

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA
ESCOLA DE ENFERMAGEM - UFBA

ARETUSA DE OLIVEIRA MARTINS

**O ADOLESCENTE E O PROCESSO DE CUIDAR:
PERCEPÇÕES DE ENFERMEIRAS DO PSF.**

SALVADOR – BA

2004

ARETUSA DE OLIVEIRA MARTINS

**O ADOLESCENTE E O PROCESSO DE CUIDAR:
PERCEPÇÕES DE ENFERMEIRAS DE PSF**

Dissertação submetida à avaliação para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, na área de concentração do Cuidar em Enfermagem, atendendo às normas do Programa de Pós – Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Aprovada, em Salvador, na data de 29 de outubro de 2003.

BANCA EXAMINADORA

Therezinha Teixeira Vieira _____
Doutora em Enfermagem e Professora Titular Aposentada da Universidade Federal da Bahia

Judith Sena da Silva Santana _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Darci de Oliveira Santa Rosa _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Marinalva Dias Querino _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

610.730692

M386

Martins, Aretusa de Oliveira.

O processo de cuidar do adolescente : percepção de enfermeiras do PSF / Aretusa de Oliveira Martins. – Salvador : UFBA, 2003.

138 f.

Orientadora: Therezinha Teixeira Vieira

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem.

Bibliografia: f. 113-118.

Inclui apêndices e anