrevistados segundo qualificação para atuar na ESF ou saúde do adolescente. São Paulo, 2013.

Qualificação	Nº	%
Especialização em Saúde da família	25	61,0
Especialização em Saúde pública	10	24,4
Capacitação para implementar um projeto específico, voltado a adolescentes escolares.	4	9,7
Qualificação em Saúde do adolescente	2	4,9
Entrevistados	41	100

Os profissionais entrevistados tinham entre 1 e 37 anos de graduados, sendo que 32,8% tinham 5 anos ou menos e 34,2% tinham entre 6 e 10 anos de formados. Dentre os entrevistados 54,0% tinham cursado especialização ou pós-graduação e 53,9% também referiu algum tipo de qualificação para atuar em Saúde da Família ou com saúde do adolescente.

O tempo de atuação dos entrevistados na ESF era de menos de 1 ano e 15 anos, contudo, maioria (51,3%) tinha entre 1 e 5 anos de atuação e 35,5% que tinham entre 6 e 10 anos de atuação na ESF.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados, realizada de agosto a outubro de 2012, foi feita por meio de entrevistas semiestruturadas, guiadas por formulários desenvolvidos pela pesquisadora (Apêndice D).

Antes do início desse processo o projeto foi apresentado à Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo, que encaminhou o projeto à SBIBAE. Posteriormente foi investigado junto aos gerentes a data e a melhor forma para a condução das entrevistas nas UBS. No segundo momento, a entrevistadora compareceu nas UBS nos dia e horários marcados para conduzir a entrevista com os trabalhadores.

O instrumento de coleta de dados foi composto por questões fechadas e abertas, para contemplar os aspectos quanti e os qualitativos, respectivamente.

O instrumento de coleta de dados constou de cinco campos específicos: caracterização da unidade, caracterização do sujeito, percepção dos sujeitos sobre o adolescente e a gravidez na adolescência; caracterização das práticas implementadas e opinião dos sujeitos quanto às práticas futuras.

Para captar a ampliação nas práticas foi imprescindível incluir no questionário questões abertas que possibilitaram aos entrevistados detalharem melhor as suas práticas e exporem as concepções que as sustentavam. As questões abertas foram lidas, analisadas e os conteúdos identificados foram classificados visando alcançar uma compreensão mais ampla e profunda da realidade investigada.

Um pré-teste do instrumento foi realizado na USF Jardim Selma, localizada no DA de Cidade Ademar. A unidade contava com seis equipes de Saúde da Família. Responderam ao pré-teste uma médica e duas enfermeiras o que correspondeu a três equipes.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos por meio de questões fechadas foram digitados no FORMSUS e tabulados no Excel para Windows, versão 17.0. Os resultados foram descritos por meio de número absoluto e proporções.

Os conteúdos obtidos por meio de questões abertas foram tabulados e classificados segundo análise de conteúdo do tipo classificatória para questões abertas como proposto por Bardin (2009). Para análise recorreu-se ao referencial teórico que norteia este estudo. Posteriormente os dados foram quantificados e descritos por meio de números absolutos e proporções.

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

Foi solicitada autorização à Coordenadoria Regional de Saúde Sul (Apêndice B). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética

em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para apreciação e aprovados de acordo com os protocolos 20331 –CEP/EEUSP e 121/12-CEP/SMS.

A adesão e participação dos profissionais sujeitos da pesquisa foi de livre iniciativa. Os profissionais foram convidados a participar do estudo após breve apresentação do projeto e seus objetivos. A inclusão dos sujeitos na pesquisa foi mediante assinatura do TCLE (Apêndice C). Ao concordar em participar da pesquisa, o TCLE foi assinado em duas vias, sendo que uma ficou com o sujeito do estudo.

Foram garantidos o sigilo das informações e a privacidade dos participantes. Os sujeitos participantes foram informados de que poderiam interromper a participação na pesquisa a qualquer momento e que sua não participação não implicaria em ônus, assim como não haveria qualquer recompensa por participar da pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão disponíveis para consulta pública após defesa da dissertação e serão apresentados aos participantes do estudo e a outros que tiverem interesse. A apresentação dos resultados será consensuada com a SBIBAE, Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo e Coordenadoria Regional de Saúde Sul.

5 RESULTADOS E ANÁLISE

5. RESULTADOS E ANÁLISE

Os resultados serão apresentados em partes:

A concepção dos profissionais sobre o adolescente e a gravidez na adolescência.

As práticas relacionadas à gravidez na adolescência.

As concepção dos profissionais sobre as práticas implementadas e futuras.

5.1 O QUE PENSAM OS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES SOBRE O ADOLESCENTE E A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Quando convidados a descrever características dos adolescentes que residem na área de responsabilidade da equipe, as respostas mostraram que todos abordaram os adolescentes como um grupo homogêneo, diferenciado por aspectos comportamentais característicos da faixa etária ou por carências determinadas pelo contexto social, conforme mostra a tabela abaixo.

Tabela 3 – Frequência das respostas sobre o que pensam os profissionais sobre os adolescentes de sua área de trabalho. São Paulo, 2013.

Concepções sobre o adolescente	Nº	%
Sujeitos problemáticos, com alterações biopsíquicas características dessa fase do ciclo vital (rebeldia, inconsequência, irresponsabilidade, dificuldade no relacionamento com adultos, sexualidade que traz problemas - doenças ou gravidez)	58	71,6
Portadores de poucas perspectivas de vida e poucos projetos futuros, com poucas oportunidades de lazer e trabalho, determinadas pelo contexto social em que vivem	18	22,2

Não souberam caracterizar, pela falta de contato com adolescentes	5	6,2
Total de respostas	81	100

A maior parte das respostas (71,6%) expressou a concepção de adolescência como sinônimo de fase problemática, marcada por comportamentos indesejáveis e até mesmo desviantes das regras sociais. Com essa concepção, as respostas exprimem a ideia de adolescentes como portadores de características naturais da geração e universais, que independem da sua condição de classe ou contexto social, como expressam os excertos abaixo.

> São meio complicados (os adolescentes), no geral não se interessam em cuidar da saúde. Também não conseguimos abordar adequadamente o adolescente. Há dificuldade de diálogo entre a família, a UBS e o adolescente (Eq 38).

> São rebeldes, imaturos. São desligados das questões de saúde. Transam sem camisinha (Eq 58).

> É difícil trabalhar com adolescentes, eles vivem perigosamente, não se preocupam com DST, drogas, gravidez.(Eq 62).

> Pensam pouco no dia de amanhã, vivem o momento. Eles tem mais possibilidades de estudar, mas não aproveitam (Eq 76).

Porém, também houve depoimentos (22,2%) que expressaram a ideia de que os adolescentes não são um grupo caracterizado apenas por aspectos geracionais. Esses trabalhadores verbalizaram a compreensão de que os adolescentes dessa parte do território têm características e modos de vida determinados pelo contexto socioeconômico em que estão inseridos

e associaram as precárias condições de reprodução social, e suas consequências, com as perspectivas de vida daqueles adolescentes, como expressam os depoimentos Eq 14, Eq 39, Eq 59.

> Estão conformados com a situação em que vivem, a maioria já abandonou a escola, tem pouca perspectiva de vida. Como lazer, vão ao baile funk. O maior problema é o uso de drogas (Eq 14).

> São carentes. Tenho muitas gestantes e muitos usuários de drogas. São educados, mas os sonhos são tão pequenos... Temos muitos problemas com depressão (Eq 39).

> São de baixa renda, falta instrução dos pais, falta incentivo dos formadores de opinião para melhorar a qualidade da escola que não agrega nada. Estão muito despreparados (Eq 59).

No entanto, dentre esses depoimentos que demonstraram a compreensão de heterogeneidade, determinada pelas condições de reprodução social de adolescentes e suas famílias, havia expressões da relação linear de precariedade de renda com comportamentos indesejáveis e desviantes, como revelaram os depoimentos abaixo.

> Têm duas realidades: onde há mais inclusão social eles trabalham. Onde há maior exclusão social o uso de drogas é grande, poucos frequentam a escola, é difícil chegar neles (Eq 16).

> Há diferença entre os adolescentes das microáreas. Na micro com pior renda tem muita adolescente grávida. O

consumo e o tráfico de drogas esta presente em três das quatro micros (Eq 17).

São perfis diferentes. Há famílias bem estruturadas, é mais fácil trabalhar com eles. Nas famílias mais desestruturadas há maior envolvimento com drogas, gravidez. São grupos de adolescentes bem distintos (Eq 57).

Há diferenças sociais e econômicas entre eles. A aproximação deles é difícil. Na área mais desfavorecida tem mais adolescentes desocupados, o consumo de drogas e o risco para gravidez é grande (Eq 67).

Tem uma microárea mais carente, logo eles abandonam a escola, passam muito tempo desocupados, ficando em ambiente favorável para a gravidez e o uso de drogas. Os pais acompanham pouco a vida dos filhos (Eq 75).

A partir desses resultados é possível afirmar que os trabalhadores têm contato com adolescentes da área de abrangência sob a responsabilidade de cuidados de sua equipe, ainda que majoritariamente os caracterize como um grupo homogêneo marcado por comportamentos problemáticos refletindo a concepção socialmente predominante, inclusive na área da saúde.

Portanto, parece que embora a ESF não proponha programa específico para essa população, o contato das equipes com a realidade das condições de vida das famílias usuárias da USF, especialmente por meio da visita domiciliária, tem potência para contribuir na identificação de necessidades de saúde das famílias e, por decorrência, dos adolescentes.

Embora majoritariamente os trabalhadores entrevistados considerem que comportamentos problemáticos sejam marca da

etapa da adolescência, ao opinarem sobre a gravidez de adolescentes da área de trabalho da equipe, a maior parte das respostas relacionaram o fenômeno com as condições de vida das famílias, ainda que associadas a comportamentos desviantes de regras sociais, conforme mostram os dados relacionados na tabela 4.

Tabela 4 – Frequência das concepções dos trabalhadores sobre a gravidez na adolescência. São Paulo, 2013.

Concepções sobre a gravidez	Nº	%
Determinada pelo contexto em que vivem, que acarreta comportamentos indesejáveis e desviantes de regras sociais	56	52,3
Consequência das características universais do adolescente - sujeitos problemáticos, com alterações biopsíquicas presentes nesta fase da vida	31	29,0
Uma opção, um projeto de vida, diante de poucas perspectivas de vida e poucos projetos de futuro	20	18,7
Total de respostas	107	100

Inversamente à concepção de adolescência associada à etapa problemática, a maior porcentagem dos depoimentos identificou a gravidez na adolescência como decorrência do contexto social em que vivem as adolescentes (71,0%).

Dentre esses, o reconhecimento da gravidez como uma opção possível para as adolescentes da área de responsabilidade de suas equipes, diante da escassez de outras possibilidades de projetos para o futuro e de realização pessoal, esteve presente em 18,7% dessas respostas, representadas nos depoimentos Eq 9, Eq 14, Eq 43.

> Para elas, gravidez representa melhora da qualidade de vida. Sair de uma casa que é pequena com muita gente (Eq 09).
>
> Falta perspectiva de futuro (Eq14).
>
> É uma opção, um projeto de vida. Buscam um significado, um *status* privilegiado (Eq 43).

As demais 52,3% das respostas expressaram uma naturalização da relação entre o contexto da precariedade nas condições de vida e a ocorrência de comportamentos indesejáveis e desviantes de regras sociais. Essas opiniões, no entanto, foram expressas com diferentes nuances.

Foram verbalizadas opiniões que culpabilizavam a adolescente individualmente, ou a família, por comportamentos que podiam ter como resultado a gravidez, representadas pelos depoimentos Eq 10, Eq 12, Eq 18, Eq 41, Eq 75.

Mas também foram identificados depoimentos que atribuíram às instituições sociais do bairro parte da responsabilidade por promover o aprimoramento de conhecimentos do jovem, como por exemplo as instituições de educação formal, como ilustram os depoimentos Eq 58, Eq 74, Eq 75, que ampliam de alguma maneira a explicação restrita a causas biológicas e comportamentais, que levam à culpabilização individual.

> As meninas reproduzem um padrão de comportamento familiar. As mães já têm quatro ou cinco casamentos – cinco filhos, um de cada pai, as filhas agem igual. É normal ter relação sem vínculo com o pai da criança – acontece no baile *funk*, acontece com o vizinho (Eq 10).
>
> Elas têm informação, mas não usam. Elas vão ao baile *funk*, não sabem quem é o pai – é um ciclo familiar que se

repete. A realidade é tão dura, tudo é tão normal – ter um filho garante estabilidade, elas ganham pensão do marido, ganham um valor por cada filho quando os companheiros estão presos. Engravidar do chefe do tráfico traz *status* social (Eq 12).

A maioria das meninas engravidam porque querem. É falta de informação de conversa com os pais. Tem também muita violência na casa das adolescentes, elas engravidam para sair dessa situação. As relações familiares são complicadas. Na cabecinha delas é assim, mas elas acabam quebrando a cara (Eq 18).

Contexto de sexualidade precoce, meninas de 10-13 anos. Os bailes da região estimulam a sexualidade, a sexualidade é explícita. Muitas cuidam dos irmãos enquanto as mães trabalham, assim, vão cuidar dos próprios filhos, já é parte do dia a dia delas (Eq 41).

Falta vontade de buscar outra vida, elas não têm objetivo de melhorar, estão conformadas com a vida que levam (Eq 75).

Falta de instrução cultural. Falta escola, educação de qualidade (Eq 58)

Falta acesso à boa informação na família, são adolescentes pouco formadas. Tem uma questão social muito forte, falta acesso à educação formal (Eq 74).

Falta orientação familiar, também faltam lugares que ofereçam atividades para chamar a atenção deles (Eq 75).

Coerentemente à interpretação de que as características problemáticas desta fase da vida são universais, 29,0% das respostas identificaram a gravidez na adolescência como

consequência de descuido, irresponsabilidade, rebeldia, como atestam os depoimentos abaixo.

> Têm resistência para usar o método, não gostam de camisinha, não tomam a pílula para não engordar. Algumas querem segurar namorado. Repetem uma história familiar (Eq 20).
>
> Acham que nunca vai acontecer com eles, não entendem o risco. É por imprudência (Eq 34).
>
> É por descuido (Eq 21).
>
> Tudo para o adolescente é muito normal, não usar proteção, ter relação com todo mundo – tudo é normal... (Eq 01).
>
> Levam uma vida desregrada, a vida é para curtir. Esta sempre tudo bem... tem as baladas...(Eq37)

Assim verificou-se que os trabalhadores atribuíram importante peso às condições de vida dessas adolescentes influenciando na ocorrência da gravidez, sugerindo que o contato próximo das equipes com as família da área de trabalho possibilita a aproximação entre o profissional e as condições concretas de vida das adolescentes, o que favorece a compreensão da articulação dessas condições com a gênese da gravidez nessa etapa da vida, que nos padrões funcionalistas é a etapa prevista como o preparo para o ingresso na vida adulta e portanto, interpreta a gravidez como intercorrência nesse processo.

Quanto às consequências de uma gravidez na vida das adolescentes, os impactos negativos aparecem de modo predominante na fala dos entrevistados, como mostram os dados abaixo.

Tabela 5. – Frequência de respostas sobre impacto da gravidez na vida das adolescentes. São Paulo, 2013.

Impactos gerados pela gravidez	Nº	%
Impactos negativos na vida das adolescentes	57	59,4
Reduz oportunidades futuras		
Interrompe a adolescência		
Se frustram pois não foi a realização de um sonho		
Sentem as dificuldades por não terem o apoio necessário		
Impactos negativos na vida da família	36	37,5
Os avós que acabam assumindo o cuidado das crianças /A criança é mal cuidada		
Reproduzem ou entram num ciclo de pobreza		
Impactos positivos na vida das adolescentes	3	3,1
Conseguem uma vida mais estável. É a realização de um sonho.		
Total de respostas	96	100

Dentre os depoimentos que associaram a gravidez com impacto negativo na vida das adolescentes ou de suas famílias, numa parte deles a ocorrência da gravidez foi relacionada à interrupção da adolescência, à perda de oportunidades de capacitação e de trabalho, sobretudo pelo abandono dos estudos, e como consequência contribui para a perpetuação da pobreza, como sinalizam os depoimentos a seguir.

> Se desestruturam emocionalmente. Param de estudar. Tem maiores dificuldades para se colocarem no mercado de trabalho (Eq 06).

> Reduz a perspectiva de mudar de vida, a menina fica parada no tempo, não consegue se capacitar

> profissionalmente...Elas sofrem muito depois, sentem o peso da gravidez... até aquela que fica com o parceiro (Eq 33).

As dificuldades das adolescentes para assumirem o cuidado dos filhos, trazendo consequências para a família, especialmente para os avós e para as próprias crianças, foram citadas em 22,4% das respostas.

> É mais uma boca para passar fome, pois as adolescentes não conseguem trabalhar. A maioria das crianças ficam largadas, mal cuidadas, ficam carentes de tudo, repetem um ciclo de carência emocional (Eq 25).

> O impacto maior é para a criança, pois é a avó ou a sogra que cuidam. Para elas é como se tivessem brincando de boneca (Eq 13).

Por outro lado, outros depoimentos expressaram que as condições sociais precárias e a falta de oportunidades são anteriores à gravidez e que, portanto, não foi a gravidez que causou prejuízo; a condição socioeconômica já não era melhor antes dela. Em alguns casos, a gravidez foi reconhecida como algo que possibilitou à adolescente uma qualidade de vida melhor.

> Elas (...) perdem a possibilidade de lazer e estudo, mas no geral ficam mais satisfeitas, ganham *status* se for o filho do traficante por exemplo (Eq 09).

> Para elas não tem impacto negativo, não traz mudanças significativa na vida delas, pois já cuidam de criança...Também não tem problema cuidar dos filhos porque recebem ajuda do governo para sustentar o filho, ou o namorado trabalha e ajuda a cuidar da criança (Eq 27).

> Traz a menina para o cuidado em saúde, ela vem à UBS e isso é positivo. Abandonam a escola. Com o passar do tempo as que engravidaram de alguma maneira estão

> melhor, têm menos uso de drogas, têm melhores condições de vida, melhores empregos (Eq 43).
>
> Abandonam a escola, deixam de ter um ideal profissional, assumem o papel de mãe. Há um amadurecimento enquanto pessoa, algumas passam a ter uma condição de vida melhor (Eq 45).
>
> Atrapalha o desenvolvimento da adolescente, ao mesmo tempo a realidade é tão dura, [que] para elas não traz mudança. A expectativa dela diante da vida é diferente da minha...(Eq 74).

Os resultados reiteraram a concepção de adolescência dos entrevistados; foi possível observar que grande parte dos trabalhadores concebia a adolescência como período de preparo para o mundo adulto, período no qual socialmente é esperado que as etapas aconteçam progressiva e sucessivamente, do aprendizado para o trabalho à autonomia financeira, para então constituir a própria família. Os resultados mostraram também que os posicionamentos de uma parcela significativa dos trabalhadores, sobre a gravidez nesse período e suas consequências na vida das adolescentes, consideraram essas experiências não homogêneas, a partir do reconhecimento das desiguais condições de vida dos adolescentes.

No entanto, a gravidez na adolescência foi considerada um problema de saúde, ao lado de outros problemas como o consumo de drogas, as DST e os problemas psicológicos, não tendo sido relacionadas as condições socioeconômicas precárias, as oportunidades restritas de lazer e de trabalho, como determinantes das possibilidades também restritas de projetos de futuro, conforme mostram os depoimentos abaixo.

> São de baixa renda, não se interessam em estudar. Passam muito tempo desocupados. Os problemas de saúde são gravidez e DST, o uso de drogas (Eq 05).
>
> A renda familiar não é das piores, mas passam muito tempo desocupados. Como problemas de saúde tem a gravidez, o uso de drogas, as DST (Eq 13).
>
> Tem uma parte da área bem carente. Os adolescentes são desregrados , participam dos bailes *funk*, nesses bailes rola de tudo, tem a sexualidade bem aparente. Como problema de saúde tem DST, gravidez, uso de drogas entre os meninos (Eq 20).

Portanto, mesmo a parcela de trabalhadores que expressaram o reconhecimento das desigualdades sociais na base das formas de viver a adolescência daquelas jovens, parece não ter incorporado esse reconhecimento na interpretação da gravidez como episódio que tem diferentes significados para adolescentes com desiguais condições sociais.

5.2 PRÁTICAS RELACIONADAS À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Práticas hegemônicas: Consultas, Visitas domiciliárias (VD), Grupos, Teste de gravidez, Oferta de métodos contraceptivos e Pré-natal.

Embora as condições materiais de vida das adolescentes e de suas famílias tenham sido consideradas pelos entrevistados, as práticas pareceram continuar centradas nos aspectos tradicionais, as modificações fisiológicas ocasionadas pela gravidez, contrariamente ao que propunha a ESF na sua origem.

Todas as equipes ofereciam consultas, faziam visitas e admitiam a participação de adolescentes nos grupos que coordenavam, embora fossem ações dirigidas à população de todas as faixas etárias atendidas na USF.

A tabela quatro sintetiza as atividades realizadas com adolescentes.

Tabela 6 – Frequência das atividades voltadas para adolescentes nas equipes. São Paulo, 2013.

Atividades	Nº	%
Visitas Domiciliárias	72	44,7
Consultas	63	39,1
Grupos	30	18,6
Práticas intersetoriais	23	14,3
Total de respostas	161	100

A VD foi a prática mais citada como sendo voltada aos adolescentes, 94,7% dos respondentes afirmaram realizá-la. No entanto, as visitas são dirigidas aos membros das famílias, dentre eles o adolescente, e geralmente para aqueles que pertencem aos

grupos considerados prioritários (crianças, gestantes, hipertensos, diabéticos e portadores de doença de notificação compulsória).

Portanto, mesmo essa prática que foi a mais referida pelos trabalhadores entrevistados como voltada aos adolescentes, só era dirigida aos adolescentes que pertencessem a grupos prioritários.

Consultas para adolescentes

As consultas para adolescentes são ofertadas de maneira não programada e o acesso é mediante agendamento nas vagas que restam após serem agendados os grupos prioritários ou nas vagas de acolhimento, não há na agenda dos profissionais um espaço destinado ao adolescente. As consultas são agendadas pelo próprio adolescente ou por encaminhamento dos profissionais da equipe, há também consultas que são agendadas pelos pais, conforme ilustra a tabela abaixo.

Tabela 7 – Frequência de respostas sobre como os adolescentes acessavam as consultas. São Paulo, 2013.

Meios de acesso	Nº	%
Iniciativa dos adolescentes	48	35,5
Encaminhamento de ACS	35	25,9
Iniciativa dos pais	26	19,3
Encaminhamento de outro profissional	26	19,3
Total de respostas	135	100

Apesar de não haver restrições ao atendimento do adolescente em consultas em nenhuma equipe, quando perguntado se a equipe fazia consultas para adolescentes 82,9% dos entrevistados afirmaram que sim, 13 equipes (17,1%) consideraram que não, pois que raramente um adolescente era atendido em consulta, pela falta de vagas, pela falta do profissional médico na equipe ou pela pouca procura da população adolescente.

Coerentemente às características do atendimento, são os enfermeiros e os médicos que majoritariamente atendem adolescentes nas consultas, em porcentagens muito semelhantes. Segue abaixo a tabela com a frequência de respostas.

Tabela 8 – Frequência de respostas sobre quais eram os trabalhadores que atendiam os adolescentes em consultas. São Paulo, 2013.

Trabalhadores	Nº	%
Enfermeiro	57	46,0
Médico	56	45,0
NASF	11	8,9
Total de respostas	124	100

Das equipes que realizavam consultas para adolescentes, questões relacionadas à gravidez foram citadas em 58 delas (92,1%) e questões relacionadas à família ou rede de relações do adolescente em 27 (42,8%). Os médicos e enfermeiros foram os trabalhadores referidos pelos respondentes como os que atendiam os adolescentes em consulta. O NASF foi referido por 11 entrevistados, para realizar atendimentos compartilhados com a equipe nuclear, em situações específicas e identificadas pela equipe de saúde.

Consultas de pré-natal em adolescentes são realizadas por todas as equipes. O protocolo de atendimento é o mesmo utilizado para as mulheres maiores de 20 anos. Contudo, dezessete equipes (22,4%) referem uma prática de atendimento diferenciada para adolescentes, sobretudo para menores de 15 anos.

Tabela 9 – Distribuição das equipes segundo rotina do atendimento Pré-natal para adolescentes. São Paulo, 2013.

Rotina	Nº	%
Segue o mesmo protocolo das maiores de 20 anos	57	75,0
São encaminhadas ao pré-natal de alto risco e menores de 15 anos são atendidas apenas pelo médico	21	27,6
Total de equipes	76	100

Visitas Domiciliárias

Na Estratégia Saúde da Família, visitas domiciliárias são feitas para todas as famílias cadastradas, os adolescentes por integrarem as famílias são vistos em seu contexto familiar por todas as equipes. É o ACS quem realiza as visitas mensais para todas as famílias. Nesta pesquisa, 94.7% dos entrevistados afirmaram que faziam visitas para adolescentes. Quatro equipes afirmaram que não faziam visitas por considerar que o adolescente não é o que move a equipe a ir ao domicílio, pois eles não são encontrados nos períodos de visita da equipe.

Visitas de rotina para adolescentes realizadas pelos demais membros da equipe além do ACS foram citadas por 38 equipes. Contudo, esses profissionais seguem um cronograma de visitas e estas são direcionadas às famílias, neste caso o adolescente é visto no contexto familiar, não é o mobilizador da visita.

Visitas eventuais, nas quais o adolescente tenha demandado a equipe a ir ao domicílio, são realizadas por 60 equipes (78,9%). São os profissionais de enfermagem que fazem essas visitas com maior frequência, seguidos dos médicos. Os profissionais do NASF foram referidos por 7 equipes. Segundo os entrevistados, o NASF é acionado pela equipe de saúde da família quando a complexidade do caso exige a atenção de uma equipe multiprofissional.

Tabela 10 – Frequência de respostas sobre os trabalhadores que realizavam visitas eventuais para adolescentes. São Paulo, 2013.

Trabalhadores	Nº	%
Enfermeiro	56	33,5
Aux. Enfermagem	49	29,3
Médico	38	22,7
ACS	17	10,2
NASF	7	4,2
Total	167	100

Segundo os respondentes, os motivos que levaram as equipes a realizar VD eventuais eram principalmente doenças físicas e psicológicas e os problemas relacionados ao comportamento dos adolescentes. Condições sociais e conflitos familiares também foram considerados por algumas equipes como motivos para VD eventuais, como mostra a tabela 11.

Tabela 11 – Frequência das respostas sobre os motivos que levaram os trabalhadores a realizarem visitas eventuais para adolescentes. São Paulo, 2013.

Motivos	Nº	%
Problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas, à mudança de comportamento, doenças	49	48,5
Gravidez	34	33,7
Demanda (ACS, pais, escola, da USF)		
Conflitos familiares, situações de violência	14	13,9
Condição social precária	4	4,0
Total de respostas	101	100

Portanto, os depoimentos atestam que as VD estavam sendo realizadas em resposta a problemas e não como instrumento para mobilizar os adolescentes a para atividades de aprimoramento de suas condições de saúde.

Aspectos relativos à gravidez de adolescentes mobilizam cerca de 10% das equipes a irem ao domicílio, contudo 22,2% das equipes afirmaram que questões relacionadas à sexualidade do adolescente nem sempre são passíveis de serem tratadas em âmbito domiciliar, esses entrevistados não consideram o espaço das visitas como adequado para tratar da temática.

Foi possível averiguar por meio das respostas dos trabalhadores entrevistados que 78% das equipes realizavam VD para adolescentes. O critério, da própria equipe, era majoritariamente associado a problemas biológicos ou psicológicos apresentados pelo adolescente. Dessa forma, ainda que mais restritas a problemas (comportamentais ou doenças), são identificadas necessidades de saúde dos adolescentes; portanto, essa população não é de todo invisível para a USF. Dessa forma, o espaço da VD é um instrumento com potência para uma atuação mais efetiva da equipe em relação ao adolescente.

Outra atividade prevista e obrigatória na ESF é a Visita Domiciliária para gestantes. Todas as gestantes devem ser visitadas mensalmente pelos ACS. Nessas visitas é feito acompanhamento das gestantes no domicílio, inclusive as adolescentes, por meio da Ficha B. A prática da visita domiciliária também é realizada pelos demais membros da equipe de saúde. Nesta pesquisa, 89,5% dos entrevistados afirmaram que além do ACS outros membros da equipe de saúde também fazem visitas de rotina para gestantes, incluindo as adolescentes. Visitas durante o pré-natal são realizadas como rotina por outros membros em 23 equipes (30,3%) e no puerpério por 68 equipes (89,5%).

Eventualmente, fora da rotina de visitas para gestantes, a equipe também vai ao domicílio. Os principais motivos que mobilizam esses profissionais a irem ao domicílio são a não adesão da gestante ao pré-natal e as complicações obstétricas.

Tabela 12- Frequência das respostas sobre os motivos que mobilizavam os profissionais a fazerem visitas eventuais para gestantes. São Paulo, 2013.

Motivos	Nº	%
Falta em consultas e exames	40	52,6
Complicações obstétricas	19	25,0
Problemas psicológicos	5	6,6
Gestantes de alto risco	4	5,3
Impossibilidade de ir à UBS	3	3,9
Necessidade de melhorar o vínculo com a gestante	2	2,6
Conhecer a realidade das gestantes	2	2,6
Gestantes de convênio	1	1,3
Total de respostas	76	100

Observa-se que a maioria das visitas é motivada pela necessidade de responder a problemas e não para identificar e responder outras necessidades que não apenas as relacionadas aos aspectos fisiológicos da gravidez. Todavia, em porcentagem menor também há respostas que mostram a preocupação com o estabelecimento de vínculo. A preocupação das equipes em compreender e abordar aspectos relacionados à família e à rede de relações sociais das gestantes durante o pré-natal foi citada por 64 respondentes. Tanto em VD, quanto em consultas, a abordagem desses aspectos foi citada, o que pode indicar que haja o cuidado de garantir apoio à adolescente nesse período de adaptação a um novo papel, o de mãe.

Os grupos

Entre as 30 equipes que realizavam grupos como instrumento de trabalho para o atendimento de adolescentes, o mais referido foi o de planejamento familiar (54,5%). Outros grupos representam 45,5% dos grupos realizados.

Tabela 13 – Frequência dos grupos realizados por equipes de Saúde da Família em que há participação de adolescentes. São Paulo, 2013.

Tipos de grupo	Nº	%
Planejamento familiar	18	54,5
Outros grupos para adolescentes	15	45,5
Total de grupos	33	100

Os grupos de planejamento familiar

Os grupos de planejamento familiar foram referidos como principal espaço para atividades de educação em saúde em que estão incluídos os adolescentes.

Esse grupo é realizado rotineiramente em todas as unidades pesquisadas, trata-se de único grupo que se constitui como referência para todas as equipes e, embora sejam abertos à participação dos adolescentes em 100% das equipes, apenas 18 delas afirmaram que os adolescentes de sua área participam efetivamente desses grupos.

Os grupos de planejamento familiar são abertos à participação de toda a população da área de abrangência da USF,

portanto não são exclusivos para adolescentes, tampouco são voltados para as necessidades deste grupo.

Os adolescentes são inscritos no grupo por iniciativa própria, mesmo não estando vinculados à ESF, ou por encaminhamento de outros trabalhadores da USF.

Segundo os entrevistados, os grupos de planejamento familiar foram implementados para atender a uma demanda das mulheres, pela necessidade de desenvolver ações voltadas à contracepção ou porque é uma atividade que todas as UBS do município devem implementar.

Tabela 14– Frequência das respostas sobre a finalidade da implementação dos grupos de planejamento familiar. São Paulo, 2013.

Motivos	Nº	%
É obrigatorio / é uma rotina do serviço/alta natalidade/necessidade de ações de planejamento familiar	14	63,6
É uma demanda das mulheres	8	36,4
Total de respostas	22	100

A partir dos depoimentos dos entrevistados foi possível concluir que os grupos foram implementados como resposta à demanda de mulheres, e para responder a uma demanda dos níveis centrais. No entanto, questiona-se se não seria 100% demanda vinda dos níveis centrais, uma vez que a participação nesses grupos de planejamento familiar é pré requisito obrigatório para casais que optem por métodos definitivos de contracepção. Entre outros procedimentos, para realização de laqueadura e vasectomia é necessário comprovar a participação nesses grupos. Muito provavelmente seja esta a explicação para não ser implementado em cada equipe; é um método para atendimento conjunto, para

orientação a todos que procuram a USF em busca de encaminhamento para as cirurgias acima citadas.

Observa-se que o conteúdo abordado está voltado para os aspectos biológicos da reprodução humana, mas também foram citados outros conteúdos abordados, são introduzidos outros aspectos relacionados à sexualidade, como mostra a tabela 15.

Tabela 15 – Frequência dos conteúdos abordados nos grupos de planejamento familiar. São Paulo, 2013.

Temas discutidos	Nº	%
Métodos contraceptivos/ planejamento da gravidez/ aspectos biológicos da reprodução humana	66	52,4
Aspectos positivos da sexualidade/identidade sexual /Projeto de vida/ valores e relações interpessoais	24	19,0
DST e AIDS/ uso de drogas	19	15,1
Relações (de gênero, com escola, família, trabalho)/ Tabus e crenças /aspectos culturais	17	13,5
Total de respostas	126	100

Além de o conteúdo abordado ser mais focado em aspectos biológicos e em problemas de saúde, o que parece não ser atrativo para a participação de adolescentes nos grupos, as estratégias adotadas para abordar esses conteúdo continuam sendo as tradicionais, com o predomínio da exposição de conteúdo, embora tenham também informado que abrem espaço para a participação dos participantes, segundo os respondentes (exposição dialogada), como mostra a tabela 17.

Tabela 16 – Frequência de respostas sobre as estratégias utilizadas para abordar o conteúdo no grupo de planejamento familiar. São Paulo, 2013.

Estratégias utilizadas	Nº	%
Exposição de conteúdo	18	54,6
Exposição dialogada	14	42,4
Oficinas/atividades interativas	1	3,0
Total respostas	33	100

Os entrevistados referiram que esses grupos são realizados no espaço interno da USF e são os trabalhadores de enfermagem os principais envolvidos na coordenação da atividade, conforme ilustra a tabela 18. No entanto, embora o trabalhador médico nem tenha sido citado para o trabalho de coordenação desses grupos, foi o trabalhador mais citado como participante do planejamento da atividade.

Tabela 17 – Frequência das respostas sobre quem eram os trabalhadores que coordenavam os grupos de planejamento familiar. São Paulo, 2013.

Trabalhador	Nº	%
Enfermeira	18	36,7
Aux. Enfermagem	12	24,5
Assistente social	7	14,3
NASF	7	14,3
Educadora	5	10,2
Total de respostas	49	100

Tabela 18 – Frequência das respostas sobre quem eram os trabalhadores que participavam do planejamento do grupo de planejamento familiar além daqueles que o coordenavam. São Paulo, 2013.

Trabalhadores	Nº	%
Médico	7	41,2
Aux. Enfermagem	5	29,4
NASF	4	23,5
Enfermeiro	1	5,9
Total de respostas	17	100

Grupos educativos com adolescentes

Além do grupo de planejamento familiar, foram referidos outros grupos com adolescentes, estes são próprios das equipes e dirigidos à população de sua área de abrangência.

Tabela 19 – Frequência dos conteúdos abordados nos grupos com adolescentes. São Paulo, 2013.

Temas discutidos	Nº	%
Métodos contraceptivos/ planejamento da gravidez	25	20,8
DST e AIDS/ uso de drogas	24	20,0
Mudanças corporais/ sexualidade humana/ aspectos biológicos da reprodução humana	23	19,2
Projeto de vida/ valores e relações interpessoais	11	9,2
Tabus e crenças /aspectos culturais	11	9,2
Aspectos positivos da sexualidade/identidade sexual	10	8,3

Relações com escola, família, trabalho	10	8,3
Relações de gênero	3	2,5
Bullying/ outros temas relacionados à saúde	3	2,5
Total de respostas	120	100

Entre os grupos educativos voltados para adolescentes observa-se que, embora a temática central do grupo continuasse sendo aspectos relacionados à gravidez e sexualidade (49,2% das respostas), outros temas pertinentes às necessidades de saúde dos adolescentes também são levados ao grupo.

As estratégias para abordar o conteúdo seguem sendo estratégias educativas tradicionais, exposição de conteúdo e exposição dialogada são estratégias utilizadas por aproximadamente 80,0% das equipes que fazem estes grupos. Oficinas e atividades interativas são técnicas utilizadas por três equipes (33,3%).

Segundo os respondentes, esses grupos eram desenvolvidos preferencialmente em espaços do território, ou seja, externamente à USF.

No que diz respeito ao planejamento e coordenação da atividade, também nesses grupos são os trabalhadores de enfermagem os mais envolvidos no planejamento e na implementação dessa atividade para adolescentes. O médico, o ACS e os profissionais do NASF também participavam no planejamento e na coordenação dos grupos.

Já a motivação para a implementação de grupos específicos para adolescentes, será apresentada na tabela 20.

Tabela 20 - Frequência de respostas sobre os motivos que levaram as equipes a implementarem grupos com adolescentes. São Paulo, 2013.

Motivos	Nº	%
Quantidade de adolescentes da área/Necessidade de garantir espaço para conversa- precisam de orientação	10	50,0
Fácil acesso a drogas (lícitas e ilícitas)	4	20,0
Identificação do trabalhador com a temática	2	10,0
Por solicitação da escola	2	10,0
Pela necessidade de prevenir gravidez e DST (metas)/ Dados do PMAQ	2	10,0
Total de respostas	20	100

Os motivos que levaram as equipes a implementarem os grupos foram necessidades identificadas segundo a leitura das equipes – a presença dos agravos e dos fatores de risco biológico – e que as mobilizaram para garantir um espaço de conversa - os grupos. A leitura das necessidades de saúde dos adolescentes é direcionada pelos programas e metas pré-definidos (DST, AIDS, gravidez).

Tabela 21 – Frequência das respostas sobre a finalidade das equipes ao implementarem os grupos com adolescentes. São Paulo, 2013.

Finalidade	Nº	%
Reduzir índices de gravidez, DST e uso de drogas	10	50,0
Colocar em prática o que aprenderam	4	20,0
Refletir sobre o impacto da gravidez ou do uso de drogas na vida	3	15,0
Orientar sobre aspectos da sexualidade	3	15,0
Total de respostas	20	100

Teste de gravidez e Oferta de métodos contraceptivos

O teste de gravidez e a oferta de contraceptivos são práticas bem consolidadas em todas as UBS. Há um fluxo único de atendimento para todas as equipes de uma mesma UBS, contudo observaram-se pequenas variações na rotina de atendimento ao adolescente de uma UBS para outra.

Teste de gravidez

O teste de gravidez está disponível para a adolescente em todas as UBS durante todo o horário de funcionamento em todos os dias da semana. Não é necessário agendamento prévio, tampouco há critérios que dificultem o acesso da adolescente ao teste como presença de um responsável ou idade mínima. Também não há

diferenciação entre a rotina de atendimento a uma adolescente ou para maiores de 20 anos, o fluxo de atendimento é o mesmo.

É uma prática executada por profissionais de enfermagem, o auxiliar é quem realiza o procedimento em 85,5% das equipes, seguido do enfermeiro (19,7%) e quem informa o resultado é o enfermeiro em 89,5% das equipes, ainda que o auxiliar de enfermagem também informe o resultado em alguns casos (13,2%), assim como o médico (10,5%).

Caso o resultado seja positivo, há o encaminhamento imediato da gestante para o pré-natal, seja pelo agendamento da primeira consulta em 86,5% das equipes, encaminhamento ao grupo de gestante (50,0%) e agendamento de visita em 5,3% das equipes. Caso o resultado seja negativo, percebe-se que os encaminhamentos dados pelas equipes já não estão claramente definidos como sendo um fluxo da unidade, ficando a cargo da equipe que atende a gestante o direcionamento que será dado à adolescente.

Tabela 22 - Frequência dos encaminhamentos realizados pelas equipes quando o resultado do teste de gravidez é negativo. São Paulo, 2013.

Encaminhamentos	Nº	%
Consulta com enfermeiro ou com médico	53	60,9
Grupos de planejamento familiar	17	19,5
Retorno no acolhimento se persistir amenorréia	16	18,4
Não sabe	1	1,1
Total de respostas	87	100

Dentre os encaminhamentos possíveis mencionados pelos entrevistados, chama a atenção o fato de que em 16 equipes, as adolescentes são orientadas a retornarem se persistir a amenorréia

sem uma maior preocupação das equipes em investigarem as possíveis causas do atraso menstrual ou aproveitarem para discutir com a adolescente a possibilidade de uma gravidez.

O monitoramento das adolescentes que realizam o teste com frequência na UBS, ou seja aquelas que retornam pela segunda ou terceira vez referindo atraso menstrual é realizado em 34 equipes (44,7%) por meio de uma lista com relação das adolescentes que vieram pela segunda ou terceira vez, entregue em cada equipe no fechamento do mês ou por meio do prontuário quando a adolescente usa o serviço. Afirmam não realizar nenhum tipo de monitoramento 41 equipes (53,9%).

Oferta de métodos contraceptivos

Os métodos contraceptivos disponibilizados pelas equipes, para adolescentes são: preservativo masculino, preservativo feminino, ACHO (anticoncepcional hormonal oral), ACHI (anticoncepcional hormonal injetável), AE (anticoncepcional de emergência), DIU e Diafragma

Com exceção do preservativo, que é dispensado sem a necessidade de receita, e da anticoncepção de emergência que é prescrita também por enfermeiros em 56 equipes (73,7%), os demais métodos necessitam da prescrição médica. Todos os métodos são disponibilizados, apesar de não terem sido referidos por todas as equipes. No caso do DIU e diafragma, as equipes que referiram não disponibilizar o método tinham serviços de referência para onde encaminhar a adolescente.

Para disponibilizar os métodos, uma vez tendo sido prescrito, não há maiores dificuldades, pois tendo a receita válida retira-se na farmácia. Contudo, duas equipes referiram pedir a presença de um responsável para prescrever o método e 7 exigem a participação anterior em grupo educativo.

Quando há dúvida do adolescente em relação ao uso do método é o acolhimento a principal via de acesso dos adolescentes, seja seguindo o fluxo do atendimento eventual, seja nos momentos de encontro do adolescente com alguém da equipe disposto a ouvi-lo.

O adolescente é pouco atendido pelo programa.

Mas algumas equipes conseguiram incluí-los.

Alguns profissionais de saúde constataram que não há espaço para o adolescente na estrutura programática da ESF. No entanto, seis dos entrevistados relataram a preocupação dessas equipes em atender as demandas (espontâneas) dos adolescentes, por meio do acolhimento, em que os profissionais da equipe estão dispostos a ouvir e dar uma resposta para o adolescente, mesmo que não seja a resolução imediata da demanda trazida, seja pelo agendamento de uma consulta de encaixe, de uma visita ou do encaminhamento para um grupo. Ou seja, os trabalhadores, ainda que sejam a minoria (6 entrevistados), empenham-se em incentivar os adolescentes a procurar a USF, como expressa o depoimento abaixo (Eq 43). No entanto, embora o excerto Eq 71 refira facilidade de atendimento aos adolescentes que procuram a USF, a equipe só consegue dar resposta a questões que se enquadrem nas práticas já estabelecidas na unidade; dentre essas, a de maior dificuldade de acesso são as consultas.

> Não perco a oportunidade de falar com os adolescentes, se estão na rua em grupos, aproveito para falar com eles, abrir as portas da UBS, falar dos direitos deles no ambiente deles... (Eq 43).

> O acesso do adolescente quando precisa é fácil, a enfermeira sempre dá um jeito de atender de alguma forma, são situações como início da vida sexual ou gravidez...Se for esperar agendar consulta o adolescente não consegue (Eq 71).

Os adolescentes que apresentam problemas considerados de maior relevância como uso de drogas, violência, problemas clínicos ou mentais são atendidos e priorizados em 78% das equipes que se mobilizam a minimamente atendê-lo em uma visita.

Como a visita isoladamente não é o espaço adequado para tratar das demandas dos adolescentes, cerca de 20% dos entrevistados referiram utilizar esse recurso para incluí-los num plano de cuidados ou num projeto terapêutico em que haja envolvimento de equipe multiprofissional no cuidado. Essa perspectiva parece ampliar a possibilidade de entrada na USF, que ocorre majoritariamente por meio do encaminhamento do trabalhador.

Como se informam sobre as necessidades de saúde dos adolescentes.

Ainda que as práticas de saúde na ESF sejam, em sua maioria, voltadas ao atendimento de necessidades dos programas definidos pelo MS, elas podem ser ampliadas, a partir do reconhecimento de necessidades de saúde.

Partindo desse pressuposto, inicialmente serão apresentadas as formas de reconhecimento de necessidades de saúde dos adolescentes da área de abrangência da equipe.

Tabela 23– Frequência de respostas a respeito das instâncias de identificação de necessidades de saúde dos adolescentes. São Paulo, 2013.

Instâncias de identificação	Nº	%
Visitas Domiciliárias	79	58,5
Busca espontânea	30	22,2
Em espaços de atendimento/reunião de equipe, na USF	19	14,0
Por intermédio da Escola	2	1,5
Por meio de busca ativa dos adolescentes	2	1,5
Não souberam informar, por não terem contato com os adolescentes da área	2	1,5
Pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)	1	0,7
Total de respostas	135	100

As necessidades de saúde dos adolescentes são identificadas e trazidas para as equipes majoritariamente pelos Agentes Comunitários de Saúde, em 67,1% das equipes. As visitas domiciliárias realizadas pelos demais membros da equipe também cumprem essa função. Outra possibilidade de identificação de necessidades de saúde é a partir do atendimento dos adolescentes, que vem ao serviço em busca de práticas oferecidas pela USF – geralmente consultas médicas e de enfermeiros, vacinação, acolhimento - espaços em que geralmente os adolescentes trazem questionamentos e demandas, interpretados pelas equipes como necessidades de saúde. No entanto, nesses espaços são privilegiadas as necessidades biopsíquicas, os aspectos clínicos da queixa, para estabelecerem uma conduta, geralmente pautada nos conhecimentos da clínica médica.

Apenas uma das equipes referiu utilizar o SIAB/SIA como instrumento para identificar necessidades dos adolescentes. Esse instrumento, embora privilegie o registro de doenças previstas nos programas prioritários do MS, poderia ser um forte aliado da equipe

para identificar características das condições de vida das famílias, logo, das adolescentes.

Ainda, no que diz respeito ao reconhecimento das necessidades de adolescentes da área sob responsabilidade da equipe do entrevistado, constatou-se que os trabalhadores passam a ter maior aproximação com essa população a partir da entrada sistemática dela na USF, ou seja, quando passam a fazer parte de um dos programas, como mostram as tabelas abaixo.

Tabela 24 - Distribuição dos entrevistados segundo conhecimento sobre o número de adolescentes cadastrados em sua área de trabalho. São Paulo, 2013.

Respostas	Nº	%
Não sabiam	68	89,5
Sim sabiam	8	10.5
Total de entrevistados	76	100

Tabela 25 - Distribuição dos entrevistados segundo conhecimento sobre quantas adolescentes estavam grávidas em sua área de trabalho. São Paulo, 2013.

Respostas	Nº	%
Sim sabiam	53	69,7
Não sabiam	23	30,3
Total de entrevistados	76	100

Quando perguntados sobre o número de adolescentes cadastrados na área de abrangência da equipe, apenas 10,5% dos entrevistados sabiam responder, mas observou-se que ao serem perguntados sobre o número de adolescentes grávidas cadastradas, 69,4% sabiam responder exatamente quantas eram.

Os adolescentes não fazem parte dos grupos definidos como prioritários pelo Ministério da Saúde para a ESF, as adolescentes passam a compor os grupos prioritários quando ficam grávidas. Provavelmente esta seja a explicação para o fato de que a maior parte dos trabalhadores entrevistados soubesse o número de gestantes grávidas, ao mesmo tempo em que a grande maioria desses mesmos respondentes não tinha conhecimento da quantidade de adolescentes moradoras na área sob responsabilidade da equipe.

Portanto, é possível inferir que a maioria das equipes realizava práticas de atenção à saúde do adolescente a partir de outros critérios que não a partir do reconhecimento de necessidades de saúde dessa população. Supõe-se, com isso, que para serem atendidos na USF os adolescentes devem apresentar problemas elegíveis pelos programas e que possam ser respondidos com práticas pré-existentes no serviço.

Tabela 26 – Frequência de respostas a respeito do que as equipes identificam como necessidades de saúde de adolescentes. São Paulo, 2013.

Necessidades identificadas	N	%
Ser residente em área com carência de recursos	5	31,2
Ser portador de agravos ou fatores de risco (HAS, DM, VDRL, ser usuário de drogas, entre outros)	5	31,2
Estar fora da escola/ vivenciar conflitos familiares	3	18,7
Pertencer a um determinado equipamento ou instituição	1	7.69
Total de respostas	16	100

Observa-se que os critérios utilizados são restritos a problemas, pobreza, presença de agravo ou fator de risco biológico.

Portanto, se utilizam esses critérios para elencar necessidades, significa que a resposta são práticas dirigidas a resolver problemas.

Cabe ressaltar que as treze equipes referiram implementar ações planejadas para esses adolescentes. Em duas delas foi referido o envolvimento do NASF no planejamento e implementação dessas ações.

No entanto, constatou-se que o reconhecimento de necessidades de saúde dos adolescentes de maneira sistemática não tem sido uma prática consolidada na ESF, ficando a critério das equipes a forma de reconhecer, o que identificar como necessidades de saúde e como atender essas necessidades dessa população.

Práticas ampliadas

Práticas Intersetoriais

Práticas intersetoriais são implementas por apenas 22 equipes (28,9%). Nessas equipes, os adolescentes são encaminhados às instituições que oferecem aos jovens atividades culturais, de lazer e esportivas entre outras. As instituições para onde os adolescentes são encaminhados são Organizações não governamentais (ONGs) ou Centros Comunitários, principalmente. Com exceção da escola, não foram referidos outros serviços sociais públicos, mantidos por governos municipal, estadual ou federal.

Tabela 27 – Frequência de respostas sobre as atividades promovidas para adolescentes por meio de práticas intersetoriais. São Paulo, 2013.

Atividades	Nº	%
Atividades culturais	19	25,3
Atividades esportivas	19	25,3
Atividades de lazer	18	24,0
Qualificação profissional	11	14,7
Inserção do adolescente na escola	4	5,3
Inserção no mercado de trabalho	2	2,7
Grupo de jovens (igreja)	1	1,3
Reforço escolar	1	1,3
Total de respostas	75	100

As atividades promovidas pelas instituições são majoritariamente atividades que promovem esporte, cultura e lazer. Já qualificação profissional, inserção do adolescente na escola ou no mercado de trabalho, que são as ações mais concretas que podem levar de fato o jovem a mudar sua condição de vida, aparecem em menor proporção. Desta maneira, parecem atividades para ocupar o jovem, para “tirar da rua”, mantendo-os afastados dos problemas e dos perigos que as ruas oferecem.

Tabela 28 – Frequência das respostas sobre quais eram as instituições envolvidas nas práticas intersetoriais. São Paulo, 2013.

Instituições	Nº	%
ONGs (Einstein na comunidade, BOVESPA, Obra do berço)	12	27,3
Centro comunitário	10	22,7
Associação de bairro	6	13,6
Igrejas	5	11,7
Conselho tutelar	5	11,7
Escola	4	9,1
Centro de juventude	2	4,5
Total de instituições referidas	44	100

Por meio das entrevistas, evidenciou-se que o serviço de saúde e as instituições não mantêm uma articulação formal, o que acarreta comunicação informal, que fica a cargo da iniciativa dos profissionais dessa equipe. Nove equipes referiram não haver nenhum tipo de contato entre a UBS e outra instituição social, mesmo que informal. Os encaminhamentos, na maior parte das vezes também são informais, o adolescente é informado sobre a existência da instituição e orientado a procurá-la, por si mesmo, sem nenhum encaminhamento específico da UBS e sem garantias de que conseguirá inserir-se na atividade para qual foi encaminhado. As tabelas 29 e 30 ilustram essa afirmação.

Tabela 29 – Frequência de respostas sobre como os adolescentes eram encaminhados para as instituições envolvidas nas práticas intersetoriais. São Paulo, 2013.

Encaminhamento	Nº	%
Encaminhamento de trabalhador da USF	17	56,7
Iniciativa do adolescente	13	43,3
Total de respostas	30	100

Eram os profissionais do NASF, seguidos pelos enfermeiros, que identificavam as instituições, faziam contato e realizavam encaminhamentos. Outros trabalhadores da equipe foram citados com menor frequência.

Tabela 30 – Frequência de respostas sobre quais eram os profissionais envolvidos na articulação das práticas intersetoriais. São Paulo, 2013.

Profissionais envolvidos	Nº	%
Trabalhadores do NASF	9	31,0
USF não tem contato com outras instituições sociais	9	31,0
Enfermeiro/ Aux. Enfermagem/ ACS	9	30,6
Gerente da USF ou Conselho gestor	2	6,9
Total de respostas	29	100

Observou-se durante as entrevistas uma distribuição desigual das instituições pelo território. Muitas equipes referiram a impossibilidade de implementar ações intersetoriais porque não existiam outras instituições sociais para encaminhamento de adolescentes. Por outro lado, outras equipes referiram a existência de várias instituições que atendiam jovens daquele espaço territorial.

Tabela 31 – Frequência de respostas sobre quais eram os critérios utilizados pelas equipes para incluírem os adolescentes nas práticas intersetoriais. São Paulo, 2013.

Critérios	Nº	%
Condições sociais precárias	6	31,6
Por encaminhamento do NASF nos atendimentos compartilhados	5	26,3
Uso de drogas/ Problemas de comportamento/ Atraso ou abandono dos estudos/ Falta de ocupação	6	31,6
Quando a família pede	1	5,3
Aqueles adolescentes que querem participar das atividades	1	5,3
Total de respostas	19	100

Evidenciou-se a falta de instituições sociais/projetos para os adolescentes na região estudada, que ofereçam ações e serviços e que atinjam as raízes do processo saúde-doença, o que só é possível por meio de ações intersetoriais. Além disso, a articulação entre o setor público (saúde) e as poucas instituições sociais parecem ser frágeis.

Atividades Educativas nas Escolas

Na Coordenadoria Regional de Saúde Sul (CRSS) foi implementado um projeto com a finalidade de reduzir a gravidez na adolescência.

Foram 6 USF dos DA de Campo Limpo e Vila Andrade, os que se envolveram nesse projeto. Um grupo de profissionais de cada UBS foi indicado para reproduzi-lo nas escolas públicas da região atendida pela UBS, em três encontros grupais com alunos de 10 a 13 anos (5º ao 9º ano do ensino fundamental).O formato, conteúdo e material didático utilizado nesses encontros são pré-determinados pela SMS, numa adaptação do projeto idealizado pelo Instituto Kaplan[4] e implementado com as Secretarias de Estado de Educação dos estados de Alagoas, Espírito Santo e São Paulo.

O projeto prevê a participação de professores das escolas participantes na coordenação das oficinas com os alunos, que abordam temas como projeto de vida, por meio de dinâmicas que levam os alunos a refletirem sobre seus sonhos e o impacto de uma gravidez na realização deste sonho (primeiro encontro). Nos encontros seguintes são abordados temas como aspectos

[4] Instituto Kaplan – Centro de Estudos da sexualidade Humana. Instituição criada em 1991 por um grupo de especialistas na área da sexualidade humana cuja missão é disseminar conhecimento sobre o exercício dos direitos e da responsabilidade social por meio da educação (Instituto Kaplan, 2012)

biológicos da reprodução, métodos contraceptivos, mudanças corporais, sexualidade humana, relações de gênero, identidade sexual, tabus e crenças relacionadas à sexualidade, valores e relações interpessoais, aspectos positivos da sexualidade, DST, uso de drogas, planejamento da gravidez. Os alunos são convidados a participar das oficinas, mas sua participação é condicionada à autorização dos pais ou responsável (Instituto Kaplan, 2012; Lazzarini e Gassert, 2010).

Segundo os entrevistados das UBS que implementaram a proposta em suas unidades, um pequeno grupo de profissionais da UBS, que não pertencem à mesma equipe da ESF, é treinado pela CRSS para conduzir as oficinas em uma escola com a qual a UBS tenha conseguido fazer contato. As oficinas são pré-definidas e não há possibilidade de adaptação do conteúdo ou das dinâmicas. Nem sempre a escola pertence à área de abrangência da UBS ou atende os adolescentes cadastrados nas equipes atendidas pelos profissionais que participaram do treinamento e fazem as oficinas.

O projeto parece ter sido a resposta da CRSS para a questão da gravidez na adolescência, e a expectativa é que esse projeto seja implementado em todas as UBS da região no mesmo formato e com as mesmas diretrizes.

Além desse projeto, uma equipe realiza uma vez por ano palestras sobre educação sexual na escola durante a Feira de Ciências e Saúde a convite da escola. Nas palestras, ministradas pela enfermeira, o tema (gravidez, sexualidade, DST) é apresentado por meio de exposição de conteúdos e a participação é aberta ao público presente no evento.

Embora hajam iniciativas para alcançar a população jovem/adolescente, essas continuam focadas a atingir “o alvo” de mudança de comportamentos e do cumprimento de metas

governamentais, no que diz respeito à diminuição do número de adolescentes grávidas.

5.3 SOBRE AS PRÁTICAS JÁ IMPLEMENTADAS E AÇÕES FUTURAS.

Além das práticas já realizadas pelas equipes de saúde, 59 entrevistados (77,6%) consideraram necessário implementar outras práticas voltadas ao adolescente e à gravidez na adolescência. Os demais (22,37%) julgaram não ser necessário, ou por terem uma população cadastrada constituída por adultos e idosos ou porque consideravam que as ações já implementadas eram suficientes.

Tabela 32 – Distribuição dos entrevistados segundo opinião sobre a necessidade de implementar outras práticas voltadas à gravidez na adolescência. São Paulo, 2013.

Opinião	Nº	%
Sim	59	77,6
Não	17	22,4
Total de entrevistados	76	100

Assim, vale a pena ressaltar que a maioria dos entrevistados avaliou que outras, ou que mais ações para os adolescentes poderiam ser implementadas. Pode-se supor que o investimento por parte da Secretaria Municipal de Saúde/Supervisão de Saúde na valorização do trabalho voltado à atenção à saúde dos adolescentes dessas equipes, mesmo não se configurando como programa prioritário da ESF, seria uma possibilidade para o aprimoramento das práticas voltadas a esse segmento.

Quando convidados a refletir sobre quais ações poderiam ser implementadas para aprimorar o cuidado aos adolescentes, cerca de 50% dos entrevistados (28) referiram que ações educativas específicas para essa população seria a principal ação a ser implementada. Incluir adolescentes nas ações programáticas da

UBS e ampliar o acesso às ações já existentes também foram apontadas.

Os depoentes verbalizaram a necessidade do que chamaram de práticas ampliadas em saúde, citando o estabelecimento e fortalecimento de vínculos com os adolescentes por meio do acolhimento, do diálogo, dos espaços de conversa, perpassando a necessidade de atender o adolescente em seu contexto familiar e social, ampliando as ações nos espaços de convivência dos adolescentes como escola e família, além de ações que contribuam para promover mudança nas condições de vida dessa população.

Esses profissionais de saúde visualizaram que as necessidades deste grupo vão além dos atendimentos tradicionalmente oferecidos para a população que frequenta a USF, ou seja, práticas que não estimulam, nem atingem os adolescentes, para que reconheçam a USF como instância que pode promover práticas que contribuam para a prevenção e o enfrentamento de desgastes característicos de seus modos de vida, como demonstram, em alguma medida, os depoimentos abaixo.

> Precisa mudar as condições de vida dos adolescentes, acho que teria um impacto na gravidez (Eq 08).

> Fazer busca ativa de adolescentes, não especificamente em relação à gravidez na adolescência, mas é necessário trazer o adolescente para a UBS (Eq 16).

> Aumentar a abordagem nas escolas. Melhorar a maneira como fazemos os grupos, deixar que eles troquem experiências entre eles (Eq 27).

> Fazer grupos onde eles falem e tragam suas dúvidas. Mudar o discurso, a gente fala muito (Eq 37).

> Acho que devemos ter um olhar mais cuidadoso para os adolescentes, ter um fluxo só para eles (Eq 45).

> Ter encontros com jovens na comunidade. Identificar quem são os jovens que exercem alguma liderança e envolver os outros por meio deles (Eq 63).

> Faltam atividades como lazer, capacitação profissional, algo que seja prazeroso para eles, algo com o que eles se identifiquem (Eq 75).

No entanto, embora tenham referido a necessidade, também sinalizaram dificuldades para ampliar as ações em relação à gravidez na adolescência, como ilustrado na tabela abaixo.

Tabela 33 – Frequência das respostas sobre as dificuldades para ampliarem as práticas adolescentes na equipe. São Paulo, 2013.

Dificuldades	Nº	%
Falta de estrutura e de recursos	23	41,1
Característica dos adolescentes de suas famílias e da área.	21	37,5
Dificuldades próprias da equipe	12	21,4
Total de respostas	56	100

Como pode ser observado acima as dificuldades citadas dividem-se entre aquelas impostas pelos contextos em que vivem os adolescentes, por características dos adolescentes e de suas famílias (Eq 25, 33, 39, 48, 61), por dificuldades relacionadas à falta

de estrutura e de recursos a que estão submetidas as equipes (Eq 14, 30 32), e por dificuldades próprias das equipes, como falta de planejamento e de habilidades para lidar com os desafios de trabalhar numa perspectiva mais ampliada de atenção à saúde (Eq 27, 66).

> Falta local para fazer grupos. Na igreja não é possível porque os pastores não querem que discutamos esse assunto (Eq 25).
>
> Outro problema são os pais que ficam bravos com a participação dos filhos nos grupos, acham que estamos incentivando os filhos a terem relações sexuais (Eq 33).
>
> É a violência na área. Não dá para ir lá. Eram feitos grupos, mas pela questão do tráfico deixamos de fazer. Os traficantes dominam a área, tem muita violência entre traficante e polícia. Está muito difícil trabalhar lá dentro. Dá dó ver os meninos nesta vida (Eq 39).
>
> Dificuldades dos adolescentes em expor as questões deles, falta de vínculo, de confiança (Eq 48).
>
> A falta de adesão dos adolescentes. Já foi tentado, mas eles não vieram aos grupos (Eq 61).
>
> Espaço na agenda, é necessário pensar as questões de saúde de maneira diferente, mas o que é cobrado é uma assistência curativa. Não consigo trabalhar outras questões, é tudo “quantis” (Eq 14).
>
> Falta disponibilidade de agenda. A demanda é muito grande e tem muita coisa para fazer (Eq 30).

> Excesso de coisas que temos para fazer, excesso de controles, de campanhas, de controle de qualidade (Eq 32).

> Falta de planejamento da equipe, falta sentar, discutir, planejar (Eq 27).

> Falta preparo do profissional (Eq 66).

Os depoimentos atestaram que os trabalhadores fizeram uma avaliação bastante diversificada, não atribuindo peso apenas para um dos aspectos que têm dificultado a implementação de mais ações e de ações exclusivas para os adolescentes, reiterando a suposição de que o investimento por parte da Secretaria Municipal de Saúde/Supervisão de Saúde para a valorização e viabilização deste trabalho voltado à atenção à saúde dos adolescentes seria uma possibilidade para o aprimoramento das práticas voltadas a esse segmento.

6 Discussão

6. DISCUSSÃO

Em nossa sociedade, a adolescência como um período complicado da vida, caracterizado por crises e rebeldia, está presente no imaginário social (Corte e Souza, 2005). É consenso que a adolescência é uma fase problemática, marcada por determinadas características psicológicas como rebeldia, irresponsabilidade, desinteresse, como também evidenciou-se nesta pesquisa. Esse conceito, presente na fala de alguns entrevistados reflete a concepção hegemônica sobre adolescência.

A adolescência como sendo uma fase do ciclo vital, caracterizada por mudanças físicas, sociais e psicológicas é predominante também na área da saúde, estando implícita neste conceito a universalidade e homogeneidade com que a adolescência é vista e tratada, como se toda a adolescência se passasse da mesma forma e todos os adolescentes fossem iguais, como afirma Soares (2009).

Este conceito foi reproduzido na fala de trabalhadores entrevistados, refletindo o conceito preponderantemente ensinado nas instituições de ensino, neste caso as da área da saúde, mas que estão também presentes em instituições de ensino de outras áreas, visto que o entendimento da adolescência como única, universal e problemática é o discurso hegemônico, não só na área da saúde.

Essa concepção, entre os trabalhadores entrevistados, pode trazer como consequência a abordagem dos adolescentes considerando como natural da idade algumas demandas que eles expressam. Portanto, se é considerado como natural da idade, a consequência é pensar que ao sair da adolescência as angústias diminuirão, ou deixarão de existir. Portanto, não há muito a ser feito para adolescentes no trabalho em saúde, a não ser atender as demandas associadas aos agravos/doenças, geralmente por meio de

consultas médicas e de enfermagem, e oferecer ações consideradas de prevenção, de doenças ou de situações indesejáveis, entre elas a gravidez e as DST, oferecendo as vacinas e os grupos educativos. Com essa concepção, cabe às equipes implementar ações de orientação e “aconselhamento”, com a finalidade de mudança de comportamentos.

Assim como a definição de adolescência, a concepção que se tem a respeito da gravidez nesta fase da vida também é uma construção social. Ao longo do tempo histórico essa fase da vida passou a ter nome e a ser considerada como fenômeno característico de uma determinada etapa. Da mesma forma, a ocorrência da gravidez passou por diferentes interpretações e valorações.

Os trabalhadores entrevistados manifestaram a avaliação de que a gravidez nessa etapa da vida é considerada um problema, inclusive para a saúde das adolescentes, coerentemente à concepção de adolescência majoritariamente informada pelos entrevistados.

Embora a maior parte dos entrevistados tenha associado a gravidez na adolescência com o contexto social em que vivem esses jovens, inclusive os que reconheciam que poderia ser uma dentre as poucas possibilidades de realização pessoal, foi considerada como problema.

No passado, era comum as mulheres se casarem e terem seus filhos ainda jovens, sendo inclusive a faixa etária considerada ideal para a mulher ter filhos (Raupp et al., 2011; Heilborn et al., 2002).

A preocupação com as questões ligadas à reprodução surge a partir do século XVIII, quando a população passou a ser foco de intervenção do Estado. O futuro da sociedade dependia de suas formas de produzir riquezas, estava relacionado à capacidade produtiva dessa população que, por isso passou a ser um problema político e econômico. Daí a preocupação em controlar o crescimento demográfico e adequá-lo ao sistema de produção; o controle da sexualidade e das questões reprodutivas tornou-se um meio para alcançar tal finalidade (Altmann, 2007).

Portanto, embora a associação entre gravidez na adolescência e problema nem sempre tenha sido a concepção hegemônica na sociedade, já há mais de dois séculos passou a ser.

Acompanhando essa tendência, a concepção da maior parte dos trabalhadores entrevistados, de adolescência como etapa naturalmente conturbada para todos os adolescentes e consequentemente da gravidez nesta fase da vida ser um problema, é a hegemônica na sociedade contemporânea.

Ao buscar as raízes sociais e históricas da emergência da gravidez na adolescência como um problema, Heilborn (2006) aponta que a expectativa social em torno da juventude, o fato de muitas dessas gravidezes ocorrerem fora do contexto de uma união estável, ou estarem relacionadas à perpetuação da pobreza, levaram a gravidez na adolescência a ser vista como problema.

A visão da gravidez na adolescência como sinônimo de problema passou a ser hegemônica nas sociedades ocidentais modernas, quando a adolescência passou a ser considerada como uma etapa de transição, e de preparo para o ingresso no mundo adulto (Dias e Teixeira, 2010). Num contexto em que as mulheres passaram a ingressar no mercado de trabalho, as expectativas sociais em torno delas se ampliaram para além da maternidade (Brandão, 2006).

Ao tomar-se como parâmetro as expectativas sociais sobre o que seria um desenvolvimento típico da adolescência, (estudar, preparar-se para o futuro, não ter as responsabilidades do mundo adulto e aproveitar a vida), principalmente de classes com mais acesso a bens, as consequências de uma gestação nesta fase da vida tendem a ser vistas unicamente como negativas (Dias e Teixeira, 2010). Assim, a gravidez na adolescência passa a ser considerada como um acontecimento perturbador para o desenvolvimento ideal dessa etapa da vida (Heiborn, 2006).

Nesta perspectiva, a gravidez nesta fase da vida passou a ser entendida como um fenômeno precoce na vida da mulher, um

desperdício de oportunidades para se preparar para a vida adulta. Como decorrência, passou a ser interpretada como uma situação não planejada, uma intercorrência que deve ser indesejada e evitada (Heilborn et al.,2002). O desejável é que os adolescentes completem sua formação educacional e integrem o mercado de trabalho, pois a partir deste momento estarão aptos a contribuir com a produção de riqueza do país e a gerar uma prole, que vai garantir a continuidade de seu grupo social (Baraldi et al., 2007).

Para a área da saúde, a gravidez na adolescência é considerada como um problema importante. No Brasil, ganha importância e visibilidade no contexto da redução da fecundidade geral em que até a década de 2000 a fecundidade adolescente permaneceu estável, enquanto a taxa de fecundidade entre as mulheres maiores de 20 anos declinou, fazendo parecer bastante elevado o número de adolescentes grávidas em relação às maiores de 20 anos (Heilborn, 2006).

Dias e Teixeira (2010), consideraram que a gravidez na adolescência, da perspectiva da área da saúde, é associada à situação de risco biológico, por estar associada a uma gama de agravos à saúde da mãe e da criança. Contudo, há estudos que evidenciam que as adolescentes têm características biológicas compatíveis com um desempenho obstétrico satisfatório, e que as complicações perinatais podem estar relacionadas às piores condições socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde (Kassar et al., 2005; Kassar et al., 2006; Rocha et al., 2006; Magalhães et al., 2006; Neves Filho et al., 2011).

Como a gravidez na adolescência ocorre com maior frequência entre a camadas mais pobres da população, o impacto da gravidez é visto como devastador, por perpetuar a pobreza e com isso aumentam os custos sociais do Estado.

Provavelmente por isso, além dos riscos biológicos também há associação entre gravidez na adolescência e situações problemáticas como evasão escolar e desemprego, que teriam

como decorrência a negligência, o envolvimento em situações de violência e a permanência em situações de pobreza. No entanto, estudos mostram que a evasão escolar, considerada como o principal aspecto associado à perpetuação da pobreza, é um evento que precede a gestação, uma vez que nem sempre a escola representa possibilidade de inserção no mercado de trabalho ou de ascensão social (Sabroza et al., 2004; Yazlle et al., 2002).

Diante deste contexto, políticas públicas voltadas para reduzir a gravidez passaram a ser imprescindíveis, orientando ações que garantam acesso aos meios de evitar a gravidez (informação e métodos contraceptivos) e ações que promovam mudança de comportamento (Heilborn et al.,2002; Altmann, 2007).

No entanto, é importante salientar também que, uma vez que a adolescência é desigual para jovens de diferentes classes sociais, a gravidez nessa etapa da vida também é. O impacto da gravidez na vida de adolescentes não é o mesmo, apenas pelo fato de ser adolescente, a exemplo de tantas outras experiências vividas. O impacto será desigual na vida de adolescentes de diferentes classes sociais.

Dias e Teixeira (2010), quando apresentaram revisão da literatura sobre aspectos sociais associados à gravidez na adolescência reiteraram essa afirmação, quando afirmaram que essa experiência tem diferentes significados a depender do contexto social da adolescente.

Para as adolescentes de classes sociais menos favorecidas, em que o acesso à educação de qualidade e as possibilidades de mobilidade social são mais restritas, a gravidez na adolescência pode se constituir em projeto de vida, ou pode proporcionar à adolescente o reconhecimento e inserção social proporcionados pela maternidade (Dadooriam, 2003; Pantoja, 2003).

Com essa perspectiva, gravidez nessa etapa da vida, nem sempre é vivenciada de maneira negativa, como problema, pois responde a um desejo e constitui-se numa experiência gratificante.

Diante da impossibilidade de outros projetos de vida, da ausência de maiores perspectivas quanto ao futuro, de carências emocionais, uma gravidez constitui alternativa viável para compensar uma série de situações desfavoráveis presentes no cotidiano desses adolescentes.

É preciso relativizar a associação entre gravidez na adolescência com um fenômeno sempre problemático, que vai trazer prejuízo para os adolescentes. Resultados de estudos empíricos mostraram essa afirmativa.

Estudos realizados por Gontijo e Medeiros (2008); Silveira e Blay, (2010) com adolescentes que vivem em contexto de rua, detectaram que a gravidez tornou-se um evento não planejado e decorrente de relacionamentos pouco duradouros e vínculos frágeis com o parceiro. Esses adolescentes viviam num contexto caracterizado por processos de exclusão social, de desgastes decorrentes do contato com drogas, tanto o consumo prejudicial dessas substâncias (lícitas ou ilícitas) quanto experiências com o trafico das ilícitas, pelo envolvimento em situações de extrema violência e intensa ruptura de vínculos sociais. No entanto, apesar desse contexto, muitas dessas adolescentes encontraram na maternidade a possibilidade da construção de vínculos afetivos mais duradouros e passaram a estruturar suas vidas em torno do cuidado dos filhos e da possibilidade de um futuro melhor, desde que tenham apoio institucional para lidar com a tarefa de ser mãe.

Para Heilborn e Brandão (2006), Dias e Teixeira (2010), com adolescentes em condições mais favorecidas socialmente, a vivência da gravidez adquiria contornos bem diferentes, pois ocorreram no processo de aprendizagem da sexualidade, da busca de autonomia e de aprendizagem das regras sociais que estruturam as relações de gênero e geracionais. Para adolescentes desse grupo social a gravidez, embora seja imprevista e exija reordenamento da vida em família, trará menor impacto na trajetória de vida desses adolescentes no que diz respeito à continuidade dos

estudos e capacitação para o trabalho, pois esses adolescentes contam com mais recursos e apoio para lidar com a situação.

Logo, as condições de reprodução social são determinantes das desiguais possibilidades de vivenciar a adolescência e, consequentemente, o processo de gravidez.

Assim, como é vivenciada distintamente entre adolescentes das diferentes classes e por trazer diferentes ordens de impacto em suas vidas, a abordagem deste tema exige a compreensão do fenômeno inserido no contexto social em que ele ocorre (Santos e Schor, 2003; Lima, 2004; Brandão, 2006; Andrade et al., 2009).

Ao abordar o tema da gravidez na adolescência priorizando o enfoque do risco biopsicossocial, desconsideram-se os diferentes significados que esta adquire para as adolescentes de distintos grupos sociais e as estratégias utilizadas para abordar a questão da gravidez com adolescentes podem ficar comprometidas ou serem pouco efetivas (Santos e Schor, 2003; Trindade e Borges, 2009).

Os trabalhadores entrevistados, de diversas equipes de saúde da família, responsáveis pela atenção da população com restrito acesso à bens materiais e imateriais, ao tratarem da temática da gravidez na adolescência como um problema, como algo a ser evitado, a ser prevenido, por trazer consequências negativas para as adolescentes e suas famílias, voltam-se para reduzir a gravidez na adolescência e desconsideram que esta pode se constituir no único projeto de vida viável para as adolescentes.

Por isso é necessário que se ampliem as intervenções para além das práticas assistenciais e educativas tradicionais e prescritivas, que se restringem ao oferecimento de métodos contraceptivos ou ao acesso e acompanhamento pré-natal, implementando práticas que contribuam para que os adolescentes possam vislumbrar a gravidez como uma dentre outras possibilidades de projetos de vida, o que é possível ser viabilizado, principalmente por meio de práticas intersetoriais (Persona, Shimo e

Tarallo, 2004).

No entanto, os resultados desta pesquisa também demonstraram que os profissionais de saúde conheciam bem as diferentes realidades vivenciadas pelos adolescentes dos territórios sob a responsabilidade da equipe em que atuavam; assim, havia por parte desses trabalhadores o reconhecimento de que os adolescentes que viviam nesses territórios tinham condições de vida desiguais, que acarretavam desiguais acessos a condições de vivenciar esta fase da vida como preparatória para a vida adulta socialmente esperada e considerada adequada.

No entanto, ao mesmo tempo em que os entrevistados expressaram a compreensão da realidade de vida desses adolescentes associada às formas que vivenciam a adolescência, também associaram as precárias condições de reprodução social com comportamentos tidos como indesejáveis, entre eles a gravidez.

Essa concepção aparece refletida nas práticas realizadas pelas equipes, que embora não fossem voltadas exclusivamente aos adolescentes, pareciam mais voltadas a responder uma parte reduzida das necessidades de reprodução social, aquelas direcionadas ao corpo biopsíquico das adolescentes, fosse em consultas e grupos de pré-natal ou em orientações para o uso de métodos contraceptivos.

Portanto, embora o reconhecimento de que os adolescentes não vivenciavam a mesma adolescência, que tinham condições de vida desiguais e que essas desigualdades impactam nas condições de saúde, tal concepção pode ter sido desenvolvida mais como consequência da vivência profissional, do conhecimento do território onde as equipes deparam-se com as condições concretas de vida dos adolescentes, do que de concepção do processo-saúde doença aprendido em seus curso de formação, universitários ou não.

Resultados de pesquisa com estudantes dos vários cursos da saúde (Reis, 2007) mostraram que a concepção majoritariamente

expressa foi a da multicausalidade, em que os agravos e doenças são causados por vários fatores não articulados entre si; como costuma-se dizer, os fatores biopsíquicos, sociais, sem identificar que as condições biopsíquicas do indivíduo são produto das condições de trabalho e de vida dos grupos sociais. Geralmente nessa conceituação o social é descrito como sinônimo de meio ambiente em que vivem as famílias, os espaços geográficos, sem considerar que as condições de ocupação desse meio são também determinadas pelas condições materiais de vida.

Ao possibilitar o conhecimento do território, a ESF fez com que os profissionais se deparassem com diferentes realidades e reconhecessem o contexto social e as condições de vida como determinantes das condições de saúde de sua população adolescente. Entretanto esse conhecimento não foi incorporado na compreensão do processo saúde-doença, uma vez que foram identificados como problemas de saúde a gravidez, as DST, o uso de drogas, os problemas psicológicos, demonstrando que os problemas de saúde identificados foram os biopsíquicos. Os problemas sociais foram percebidos, mas a priori não foram identificados como raízes dos problemas de saúde. No que se refere à gravidez, embora houvesse a percepção dos diferentes significados da gravidez nos diferentes contextos sociais, esse conhecimento não se traduziu imediatamente no reconhecimento de necessidades de saúde ampliadas nas práticas de atenção à saúde.

Assim, as práticas centraram-se sobretudo nos aspectos biológicos e psicológicos da reprodução humana, não atendendo ao que se diz, em documentos, ser propósito da ESF de responder às necessidades de saúde de maneira mais ampliada.

No entanto, questiona-se tal propósito, pois se assim fosse haveria de ter nesses territórios o Estado mais presente, implementando instituições sociais que aprimorassem as condições de reprodução social dessas famílias, o que não há. Pode-se deduzir pelo depoimento dos entrevistados e pelos resultados de outros estudos

empíricos.

A adolescência não é priorizada pelos serviços de saúde e a ausência de ações voltadas especificamente para este grupo foi predominante também nas equipes pesquisadas. Embora existam programas de saúde voltados para juventude desenhados nas esferas federal, estadual e municipal a efetivação desses programas não se concretiza na prática dos serviços. (Moura et al., 2004; Osis et al., 2006; Pirotta KCM, 2006; Amarante, 2007; Pierre et al., 2010; Gurgel et al., 2010).

A falta de práticas voltadas para adolescentes explica-se pelo fato de que as práticas de saúde na Atenção Básica são direcionadas pelos programas priorizados pelo MS, que definem como áreas estratégicas o atendimento casos de tuberculose, hanseníase e outras doenças transmissíveis, hipertensão e diabetes mellitus, da saúde da mulher (com prioridade para prevenção de câncer de mama e de colo uterino), saúde bucal, às gestantes, crianças até dois anos e idosos (Brasil, 2006). Sendo assim, as práticas na ESF são voltadas para garantir uma atenção focalizada e concentram basicamente a oferta organizada de serviços básicos dirigidas a esses grupos específicos. Para isso, a ESF conta com uma equipe mínima de trabalhadores que priorizam o atendimento aos grupos acima descritos e dar respostas às demandas administrativas e burocráticas impostas pelos programas (Ferrari, Thomson e Melchior, 2006; Henriques, Rocha e Madeira, 2010a).

Desta maneira, a atenção ao adolescente se restringe às ações ofertadas rotineiramente aos grupos prioritários quando os adolescentes de alguma maneira se inserem nesses grupos (Amarante e Soares, 2009; Soares, 2011), como também foi evidenciado nesta pesquisa. Os adolescentes são inseridos nos grupos de planejamento familiar voltados para mulheres adultas, entram nos mesmos fluxos da UBS para fazer teste de gravidez, iniciar o pré-natal ou competir por uma consulta.

Sobre as práticas atinentes à gravidez na adolescência implementadas pelos serviços de saúde, além do pré-natal, são as consultas individuais, sobretudo com o enfermeiro, seguidas de grupos e palestras para mulheres adultas e adolescentes em conjunto, cuja finalidade é informar e ofertar métodos contraceptivos, que constituem as principais práticas implementadas. (Moura e Silva, 2004; Osis et al., 2006; Moura, Silva, Galvão, 2007; Berlofi, et al.,2007; Pierre et al., 2010; Gurgel et al., 2010; Melo e Coelho, 2011). De fato, essas foram práticas consolidadas nas equipes pesquisadas.

O grupo de planejamento familiar era ofertado para toda a população cadastrada, mas não era voltado para adolescentes. O teste de gravidez era amplamente ofertado nos serviços e o acesso ao pré-natal garantido em todas as equipes. Fazia parte da rotina do pré-natal, além das consultas, grupos de gestantes e visitas sistemáticas para esse grupo realizadas pelos ACS e demais membros da equipe. Aqui, as visitas também apareceram como um importante instrumento para as equipes identificarem e intervirem nos fatores de risco e em complicações durante o pré-natal.

As consultas de pré-natal eram realizadas por médicos e enfermeiras e seguiam um protocolo de atenção pré-estabelecido em 73,7% das equipes. Chamou atenção o fato de que as gestantes adolescentes em algumas equipes eram encaminhadas para pré-natal de alto risco (10,5%) ou atendidas somente por médicos (17,1%) evidenciando a preocupação das equipes com os riscos biológicos relacionados à adolescência, mas negando que as complicações obstétricas na gestante adolescente tem uma forte relação com condições de vida adversas segundo Kassar et al. (2005); Kassar et al.(2006); Rocha et al.(2006); Magalhães et al.(2006) e Neves Filho et al.(2011). Desta maneira, intensificavam os cuidados biomédicos, mas negavam uma atenção mais ampliada e multiprofissional que poderia promover alguma melhora nas condições de vida das adolescentes gravidas e minimizar os riscos

obstétricos.

A oferta de métodos contraceptivos também era uma prática consolidada em todas as equipes e não havia barreiras para disponibilizar os métodos para adolescentes uma vez prescritos. Contudo, com exceção dos preservativos masculino e feminino e da anticoncepção de emergência, os métodos precisam ser prescritos por um médico, o que pode ser uma dificuldade diante da falta do profissional médico em algumas equipes e da falta da disponibilidade na agenda deste profissional para atender as demandas dos adolescentes. Essas dificuldades também foram apontadas por Moura et al. (2004); Osis et al. (2006); Moura et al. (2007); Pierre et al. (2010).

Assim, as práticas predominantes nos serviços eram pautadas na compreensão biopsíquica do processo saúde-doença, centradas no indivíduo e respondiam aos programas já previstos na ESF e metas estabelecidas pelos gestores como historicamente foi constituído o processo de trabalho na Atenção Básica – por meio das ações programáticas voltadas às doenças infecciosas, atenção nos ciclos de vida ou ações promotoras e preventivas de agravos (Thumé et al.,2013).

Na especificidade da gravidez, as práticas implementadas respondiam às políticas que visam oferecer informação e métodos contraceptivos com objetivo de reduzir a gravidez entre as adolescentes e assim reduzir o custo social decorrente destas gravidezes. Contudo, essas práticas eram sustentadas por uma concepção que toma a gravidez como um problema, e sua ocorrência, decorrência dos comportamentos típicos dos adolescentes como irresponsabilidade, inconsequência, desvio de conduta.

No entanto, embora não haja espaço para o adolescente na Atenção Básica e na estrutura programática da ESF, ele não era invisível para as equipes de Saúde da Família que se valiam

principalmente das visitas e do acolhimento para identificar as necessidades de saúde dos adolescentes.

Ao estudar a atenção à saúde do adolescente na ESF, Henriques, Rocha e Madeira (2010a) e Henriques, Rocha e Madeira (2010b) identificaram que as práticas eram voltadas para problemas específicos dos adolescentes de causas orgânicas, a atenção era voltada para fatores de risco e agravos que afetam essa população, ou seja, mesmo as práticas implementadas por equipes de Saúde da Família que não estavam estritamente voltadas para os programas estavam pautadas na compreensão biopsíquica do processo saúde-doença.

Cerca de 17% das equipes pesquisadas estabeleceram alguns critérios a fim de assistir de maneira mais sistematizada os adolescentes de sua área de trabalho, enquanto 78% das equipes, ao identificarem problemas considerados de maior relevância como uso de drogas, violência e gravidez, entre outros, priorizaram a atenção ao adolescente e principalmente por meio das visitas, conseguiram inseri-lo no serviço. No entanto, eles eram inseridos nas práticas já existentes nas UFS, a partir da detecção de problemas.

Algumas equipes optaram por critérios socioeconômicos, como residir nos espaços territoriais mais carentes, que chamam de áreas de risco, vivenciar conflitos familiares ou estar fora da escola. A partir desta primeira leitura das necessidades dos adolescentes as equipes planejaram ações. Evidencia-se que a concepção de saúde que norteia essas práticas continua sendo a concepção hegemônica.

As visitas domiciliárias pareceram ser o principal instrumento das equipes para inserir o adolescente na ESF. Prova disto é que é 78,94% das equipes faziam visitas direcionadas para identificar os problemas de saúde dos adolescentes .

Neste sentido, é importante fortalecer o espaço domiciliar como um importante espaço para ampliar o cuidado, e a visita

domiciliária como instrumento de identificação de necessidades, que pode indicar a necessidade de implementação de práticas realizadas pelo setor saúde ou práticas intersetoriais (Mandú et al.,2008 e Sakata et al., 2007), práticas estas que, articuladas, são as que têm a possibilidade de responder a necessidades ampliadas.

No entanto, é necessário que a equipe adquira uma postura de cooperação com a família e não uma postura autoritária e normativa, tão característica das práticas em saúde (Matumoto et al.,2011b). Além disso, uma atenção focada na família com vistas às necessidades de saúde do adolescente e também de sua família, exige o conhecimento e o uso de ferramentas e instrumentos outros que não só os da clinica tradicional, além da atuação de uma equipe multiprofissional (Matumoto et al., 2009).

Apesar dos jovens se configurarem como um dos grupos que ganharam visibilidade com a ESF, passando a fazer parte da agenda de atendimentos, não estão incluídos entre as prioridades da Estratégia. Grande parte desses adolescentes atendidos são as grávidas, que são inseridas no atendimento já planejado para adultos. Portanto, os adolescentes que não se enquadram nos critérios de problemas previamente estabelecidos pela Estratégia, continuam com dificuldades para ser inseridos.

No entanto, defende-se que as práticas de saúde deveriam estar referidas às necessidades expandidas, para superar as práticas de saúde identificadas com condutas restritas ao atendimento de queixas, dos tradicionais modelos de atenção. Ou seja, práticas que desencadeiem a instauração de necessidades ampliadas (Viana, Soares e Campos, 2013).

A necessidade de ter um olhar específico para os adolescentes levou 17,9% das equipes a implementarem grupos voltados para eles. Esses grupos eram realizados fora da unidade de saúde, em espaços da comunidade e se caracterizavam por abordarem um conteúdo mais amplo, incluindo aspectos sociais e culturais ligados à sexualidade, além de outros temas relacionados

à saúde e ao cotidiano dos adolescentes.

O fato de haver grupos voltados para adolescentes num espaço extramuros da USF, que abordavam temas não restritos aos métodos contraceptivos, demonstra um processo incipiente da tentativa de implementar práticas mais próximas dos adolescentes e de suas realidades.

Contudo, as estratégias para abordar os conteúdos continuavam sendo estratégias tradicionais (exposição de conteúdo), dificultando a criação de vínculos e de práticas que estimulassem a emergência de necessidades ampliadas pelos jovens, como discutir como é morar naquele bairro, levando a despertar a consciência da necessidade da presença do Estado no bairro, e mobilizar a necessidade de participação desses jovens, para que tenham clareza que as condições de reprodução social estão nas raízes das necessidades sociais e para se organizarem coletivamente em busca de aprimoramento das necessidades dos grupos sociais, por exemplo

Assim, embora houvesse a apresentação de temas além dos restritos às mudanças corporais e aos métodos contraceptivos nesses grupos, é possível que fossem abordados de forma normativa, não abrindo espaço para diálogos e trocas de experiências, certamente produto da concepção que os entrevistados têm sobre a adolescência e gravidez nesta fase da vida.

Essa análise combina com resultados de estudos de Silva, Dias e Rodrigues (2009) e Alves e Aerts (2011), sobre as práticas educativas na ESF, que atestaram que essas práticas utilizavam-se de estratégias tradicionais, de cunho preventivo, não dialógicas e caracterizadas pela transmissão unidirecional de informação.

Portanto, parece que as ações dirigidas aos adolescentes que procuram as USF em pauta neste estudo não estão respondendo a necessidades por eles sentidas, prova é que 30% das equipes referiram a falta de adesão dos adolescentes e a

dificuldade de diálogo com eles, como dificuldades para ampliar as ações em saúde e 25% referiram as mesmas dificuldades, desta vez para manter as ações já implementadas, inclusive os grupos educativos.

Portanto, apenas abordar temas relacionados a outros aspectos que não os biopsíquicos ou implementar novos instrumentos de trabalho, como grupos, não significa ampliar as práticas em direção responder necessidades ampliadas. Se os trabalhadores da equipes e os que vão conduzir essa prática não tiverem claro o propósito e não tiverem preparo teórico e técnico para conduzi-los, serão como que atendimentos conjuntos organizados para racionalizar o tempo de trabalho, frente às demandas e metas exigidas do trabalhador.

A necessidade de superar essas dificuldades vem sendo sinalizada por vários autores (Jeolás e Ferrari, 2003; Brêtas e Silva, 2005; Maheirie et al., 2005; Carvalho, Rodrigue, Medrado, 2005; Souza et al., 2007; Alencar et al., 2008; Soares et al., 2008; Gurgel et al., 2010; Levandowski e Schmidt, 2010).

Soares, Campos, Leite e Souza (2009); Bretas e Silva (2005) sugeriram que essa superação pudesse viabilizar-se por meio de processos educativos que permitam aos jovens analisar e interpretar a realidade vivenciada por eles, ajudando-os a superar concepções e práticas, levando-os à mudança de atitude no seu cotidiano. Para Soares (2011), os processos educativos nessa perspectiva constituem potente instrumento de transformação, quando incluem o adolescente no planejamento das ações de saúde, o que exige uma concepção que supere a visão tradicional de adolescência e coloque o jovem como protagonista de práticas de saúde que possibilitem intervir nas formas de reprodução social.

Para implementar práticas mais abrangentes, os serviços de saúde poderiam articular-se ao setor educação uma vez que, diferentemente da saúde, nos espaços das escolas há grande concentração de adolescentes.

Além disso, as escolas, por serem tradicionalmente os lugares de ensino e aprendizagem, e pelo seu amplo alcance populacional, é responsabilizada por educar sexualmente os estudantes, por isso os conteúdos relacionados à sexualidade e à contracepção integram o currículo escolar. Mas são conteúdos abordados em disciplinas da biologia, que tratam apenas dos aspectos biológicos da reprodução (Altmann, 2007).

Embora, tanto os trabalhadores da saúde quanto os da educação tenham majoritariamente a mesma concepção dos processos que acometem os adolescentes, a da vertente biológica, não há rotineiramente a prática de estabelecer articulação dessas instâncias, a não ser para encaminhar crianças e adolescentes que estão na escola com problemas de saúde, geralmente os agudos. A USF, por sua vez, vai às escolas para realizar ações de higiene oral, de vacinação, que não são bem recebidas pelas crianças e adolescentes.

Knauth et al. (2006), recomendaram uma abordagem aberta sobre educação sexual nas escolas, abrangendo não só aspectos técnicos relacionados à sexualidade, mas também uma discussão mais ampliada sobre sexualidade, incluindo questões de gênero e de outros aspectos que facilitem ou que dificultem o exercício da sexualidade. O uso de metodologias participativas para abordar o conteúdo como oficinas que possibilitem a reflexão também são recomendadas. Essa abordagem também poderia ser utilizada nas práticas desenvolvidas nas USF.

Entrevistados relataram a experiência de participação em projeto voltado à prevenção da gravidez em adolescentes, partindo do princípio que a gravidez é algo que atrapalha, inviabiliza, mesmo que temporariamente, a concretização de projetos e sonhos dos adolescentes.

Embora ampliasse o conteúdo das discussões e utilizasse metodologias participativas, este projeto tinha uma proposta

fechada para dar conta de uma questão cuja complexidade, em determinados grupos sociais exige não apenas ações educativas, mas ações integradas que propiciem aos adolescentes que vivenciam contextos sociais e familiares mais complexos e excludentes algumas possibilidades de superação dessa realidade extremamente desfavorável.Como era uma proposta fechada, com as mesmas diretrizes para todas as UBS, não se propunha a adequar-se às distintas realidades socioeconômicas que caracterizam os territórios que integram a área de abrangência das diversas USF. Tal inadequação foi expressa na fala de um dos entrevistados, que informou que os adolescentes de sua área de responsabilidade ficariam fora da proposta porque não frequentavam a escola. Além disso, caracterizava-se também por ser verticalizada, cabendo aos trabalhadores da USF apenas executá-la.

A proposta desse projeto foi realizada numa articulação entre a Secretaria de Educação e uma Organização não governamental. Na particularidade do Município de São Paulo foi o setor Saúde – especificamente a ESF quem assumiu a execução do projeto, mas sem estabelecer uma relação articulada com Secretaria de Educação, que não teve, segundo os entrevistados, um envolvimento maior no projeto a não ser autorizar que as oficinas fossem feitas nas escolas. Ainda mais, não houve integração entre o projeto e a USF, pois tratava-se de uma ação isolada das demais ações implementadas nos serviços.

Sendo a saúde resultado das formas de organização social, as práticas intersetoriais são imprescindíveis para incidir sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e promover a saúde (Giovanella, Escorel e Mendonça, 2009).

Tal importância foi reconhecida na lei Federal que orienta o Modelo de Atenção em saúde no Brasil. Está previsto na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 1990) que o estado deve garantir

a saúde por meio da execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças por considerar que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes fatores socioambientais. Prevê ainda, a integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico no nível executivo e a criação de comissões intersetoriais, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde cuja execução envolverá áreas não compreendidas no âmbito do SUS (Brasil,1990).

Segundo a OMS (1997), intersetorialidade é entendida como a articulação do setor saúde com outros setores para alcançar melhores resultados em saúde, estando implícita a construção de projetos de intervenção comuns entre diferentes setores com vistas ao planejamento integrado para enfrentar problemas prioritários identificados (Monnerat e Souza, 2011).

Na perspectiva da Atenção Básica, no âmbito municipal, a prática intersetorial deve se processar nos diversos níveis de execução, no nível mais local, inscreve-se como sendo uma prática comunitária que acontece no território de atuação das equipes como previsto na ESF, assim como na Secretaria Municipal de Saúde, ao articular-se com outros setores e na articulação de políticas municipais (Giovanella, Escorel e Mendonça, 2009). Assim, torna-se necessário que a articulação das ações intersetoriais seja incorporadas pelo gestor municipal.

Ações intersetoriais acontecem mediante a articulação de ações entre dois ou mais setores, incluindo-se articulações no nível mais local onde podem-se estabelecer articulações entre as instituições no território de atuação das equipes e no nível mais distal, onde setores da administração pública mantém projetos comuns de intervenção (Giovanella, Escorel e Mendonça, 2009).

Não cabe portanto ao setor saúde executar ações que não são próprias da saúde. Todavia, a articulação da saúde com outras áreas da política social para produzir melhores resultados em

saúde, não tem sido predominantemente adotada pelos gestores responsáveis pela execução das políticas de saúde segundo Monnerat e Souza (2011).

Trinta por cento das equipes buscaram responder necessidades de adolescentes por meio de práticas intersetoriais. Mas, à semelhança dos resultados encontrados por Silva e Rodrigues (2010) são experiências pontuais esporádicas e destituídas de um planejamento sistemático, são práticas que se constituíram a partir da iniciativa dos profissionais de saúde que buscaram em seus territórios recursos que pudessem dar respostas às necessidades identificadas por eles. Foram os profissionais de saúde que buscaram estabelecer articulação com, ou utilizar os poucos recursos oferecidos no território por ONGs e associações comunitárias. Contudo, evidenciou-se nesta pesquisa a fragilidade dessas práticas por não se constituírem a partir de políticas públicas ou porque essas práticas não integram um projeto comum de intervenção entre o serviço de saúde e as instituições envolvidas.

Pesquisa realizada por Paula, Palha e Protti (2004) mostrou que as práticas intersetoriais são tomadas pelos trabalhadores como práticas individualizadas, e percebidas como de responsabilidade somente dos trabalhadores da saúde a partir de demandas também individualizadas dos usuários.

Na prática dos serviços, evidenciou-se que os trabalhadores buscavam informalmente recursos para a viabilização de cuidados, porém essa prática não tem garantia de continuidade.

Também há trabalhadores que assumem a responsabilidade por executar ações que não estão previstas na ESF, que deveriam ser promovidas por outros setores ou instituições, mesmo não podendo registrá-las na agenda de trabalho, nem contabilizá-las nas metas de produtividade.

Neste sentido as práticas ficam a critério do trabalhador, como apontou Amarante (2007), quando investigou as práticas de saúde voltadas à juventude no DA do Butantã em São Paulo.

Para o trabalhador, a implementação destas práticas nos serviços torna-se um trabalho a mais, penoso e solitário como advertem Paula, Palha e Protti, (2004).

Como dependem unicamente do trabalhador, são práticas que não se sustentam a médio ou longo prazo, nem do ponto de vista financeiro, pois não contam com fontes de financiamento, muitas vezes são os próprios trabalhadores que as financiam, nem do ponto de vista da institucionalização dessas prática (Uchôa, 2009).

Além disso, são práticas que existem graças ao empenho individual dos trabalhadores, o que lhes impõem perdas frente à sobrecarga de volume de trabalho ou impõem perdas à população, pois quando os profissionais de saúde assumem a execução dessas práticas deixam de executar serviços básicos que integram o pacote mínimo de ações da Atenção Básica.

No que diz respeito à gravidez na adolescência, no contexto das populações atendidas pela ESF, em que a gravidez é uma alternativa viável para melhorar as condições de vida para parte das adolescentes, somente políticas públicas consistentes, que orientassem para a realização de ações interprofissionais e intersetoriais muito bem amarradas, serão capazes de oferecer oportunidades concretas para que os adolescente superem as dificuldades que limitam ou anulam suas possibilidades de escolha.

Notou-se a ausência de políticas públicas voltadas para os adolescentes na região estudada e para a articulação de diversos setores da sociedade, que pudessem promover práticas que incidissem nos determinantes, nas condições de reprodução social.

Esta pesquisa mostrou que as práticas voltadas para adolescentes nos serviços eram práticas pontuais e fragmentadas, voltadas para agravos e fatores de risco.

Os limites das práticas implementadas nos serviços em

relação ao adolescente e à gravidez foram reconhecidos pelos profissionais, tanto que 77,6% dos entrevistados expressaram a necessidade de ampliar as ações para adolescentes.

Essa necessidade de implementar práticas especialmente voltadas para responder necessidades de saúde de adolescentes tem sido reconhecida por trabalhadores, conforme mostraram resultados de pesquisas empíricas. Porém, juntamente com a necessidade de ampliar essas práticas, esses estudos mostraram também que há dificuldade desses trabalhadores em trabalhar com os jovens e que há necessidade de aprimoramento de conhecimentos teórico-práticos para o trabalho com jovens (Ferrari, Thomson e Melchior, 2006; Amarante,2007; Henriques, Rocha e Madeira, 2010a e Soares et al.; 2011).

Essa dificuldade provavelmente está associada ao fato dos adolescentes não serem, habitualmente, portadores de doenças ou agravos, que majoritariamente caracteriza os usuários da USF. Os trabalhadores de saúde hegemonicamente são formados para desenvolver práticas voltadas a consequências de doenças já instaladas no corpo do sujeito, ou voltadas à prevenção de doenças, geralmente focalizadas em interromper o ciclo de alguma doença.

Cerca de 50% dos entrevistados (28) referiram as ações educativas específicas para adolescentes como a principal ação a ser implementada em relação à adolescência. Referiram a necessidade de inclusão do adolescente nas ações programáticas da UBS e de ampliar o acesso às ações já existentes.

A ampliação das práticas foi associada com a necessidade de estabelecer vínculo com os adolescentes por meio do acolhimento, do diálogo, dos espaços de conversa, do atendimento do adolescente em seu contexto familiar e social e também foi associada a realização de ações fora do espaço da USF, em espaços de convivência dos adolescentes, como a escola.

A ênfase das práticas que deveriam ser implementadas, segundo os entrevistados, recaíram na qualidade da relação entre o adolescente e a equipe de saúde.

Matumoto et al.(2009), ao analisarem o processo de trabalho em unidade básica de saúde, sinalizaram a necessidade de relacionamento mais acolhedor por parte da equipe de saúde. Da mesma forma, os entrevistados sinalizaram com a necessidade de estabelecimento de vínculo, de ampliação do acesso dos adolescentes às ações já existentes, de ampliação dos espaços de conversa, para ampliar o acesso de adolescentes na USF.

Portanto, foi possível reconhecer que os trabalhadores associam a ampliação das práticas com a melhora da qualidade do relacionamento com os adolescentes, numa concepção alinhada com as diretrizes de projeto proposto pelo MS, o humaniza SUS, que enfoca o acolhimento como o reconhecimento do que o usuário traz como legítima e singular necessidade de saúde por meio de uma escuta qualificada e garantia de acesso oportuno do usuário à tecnologias adequadas às suas necessidades. Esta proposta, no entanto, não propõe a ampliação das práticas, na perspectiva de atingir necessidades expandidas.

Para responder a necessidades no âmbito interno da USF, os trabalhadores relataram enfrentar dificuldades no âmbito da organização do processo de trabalho. Para superar os limites impostos pela organização proposta pela própria ESF, além das dificuldades decorrentes da falta de recursos a falta de uma rede de atenção integrada.

Essas mesmas dificuldades apareceram em diversos trabalhos que versavam sobre as práticas em saúde na ESF na perspectiva do trabalhador (Matumoto et al., 2011; Amarante, 2007; Matumoto et al., 2009; Camargo, 2007; Soares et al.,2011, Paris et al., 2012).

No que concerne às práticas que abordavam outros temas além dos centrados nos aspectos biológicos da reprodução

humana, verificou-se que ainda eram frágeis para provocar mudanças significativas nas condições de saúde dos adolescentes, por consequência na questão da gravidez. Essa fragilidade se expressou em práticas que não estão consolidadas no dia a dia das equipes e também porque elas eram sustentadas, via de regra, por uma concepção de adolescência como fase problemática e universal para todos os adolescentes.

Com isso, verificou-se que não há uma relação direta, ou uma relação de causa e efeito, entre o reconhecimento do contexto social como determinante de saúde-doença e mudanças imediatas das práticas de saúde ou do modelo de atenção como foi proposto e era esperado com a implantação da ESF.

Para Matumoto et al.(2011b), superar práticas aprendidas e consolidadas, nos moldes do modelo tradicionalmente instituído para produzir cuidados de saúde, tem sido um grande desafio para os profissionais envolvidos com a ESF.

Entre as equipes da ESF, representadas pelos entrevistados, esses desafios foram expressos em dificuldades que vão desde a dificuldade de abordar questões de saúde com os adolescentes, até dificuldades de identificar e responder necessidades de saúde desses adolescentes, que são originadas pelas condições de vida marcadas pela exclusão e pela falta de acesso a bens socialmente produzidos. Essas dificuldades poderiam ser mais bem enfrentadas com a discussão e a adoção do conceito de necessidades de saúde ampliadas, conforme proposto neste estudo, pautadas no conceitos da Saúde Coletiva, que convocam práticas de saúde também ampliadas, já definidas por Queiroz e Egry (1988: 28).

> "(...) a assistência à saúde coletiva significa a forma de interferência consciente (sistematizada, planejada e dinâmica) no processo saúde-doença, de uma dada coletividade, consideradas as distinções das classes sociais; realizada pelo conjunto dos profissionais de saúde com a coletividade, objetivando o desenvolvimento da consciência crítica de classe social em relação à sua realidade de saúde,

> tornando-se portanto sujeito de suas próprias transformações.

A partir desta definição de práticas ampliadas, é possível afirmar que as ações realizadas pelas equipes representadas pelos entrevistados deste estudo não implementaram práticas ampliadas. No entanto, realizavam as ações esperadas pelo MS.

Verificou-se que a aproximação com o contexto social do adolescentes, por parte dos trabalhadores entrevistados, não provocou, como era de se esperar, mudanças do objeto das práticas de saúde, como foi proposto e era esperado com a implantação da ESF.

Partindo-se da concepção de necessidades de saúde proposta como categoria analítica neste estudo, para implementar práticas ampliadas é preciso antes de tudo, segundo Campos (2009), identificar os diversos padrões de reprodução social das famílias dos adolescentes e deles próprios (características da inserção no trabalho e modos de viver); reconhecer a medida da presença do Estado no território em que vivem os adolescentes (disponibilidade e características de instituições e serviços sociais prestados pelo Estado); e reconhecer as instâncias de participação social no território (associações, sindicatos, conselhos, entre outros) e características da participação dos moradores e dos adolescentes.

Tomando-se essa proposição, continua Campos (2009: 157):

> A leitura e a definição do que sejam as necessidades de saúde dos adolescentes moradores da área de abrangência de uma determinada UBS é que deveria determinar as práticas de saúde – interdisciplinares e intersetoriais – a serem implementadas, num esforço contínuo de operacionalizar processos de trabalho em saúde com vistas a aprimorar as condições de saúde da totalidade dos adolescentes desse território, realizando o cuidado à saúde com respeito à dignidade humana.

7 Considerações Finais

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou-se metodologicamente adequado para responder os objetivos propostos pela pesquisa. Procurou responder quais eram as práticas implementadas por equipes de saúde da família relacionadas à gravidez na adolescência, se elas se ampliaram para além daquelas focadas em aspectos biológicos da reprodução humana. Observou-se que as práticas hegemônicas nas equipes estudadas seguem sendo práticas tradicionais de atenção à saúde centradas nos aspectos biológicos da reprodução humana como consultas, oferta de métodos contraceptivos e atenção ao pré-natal.

Práticas ampliadas foram identificadas Tomou-se como prática ampliadas o olhar das equipes para o adolescente e o esforço empreendido por elas para inseri-lo no programa, seja por meio do acolhimento ou pela organização de uma assistência mais sistematizada inserindo adolescente no serviço. A visita domiciliária e o acolhimento foram os principais instrumentos utilizados pelas equipes para identificar as necessidades em saúde dos adolescentes e para realizar a assistência.

Práticas educativas com os adolescentes no espaço territorial fora da UBS e nas escolas que abordam um conteúdo mais amplo relacionado à sexualidade e outros aspectos da saúde dos adolescentes foram identificados. Contudo, as metodologias utilizadas para abordar o conteúdo seguem sendo metodologias educativas tradicionais. Um projeto implementado nas escolas, por outro lado, discute temas relacionados à sexualidade de maneira mais participativa, Contudo a proposta veio fechada não abrindo a possiblidade de adequar o conteúdo das oficinas às especificidades dos adolescentes e tampouco a proposta integrava-se às ações implementadas nos serviços atinentes a gravidez na adolescência

Práticas intersetoriais, implementadas na tentativa de responder às necessidades de saúde ampliadas dos adolescentes caracterizaram-se por serem iniciativas pontuais. Essas práticas não se constituíram a partir de políticas públicas e tampouco integram um projeto comum de intervenção entre a saúde e as instituições envolvidas.

Concluí-se que as práticas implementadas pelas equipes de Saúde da Família que se ampliaram para além daquelas focadas nos aspectos biológicos da reprodução humana ainda são frágeis para provocar mudanças significativas nas condições de saúde dos adolescentes e nos determinantes da gravidez na adolescência, pois ainda são práticas ancoradas numa concepção que toma a adolescência como única, universal e problemática e a gravidez como decorrência dessas características

Portanto propõe-se aqui que o ponto de partida para a ampliação das práticas é a adoção de uma concepção teórica que compreenda adolescência como construção social, e a vivência desse período, bem como a gravidez, como decorrência das condições de reprodução social do adolescente e de sua família. Contudo, não se resume a esse aspecto uma vez que os trabalhadores reconheceram características dos contextos sociais dos adolescentes como potencializadores de falta de perspectiva e de projetos de futuro dos adolescentes da área em que trabalham e reconheceram que as práticas implementadas nas USF ainda continuam limitadas para atender necessidades ampliadas de saúde dos adolescentes.

No entanto, as práticas voltadas para adolescentes não refletem essa compreensão. Embora tivessem conseguido vislumbrar alternativas de ampliação das práticas, considerando

inclusive a articulação com outras instituições sociais do bairro para a atenção à saúde dos adolescentes, essas ficam restritas à sugestões porque a realidade dos serviços parece limitar a criatividade e a possibilidade de acrescentar outras práticas na agenda de trabalho.

8 Referências

8. Referências

Alencar RA, Silva L, Silva FA, Diniz RES. Desenvolvimento de uma proposta de educação sexual para adolescentes. Ciência e educação. 2008;14(1):159-168.

Altmann H. A sexualidade adolescente como foco de investimento político-social. Educação em Revista. 2007; 46:287-310.

Altmann H. Educação sexual em uma escola: da reprodução à prevenção. Cad Pesq. 2009;39(136):175-200.

Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Ciênc e saúde coletiva. (Rio de Janeiro). 2011; 16(1):319-325.

Amarante AGM. Juventude no SUS: As práticas da atenção à saúde no Butantã [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Amarante AGM, Soares CB. Política públicas de saúde voltadas à adolescência e à juventude no Brasil. In: Borges ALV, Fujimori E, organizadoras. Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica. Barueri: Manole; 2009 p.42-59

Andrade PR, Ribeiro CA, Ohara CVS. Maternidade na adolescência: sonho realizado e expectativas quanto ao futuro. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS). 2009;30(4):662-668.

Aquino LA. Juventude como foco das políticas públicas. In: Castro et al. organizadores. Juventude e políticas sociais no Brasil. Brasília: IPEA; 2009.

Baraldi ACP et al. Gravidez na adolescência: estudo comparativo das usuárias das maternidades públicas e privadas. Rev. Lat Amer. De enf. Ribeirão Preto; 2007 15:799-805.

Bardin L. Análise de conteúdo. Ed revisada e actualizada. Lisboa: Edições 70; 2009 p.61-68.

Berlofi LM, Alkimin ELC, Barbieri M, Guazzelli CAFA, Fabio F. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de

um Programa de Planejamento Familiar. Acta paul Enfermagem. 2006; 19(2):196-200.

Birman J. Laços e desenlaces na contemporaneidade. J psicanal. 2007; 4(72):47-62.

Brandão ER. Gravidez na adolescência: um balanço bibliográfico. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Fiocruz e Garamond; 2006. p.61-94.

Brandão ER, Heilborn ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2006; 22(7):1421-1430.

Brasil. Gabinete Ministerial. Ministério da Saúde. Portaria nº 980 de 21/12 1989. Institui o Programa Saúde do adolescente.

Brasil. Casa Civil da Presidência da República. Lei nº.8080 de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: Uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. Rer. Saúde Pública. 2000; 34(3):316-319.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria e vigilância em saúde. Uma análise da situação de saúde. Brasília; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília; 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão e Estratégia Participativa. Departamento de apoio à gestão participativa. Saúde da família no Brasil: uma análise dos indicadores selecionados 1998-2004; Brasília; 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde.

Departamento de Atenção básica. Conhecimento em Gestão participativa – Relatórios e pesquisas. Brasília; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família no Brasil: Uma análise dos indicadores selecionados 1998-2005/2006. Brasília; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. [homepage na internet]. Brasil, 2011. [citado em 2011 ago 22]. Disponível em http://Saude.gov.br

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção básica e saúde da família. [homepage na internet]. Brasil; 2011a. [citado em 2011 ago 22]. Disponível em. http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#mapas

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à saúde da família. [homepage na internet] Brasil, 2011b. [citado em 2011 nov 10]. Disponível em http://dab.saude.gov.br/nasf.php .

Brasil. Ministério da saúde. Politica nacional de humanização-. Humaniza SUS [homepage na internet] Brasil, 2013. [citado em 2013 abril 13]. Disponível em
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area

Brêtas JRS, Silva CV. Orientação sexual para adolescentes: relato de experiência. Acta paul Enfermagem. 2005;18(3):326-333.

Camargo V. A relação trabalho-saúde dos enfermeiros no PSF da região de Vila Prudente-Sapopemba: Um estudo de caso. São Paulo, [dissertação].São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Campaña A. Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre condições de vida e saúde. In: Barata RB, organizadora. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p.115-65.

Campos CMS. Reconhecimento das necessidades de saúde dos adolescentes. In Borges ALV, Fujimori E, organizadoras. Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica. Barueri: Manole; 2009 p.142-167.

Carvalho AM, Rodrigues CS, Medrado KS. Oficinas em sexualidade humana com adolescentes. Estudos de psicologia.(Natal). 2005; 10(3):377-384.

Corti AP, Souza R. Diálogos com o mundo juvenil: subsídios para educadores. São Paulo: Ação Educativa; 2005.

Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Siqueira-Batista R, Gomes AP, Franceschini SCC. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. Ciênc saúde coletiva.2009; 14(1)1347-1357.

Dadoorian D. Gravidez na adolescência: Um novo olhar. Psicologia Ciência e Profissão. 2003; 23(1):84-91.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS [homepage na internet]. Brasil; 2011.[citado em 2011 ago 22] Disponível em: www.datasus.gov.br.

Dias ACG, Teixeira MAP. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. Paidéia (Ribeirão Preto), 2010; 20(45):123-131.

Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. Cad Saúde publica. 2006; 22(11):2491-2495.

Ferreira AF, Ferriani MGC, Mello DF, Carvalho IP, Cano MA, Oliveira LA. Análise social da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. Cad Saúde Pública (Rio de janeiro). 2012; 28(2):313-323.

Franco TB, Merhy EE. Programa saúde da família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In Merhy EE et al., organizadores O trabalho em saúde: Olhando e experiênciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 4ª ed. 2007 p.55-123.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas 4ªed; 2007.

Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Estudos de caso sobre implementação da estratégia saúde da família em quatro grandes centros urbanos [relatório de pesquisa] Rio de Janeiro: ENSP/DAPS/NUPES; 2009.

Gontijo DT, Medeiros M. Tava morta e revivi: significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas. Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2008; 24(2):469-472.

Gurgel MGII, Alves MDS, Moura ERF, Pinheiro PNC, Rego RMV. Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência. Rev. Gaúcha Enfermagem. 2010; 31(4):640-646.

Heilborn ML, Salem T, Rohden F, Brandão E, Knauth D, Ceres Víctora et al. Aproximações sócio antropológicas sobre a gravidez na adolescência. Horizontes antropológicos. Porto Alegre. 2002;8(17):13-45

Heilborn ML. Experiências da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de janeiro: Fiocruz e Garamond; 2006. p.29-58.

Henriques BD, Rocha RL, Madeira AMF. Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da atenção primária do município de Viçosa, MG. Rev Med Minas Gerais. 2010a; 20(3): 300-309.

Henriques BD, Rocha RL, Madeira AMF. O atendimento e o acompanhamento de adolescentes na atenção primária à saúde: uma revisão de literatura. REME Rev min enf. 2010b; 14(2):252-256.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [homepage na internet] Censo demográfico. Brasil, 2010 [citado em ago 22]. Disponível em http://ibge.gov.br

Instituto Kaplan – Centro de estudos da sexualidade humana. [homepage na internet] [citado em ago 22 2012]. Disponível em http://www.kaplan.org.br/valesonhar_exibe.asp?id=52&idtit=19 http://www.kaplan.org.br/historico.asp

Jeolás LS, Ferrari RAP. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. Ciênc Saúde Coletiva. 2003; 8(2):611-620.

Junqueira V. Saúde na cidade de São Paulo (1989 a 2000). 2ª Ed. São Paulo:Instituto Pólis/Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2002 p.41- 46. .

Kassar SB, Gurgel RQ, Albuquerque MFM, Barbieri MA, Lima MC. Peso ao nascer de recém-nascidos de mães adolescentes comparados com o de puérperas adultas jovens. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2005; 5(3):293-299.

Kassar SB, Lima MC, Albuquerque MFM, Barbieri MA, Gurgel RQ. Comparação das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. Rev. bras Saúde Materno Infantil. 2006; 6(4):397-403.

Knauth D, Heilborn ML, Bozon M, Aquino EML. Sexualidade juvenil. Aporte para as políticas públicas. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M,Knauth DR, organizadores. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jóvens brasileiros. Rio de janeiro: Fiocruz e Garamond; 2006. p.29-58.

Lazarrini L; Gassert ML. Programa de prevenção da gravidez na adolescência: projeto Vale Sonhar – Sul. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. São Paulo, 2010. [homepage na internet] [citado em nov 21]. Disponível em http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1214

Levandowski DC, Schmidt MM. Oficinas sobre sexualidade e namoro para pré-adolescentes. Paidéia (Ribeirão Preto): 2010; 20(47):431-436.

Lima CTB. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. Rev Bras. De Saúde materno Infantil. 2004; 4(1)71-83.

Magalhães MLC, Furtado FM, Nogueira MB, Carvalho FHC, Almeida FML, Mattar R et al. Gestação na adolescência precoce e tardia: há diferença nos riscos obstétricos?. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2006; 28(8):446-452.

Maheirie K, Urnau LC, Vavassori MB, Orlandi R, Bairie R. Oficinas sobre sexualidade com adolescentes: um relato de experiência. Psicologia em estudo. 2005; 10(3):537-542.

Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva MA, Silva AMN. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. Texto e contexto - enfermagem. 2008; 17(1):131-140.

Margullis M, Urrest M. La juventude es más que uma palavra. In: Margullis M, organizador. La juventude es más que uma palavra. Buenos Aires: Biblos; 1996. P 03-12.

Martinez EZ, Roza DL, Caccia-Bava MCGG, Achcar JA, Dal-Fabbro AL. Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: análise espacial. Cad. Saúde Pública; 2011; 27(5):855-867.

Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. Rev Latino-Am Enfermagem. 2011; 19(1):123-30.

Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM, Pereira MJB, Almeida MCP. Discussão de famílias na estratégia saúde da família: processo de trabalho em construção. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(3):603-10.

Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM, Pereira MJB, Almeida MCP. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. Rev Latino-Am Enfermagem. 2009; 17(6):1001-8.

Melo MCP, Coelho EAC. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. Ciência e Saúde Coletiva. 2011; 16(5):2549-2558.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed.São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1994 p. 11.

Misoczky M.C. A agenda para reformas do Banco Mundial e a política de saúde: algumas notas para reflexão. Saúde em Debate; 1995; 47:5-7.

Monnerat GL, Souza RG. Da seguridade Social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. Rev katal. Florianópolis: 2011; 14(1):41-49.

Montaño C. Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez; 2003.

Moura ERF, Silva RM. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2004; 9(4):1023-1032.

Moura ERF, Silva RM, Galvão MTG. Dinâmica do atendimento em Planejamento Familiar no programa Saúde da família no Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2007; 23(4):961-970.

Neves Filho AC, Leite AJM, Bruno ZV, Gomes BFJ, Silva CF. Gravidez na adolescência e baixo peso ao nascer: existe associação?. Rev paul pediatr. 2011; 29(4):489-494.

Navarro V, Whitehead M, Doran T, Burström B, Helmet U, Costa G, Borrell C. The importance of the socioeconomic and political contexto f helath: social inequalities as a source of ill health. In: Navarro V. The political and social contexts of health. Amityville (NY): Baywood, 2004 p. 221-6.

Nogueira MJ, Silva BFA, Barcelos SM, Schall VT. Análise da distribuição espacial da gravidez adolescente no Município de Belo Horizonte - MG. Rev bras epidemiol. 2009; 12(3):297-312.

Osis MJD, Fagúndes A, Makuch MY, Mello MB, Sousa MH, Araújo MJO. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(11): 2481-2490.

Pantoja ALN. "Ser alguém na vida": Uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003; 19(2):335-343.

Paris J, Mengarda CF, frizzo GB. A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão de literatura. Saúde soc. 2012;21(3):623-36.

Paula KA, Palha PF, Protti ST. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O discurso do sujeito coletivo dos enfermeiros dos Nucleos de saúde da família do Distrito Oeste-Ribeirão Preto. Interface(Botucatu). 2004; 8(15):331-348.

Persona L, Shimo AKK, Tarallo MC. Perfil de adolescentes com repetição de gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal (CAISM-UNICAMP). Rev latino-am enfermagem. 2004; 12(5):745-50.

Pierre LAS, Clapis MJ. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010; 18(6):1161-1168.

Pinto NRS, Tanaka OY, Spedo SM. Política de saúde e gestão no processo de (re) construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(4): 927-938.

Pirotta KCM, Barbosa R, Pupo LR, Cavasin S, Umbehaum S. Educação sexual na escola e direitos sexuais e reprodutivos. Boletim do Instituto de saúde (São Paulo). 2006; 40:16-18.

PNUD- Programa das nações unidas para o desenvolvimento. [homepage na internet] 2012. [citado em 2012 fev 10]. Disponível em http://www.pnud.org.br/idh/.

Queiroz VM, Egry EY. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem fundada no materialismo histórico e dialético. Rev Bras Enferm.1988; 1(41):26-33.

Raupp RM, Monteiro DLM, Souza KS, Almeida JAG. Refletindo sobre os híbridos: aleitamento materno e gravidez na adolescência.Adolesc e saúde. 2011; 8(3):35-42

Reis AM. O sentido do movimento estudantil contemporâneo pela voz dos estudantes da saúde. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Reis MAS, Fortuna CM, Oliveira CT, Durante MC. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2007; 11(23):655-666

Rocha RCL, Souza E, Guazzelli CAF, Chambô Filho A, Nogueira ES. Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; 28(9):530-5.

Sabroza AR, Leal MC, Souza JPR, Gama SGN. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do município do Rio de Janeiro (1999-2001) Cadernos de Saúde Pública. 2004; 20(1):130-137.

Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pareira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. Rev Bras enfermagem. 2007; 60(6):659-664

Sano H, Abrucio, FL. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. Revista de Administração de Empresas. 2008; 48(3):64-80.

Santos SR, Schor N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. Rev saúde Pública. 2003; 37(1):15-23.

São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria de Saúde, [homepage na internet]. São Paulo, 2011. [citado em 2011 ago 23]. 2011a. Site disponível emhttp://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/esf/i ndex.php?p=17783

São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria de Saúde, [homepage na internet]. São Paulo, 2011b. [citado em 2011 ago 23].Site disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/esf/inde x.php?p=17783#avaliacao .

São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria de Saúde, [homepage na internet]. São Paulo, 2013. [citado em 2013 fev 14].Site disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/programas/index.php?p=5657

SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. [homepage na internet]. São Paulo, 2012. [citado em 2012 out 25]Site disponível em http://www.seade.gov.br/projetos/ipvs/

Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção Básica e PSF. Documento Norteador. Compromisso das Unidades Básicas de Saúde com a população. São Paulo; 2005.

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Coordenação da Atenção Básica Instrumento Normativo para monitoramento técnico, administrativo e financeiro dos convênios da Estratégia Saúde da Família no âmbito do município de São Paulo. São Paulo; 2008a.

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Índice de necessidades em saúde por Distrito Administrativo do Município de São Paulo. 3.ed. São Paulo; 2008b.

Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação CEINFO. O perfil dos nascimentos na cidade de São Paulo: Dez anos do SINASC. Boletim CEInfo. Análise- Ano VI. No. 04, Abril, 2011a.

Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação CEINFO. Diagnóstico Sintético da Saúde na Cidade de São Paulo. São Paulo; 2011b.

Secretaria Municipal de Saúde. Instituto via pública. Atlas da saúde da cidade de São Paulo. São Paulo: Instituto Via Pública; 2012.

Shimizu HE, Rosales C. As práticas desenvolvidas no Programa

Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde?. Rev bras enferm. 2009; 62(3):424-429.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica, 2001[citado em 2011 ago 23]. Disponível em http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/SIAB/si ab_acs.def

Silva CP, Dias MSA, Rodrigues AB. Práxis educativa dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Ciência e Saúde coletiva (Rio de Janeiro). 2009; 14(1):1453-1462.

Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. Rev Bras. Enferm. 2010;63(5):762-769.

Silva KS, Rozemberg R, Bonan C Chuva VCC, Costa SF, Gomes MASM. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. Ciência e Saúde coletiva. Rio de Janeiro: 2011; 16(5):2485-2493.

Silva MT, Silveira C, Quaggio FM, Colameo G. Análise da organização do trabalho no Programa Saúde da Família. In Inquérito com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF. São Paulo: Centro de Estudos de cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP: 2007 (Cadernos de atenção básica, Estudos avaliativos 3).

Silveira ALSS, Blay SL. Mães adolescentes em situação de rua: uma revisão sistemática de literatura. Rev.psiquiat. Rio Gde do Sul: 2010; 32(1):03-15.

Soares SM, Amaral MA, Silva LB, Silva PAB. Oficinas sobre sexualidade na adolescência: revelando vozes, desvelando olhares de estudantes do ensino médio. Esc. Anna Nery. 2008; 12(3):485-491.

Soares CB. Mais que uma etapa do ciclo vital: a adolescência como um construto social. In Borges ALV, Fujimori E, organizadoras. Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica. Barueri: Manole; 2009 p.03-21.

Soares CB. Juventude e saúde: concepções e políticas públicas. In: Dayrell J, Moreira MIC, Stegel M, organizadoras. Juventudes contemporâneas: um mosaico de possibilidades. Belo horizonte: Ed Pucminas; 2011 p.361-378.

Soares CB, Campos CMS, Leite AS, Souza CLL. Juventude e consumo de drogas: oficinas de instrumentalização de trabalhadores de instituições sociais, na perspectiva da saúde coletiva. Interface (Botucatu): 2009; 13 (28).189-199.

Soares CB, Campos CMS, Berto JS, Pereira EG. Avaliação de ações educativas sobre consumo de drogas e juventude: a práxis no trabalho e na vida. Trab. educ. saúde*:* 2011; 9 (1):43-62.

Solla JJSP, Reis AAC, Soter APM, Fernandes AS, Palma JJL. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. Rev. Bras. Saude Mater. Infant.: 2007; 7(4):495-502

Souza MM, BS, Almeida NAM, Munari DB. Programa educativo sobre sexualidade e DST: relato de experiência com grupo de adolescentes. Ver Bras Enfermagem.:2007; 60(1):102-105.

Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS; desatando nós, criando laços. In Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atençãoo à saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família. Salvador: EDUBRA, 2006. P.19-58.

Thumé E, Soares UM, Dilélio AS. Projetos e ações inovadoras na Atenção Primária saúde. In: Soares CB, Campos MSC, organizadoras Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri/SP: Manole; 2013 p.349-367

Trevisan L. Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS. Revista de Administração Pública: 2007; 41(2): 237-254.

Trindade RFC, Borges ALV. Gravidez na adolescência. In: Borges ALV, Fujimori E, organizadoras. Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica. Barueri-SP: Manole, 2009: 334-348.

Uchôa AC. Experiências inovadoras de cuidado no Programa Saúde da Família (PSF): potencialidades e limites. Interface. Botucatu. 2009; 13(29) 299-311.

Viana N, Soares CB, Campos CMS. Reprodução social e processo saúde-doença: para compreender o objeto da saúde coletiva. In Soares CB, Campos CMS, organizadoras. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri-SP: Manole, 2013 p.107-140.

Yazlle MEHD, Mendes MC, Patta MC, Rocha JSY, Azevedo GD, Marcolin AC. A adolescente grávida: Alguns indicadores sociais. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2002; 24(9):609-614.

9 Apêndices

Apêndice A – Nascidos vivos segundo idade da mãe e gestantes cadastradas por equipes da ESF

Quadro 1 - Nascidos vivos segundo idade da mãe. Brasil 2005-2009.

	2005	2006	2007	2008	2009
<20	661.137	632.881	610.372	599.238	574.766
< 15	26.752	27.611	27.963	28.678	27.802
15 - 19	634.385	605.270	582.409	570.560	546.964
> 20	2.373.959	2.312.047	2.280.956	2.335.590	2.306.815
total	3.035.096	2.944.928	2.891.328	2.934.828	2.881.581
Proporção < 20	21,7%	21,5%	21,1%	20,4%	19,9%
Proporção < 15 anos	0,87%	0,93%	0,96%	0,97%	0,96%

Fonte SINASC, DATASUS, 2011

Quadro 2 - Nascidos vivos segundo idade da mãe. Estado de São Paulo, 2005-2009.

	2005	2006	2007	2008	2009
<20	136.983	131.967	127.195	125.089	122.791
< 15	3160	3272	3386	3489	3519
15 – 19	133.823	128.691	123.809	121.600	119.272
> 20	482.124	472.118	468.314	476.783	476.118
Total	619.107	604.085	595.509	601.872	598.909
Proporção < 20	22,1%	21,8%	21,3%	20,8%	20,5%
Proporção < 15 anos	0,5%	0,5%	0,6%	0,6%	0,6%

Fonte SINASC, DATASUS, 2011

Quadro 3- Nascidos vivos segundo idade da mãe. Município de São Paulo 2005-2009.

	2005	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**
<20	25.263	24.463	23.677	22.948	22.689
< 15	719	775	765	885	847
15 - 19	24.554	23.688	22.912	22093	21.842
> 20	146.302	142.284	141.291	144.058	144.695
total	171.565	166.747	164.968	167.006	167.384
Proporção < 20	14,7%	14,7%	14,4%	13,8%	13,5%
Proporção < 15 anos	0,4%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%

Fonte SINASC, DATASUS, 2011

Quadro 4 - Gestantes cadastradas pelas equipes ESF. Município de São Paulo 2005-2010.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<20	3.872	4.535	4.535	4.914	5.261	5.983
> 20	18.930	22.019	22.134	23.366	26.059	28.425
total	22.802	26.671	26.669	28.280	31.320	34.408
Proporção < 20	17,0%	17,4%	17,0%	17,4%	16,8%	17,4%

Fonte SIAB, mês de referência Dezembro, 2011.

Apêndice B - Carta de solicitação de autorização enviada à Coordenadoria Regional de Saúde Sul

São Paulo, abril de 2012.

Ilma Srª. Ivanilda Argenau Marques

Prezada senhora,

Solicitamos sua autorização para a realização de coleta de dados para a pesquisa intitulada "**Práticas de equipes de Saúde da Família relacionadas à gravidez na adolescência.",** que tem por objetivo geral Identificar e analisar as práticas atinentes à gravidez na adolescência implementadas por equipes de Saúde da Família nos distritos administrativos de Campo Limpo e Vila Andrade. A pesquisa será realizada com os profissionais das equipes de saúde da família das UBS implementadas em parceria com a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Eistein. Os dados serão coletados após aprovação do projeto pelos Comitês de Ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

As informações obtidas somente serão utilizadas para fins de pesquisa e nos comprometemos a devolver os resultados em reunião aberta com convite para todos os trabalhadores das unidades e outros interessados.

Aguardamos sua resposta e estamos disponíveis para maiores esclarecimentos ou sugestões que V. Sª queira encaminhar.

Atenciosamente,

Daniella Garcia Gomez Navarro
Mestranda em Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Daniella Garcia Garcia Gomez Navarro, aluna do curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade e São Paulo, solicito por meio deste documento o seu consentimento para participar do estudo intitulado "**Práticas de equipes de Saúde da Família relacionadas à gravidez na adolescência.",** que tem por objetivo geral Identificar e analisar as práticas atinentes à gravidez na adolescência implementadas por equipes de Saúde da Família nos distritos administrativos de Pedreira e Cidade Ademar. Os dados para o estudo serão coletados por meio de entrevista com duração aproximada de 50 minutos e as respostas serão registradas em formulário específico. As informações obtidas estarão sob sigilo e serão utilizadas somente para fins desta pesquisa. Sua participação é voluntária e você pode recusar-se a participar do estudo ou abandoná-lo quando desejar. A sua participação não incorrerá em nenhum tipo de ônus para você, ou qualquer prejuízo em relação ao seu trabalho, assim como não haverá nenhuma remuneração financeira caso você participe. Os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos de caráter científico e por meio de publicação. Os resultados da pesquisa também serão apresentados em reunião onde serão convidados todos os profissionais das unidades que fizeram parte do estudo.

Informações a respeito do estudo poderão ser solicitadas a qualquer momento. O(a) senhor(a) poderá entrar em contato comigo pelo telefone (011)5031-7351 ou 8155-0593 ou por e-mail daninav@uol.com.br.

Atenciosamente,

_____

Daniella Garcia Gomez Navarro

Eu,_____, concordo em participar do estudo de acordo com o termo acima descrito.

São paulo,___ de _____de 2012.

_____

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Caso tenha alguma dúvida ou reclamação sobre os procedimentos éticos deste estudo, por favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, na Rua General jardim, 36 -2º andar, ou pelo telefone: 3218-4043 ou e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo pelo telefone: 3061-7548 ou e-mail edipesq@usp.br

Apêndice D – Instrumento de coleta de dados

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Tel.: (11) 3061 7652 Fax: (11) 3061 7662 – enssecre@usp.br

São Paulo – SP – Brasil | www.ee.usp.br

Projeto de Pesquisa: Práticas de equipes de saúde da família relacionadas à gravidez na adolescência

Pesquisadora: Daniella Garcia Gomez Navarro

1. Identificação da unidade

QNº ( )	**UBS:**	**Equipe:**
Distrito Administrativo:	( ) Campo Limpo	( ) Vila Andrade
Nº equipes ESF:	( )	
Nº equipes completas:	( )	
Tempo de implementação da ESF:	( ) anos	

2. Perfil do profissional que responde pelas práticas relacionadas à gravidez na adolescência

Profissão:	( ) médico	( ) enfermeiro	( ) AE	( ) ACS
Sexo:	( ) Masc	( ) Fem		
Idade:	( )			
Grau de escolaridade:	( ) fundamental	( ) ensino médio	( ) superior	( ) pós-graduação ( ) especialização
Tempo de graduação:	( ) anos			
Tempo de atuação na ESF:	( ) anos			
Tempo de atuação nesta equipe:	( ) anos			
Possui especialização ou qualificação na área	( ) Não	( ) Sim		
Se sim,	( ) Saúde da Família	( ) Saúde da adolescente	( ) Saúde Pública	( ) Outras

3. Percepção do profissional sobre o adolescente e a gravidez na adolescência

Você sabe quantos adolescentes estão cadastrados em sua área de abrangência? ( ) Não ( ) Sim
Fale sobre os adolescentes de sua área, suas características e problemas de saúde:
Como você se informa ou toma conhecimento a respeito das questões relativas à situação de saúde da população sob

responsabilidade da sua equipe?
Considerando que os adolescentes estão cadastrados, existe algum tipo de classificação desta população de acordo com critérios de risco ou vulnerabilidade? ( ) Não ( ) Sim
Sabe quantas adolescentes estão grávidas? ( ) Não ( ) Sim
Na sua opnião, por que essas adolescentes angravidaram?
Na sua opinião, qual o impacto gerado por uma gravidez na vida das adolescentes em sua área de abrangência?

4. Ações da equipe relacionadas à gravidez na adolescência

O que é feito na sua equipe em relação à gravidez na adolescência [resposta espontânea]?

Grupos educativos com adolescentes ( ) Não ( ) Sim
Quais são os grupos? ( ) Planejamento familiar ( ) Outros Quais?
Qual o conteúdo abordado? ( ) Aspectos biológicos da reprodução humana ( ) Métodos contraceptivos ( ) Mudanças corporais que ocorrem na adolescencia ( ) Sexualidade humana ( ) Aspectos culturais da sexualidade ( ) Relações de gênero ( ) Identidade sexual ( ) Tabus e crenças relacionados à sexualidade ( ) Valores e relações interpessoais ( ) Aspectos positivos da sexualidade -prazer, vínculo afetivo, aprendizado ( ) DST e Aids ( ) Planejamento da gravidez ( ) Uso de drogas ( ) Outros temas relacionados à saúde. Quais?_____ ( ) Relações com escola, família, trabalho ( ) Projeto de vida ( ) Outros
Onde são realizados? ( ) UBS ( ) espaços na comunidade (garagens, quadras, salões) ( ) equipamentos da comunidade (escola, Centro de juventude, associações de bairro) ( ) Outros
Quem coordena os grupos? ( ) médico ( ) enfermeiro ( ) AE ( ) ACS ( ) Outros
Quais as estratégias utilizadas para abordar o conteúdo? ( ) Exposição de conteúdo ( ) Exposição dialogada ( ) Oficinas e/ou atividades interativas ( ) Outros
Quem participa do grupo? ( ) adolescentes em geral ( ) adultos ( ) só as meninas/mulheres ( ) ambos os sexos ( ) Idade ( ) ( ) Ter vida sexual ativa ( ) ( ) Outros
Como os adolescentes são inscritos nos grupos? ( ) Iniciativa do adolescente ( ) Encaminhamento do ACS ( ) Por encaminhamento de outro profissional ( ) Outros
O que os levou a implementar o grupo?

Qual a finalidade do grupo?
Consultas para adolescentes ( ) Sim ( ) Não
Quais os profissionais que oferecem consultas para adolescentes? ( )Médico ( )Enfermeiros ( )Outros
Como são agendadas as consultas ? ( ) Iniciativa do adolescente ( ) Encaminhamento do ACS ( ) Por encaminhamento de outro profissional ( ) Outros
As consultas são: ( )Programadas de rotina ( ) Não programadas ( ) Eventuais/acolhimento
Questões relacionadas à gravidez são abordadas nas consultas ? Não ( ) Sim
Questões relativas à família ou rede de relações são avaliadas na consulta? ( ) Não ( ) Sim ( ) Não se aplica
A consulta médica se diferencia da consulta de enfermagem? ( )Não ( ) Sim ( )Não se aplica **Se sim**, em que aspectos se diferencia?
Visitas domiciliárias para adolescentes ( ) Sim ( ) Não
Além do ACS a equipe faz visitas de rotina para adolescentes? ( ) Não ( ) Sim **Se sim**,Aborda questões relacionadas à gravidez na adolescência em âmbito familiar? ( ) Não ( ) Sim Quem da equipe faz essas visitas? ( ) médico ( ) enfermeiro ( ) AE ( ) ACS ( ) Outros
O que leva a equipe a programar visitas eventuais ?
Questões relativas à família ou rede de relações são avaliadas na visita? ( ) Não ( ) Sim ( ) Não se aplica
Quem da equipe faz essas visitas? ( ) médico ( ) enfermeiro ( ) AE ( ) ACS ( ) Outros
Ações Intersetoriais ( ) Sim ( ) Não
O que promovem essas ações intersetoriais? ( ) Atividades culturais ( ) Atividades de lazer ( ) Qualificação profissional ( ) Inserção no mercado de trabalho ( ) Atividades esportivas ( ) Inserção do adolescente na escola ( ) Outros
Quais os equipamentos ou instituições envolvidos nessas ações? ( ) Escola ( ) ( ) Centros de juventude ( ) Igrejas ( ) Centros comunitários ( ) Associações de bairro ( ) Conselho tutelar ( ) Empresas ou comércio ( ) Outros
Todos os adolescentes são convidados a participar? ( ) Não ( ) Sim **Se não**, Quais são os critérios de inclusão?
Como são encaminhados ou inscritos nessas ações? ( ) Iniciativa do adolescente ( ) Encaminhamento do ACS ( ) Por encaminhamento de outro profissional ( ) Outros
Quem articula essas ações? ( ) médico ( ) enfermeiro ( ) AE ( ) ACS ( ) Gerente ( )Supervisão ou coordenação de saúde ( ) Outros
São atividades ( ) pontuais ( )contínuas

Teste de gravidez ( ) Sim ( ) Não
Agendamento prévio? ( ) Não ( ) Sim
Dia ou horário específico? ( ) Não ( ) Sim
Segue as mesmas rotinas e procedimentos das mulheres adultas? ( ) Não ( ) Sim Em que diferenciam?
Quem faz o teste? ( ) médico ( ) enfermeiro ( ) AE
Quem dá o resultado? ( ) médico ( ) enfermeiro ( ) AE
Há algum critério para a realização do teste entre as adolescentes? ( ) Não ( ) Sim Se sim, qual o critério? ( ) Idade ( ) Presença de um responsável ( )Participação em grupo ( )Outros
Caso o teste seja **positivo**, qual é o encaminhamento realizado pela equipe? ( ) Consulta de pré-natal com médico obrigatoriamente ( ) Consulta de pré-natal com enfermeiro obrigatoriamente ( ) Consulta de pré-natal com médico ou enfermeiro ( ) Grupo de gestante ( )Outros.
Caso o teste seja **negativo**, qual é o encaminhamento realizado pela equipe? ( ) Consulta com médico obrigatoriamente ( ) Consulta com enfermeiro obrigatoriamente ( ) Consulta com médico ou enfermeiro ( ) Grupo planejamento familiar ( ) Outros. Especificar
A equipes realiza algum monitoramento em relação às adolescentes que realizam o teste com certa frequência? ( ) Não ( ) sim
Pré-natal para adolescentes ( ) Sim ( ) Não
Consultas para gestantes ( ) Não ( ) Sim **Se sim**, Quem realiza as consultas ( ) médico ( ) enfermeiro Seguem o mesmo protocolo das mulheres adultas? ( ) Não ( ) Sim Em que se diferenciam? Além da avaliação clínica, questões relativas à família ou rede de relações são avaliadas na consulta? ( ) Não ( ) Sim ( ) Não se aplica
Grupos para gestantes ( ) Não ( ) Sim São exclusivos para adolescentes? ( ) Não ( ) Sim Todas as adolescentes são convidadas a participar? ( ) Não ( ) Sim Os parceiros são convidados a participar? ( ) Não ( ) Sim Quem coordena os grupos? ( ) médico ( ) enfermeiro ( ) AE ( ) ACS ( ) Outros Qual o conteúdo abordado? ( ) evolução da gestação e parto ( ) cuidados durante a gestação ( ) Cuidados com RN ( ) Amamentação ( ) Sexualidade durante a gestação ( ) Outros Quais as estratégias utilizadas para abordar o conteúdo? ( ) Exposição de conteúdo ( ) Exposição dialogada ( ) Oficinas e atividades interativas ( ) Outras Onde são realizados? ( ) UBS ( ) espaços no território (garagens, quadras, salões)

( ) equipamentos no território (escola, centro de juventude, associações de bairro)
( ) Outros

O que os levou a implementar esses grupos?

Qual a finalidade deste grupo?

Outros profissionais participam do planejamento dos grupos? ( ) Não ( ) Sim
Quais ( ) médico ( ) enfermeiro ( ) AE ( ) ACS ( ) NASF Outros

Visitas para gestantes adolescentes ( ) Não ( ) Sim
São as visitas mensais do ACS? ( ) Não ( ) Sim
Outros membros da equipe também realizam? ( ) Não ( ) Sim
São realizadas de rotina para todas as gestantes adolescentes? ( ) Não ( ) Sim
Se sim, qual a finalidade ( ) Visita do 3 trimestre
( ) Visita de puerpério
( ) Outras
Se não, para quem são feitas as vistas eventuais ?

Quem faz as visitas? ( ) médico ( ) enfermeiro ( ) AE ( ) ACS ( ) Outros
O que os levou a implementar essas visitas?
Questões relativas à família ou rede de relações são avaliadas nas visitas
( ) Não ( ) Sim ( ) Não se aplica

Outras atividades para gestantes adolescentes ( ) Não ( ) Sim
Se sim, o que mais é feito durante o pré-natal?

Quem implementa essas ações? ( ) médico ( ) enfermeiro ( ) AE ( ) ACS ( ) Outros
É uma atividade exclusiva para adolescentes? ( ) Não ( ) Sim
Todas as gestantes são incluídas essas atividades? ( ) Não ( ) Sim
O que os levou a implementar essas ações?

Qual a finalidade dessas ações?

Oferta de métodos contraceptivos para adolescentes ( ) Não ( ) Sim

Quais são os MACS disponibilizados para os adolescentes? ( )Preservativo masculino ( )Preservativo feminino ( )ACHO ( )ACHI ( )Diafragma ( )DIU ( )AE

Quais os critério para disponibilizar os métodos para as adolescentes?
( ) Com receita de qualquer serviço, retira-se na farmácia (exceto condom)
( ) Apenas com receita da UBS retira-se na farmácia (exceto condom)
( ) É necessário receita para retirada de condom
( ) É necessária a participaçãoo prévia em grupo educativo
( ) Idade
( ) Presença de um responsável
( ) Participação em grupo
( ) Outros

Onde os adolescentes tiram suas dúvidas quanto ao uso do método?
( ) É agendada uma consulta
( ) É encaminhado ao grupo educativo
( ) No atendimento eventual (acolhimento)
( ) Em visitas com outros profissionais

O enfermeiro prescreve algum método? ( ) Não ( ) Sim
Se sim, quais?
( )Condom ( )ACHO ( )ACHI
( )Diafragma ( )DIU ( )AE

Outras atividades com adolecentes ( ) Sim ( ) Não

O que mais é feito na sua equipe em relação a gravidez na adolescência?

O que os levou a implementar essas ações?

Que objetivos a equipe pretende alcançar ?
Onde são realizados? ( ) UBS ( ) espaços na comunidade (garagens, quadras, salões) ( ) equipamentos da comunidade (escola, Centro de juventude, associações de bairro) ( ) Outros
Quem coordena essas ações? ( ) médico ( ) enfermeiro ( ) AE ( ) ACS ( ) Outros
Outros profissionais participam do planejamento dessas atividades? ( ) Não ( ) Sim Quais? ( ) médico ( ) enfermeiro ( ) AE ( ) ACS ( ) Outros

5. Opinião dos sujeitos sobre ações atuais e futuras

Você acha que é necessário que sejam implementadas outras ações em relação à gravidez na adolescência na sua equipe? **( ) Não ( ) Sim**
Se sim, o que você acha que deve ser feito?
Quais as maiores dificuldades em ampliar o que já está sendo feito atualmente?
Quais as maiores dificuldades para manter o que vocês já estão fazendo atualmente?

Observações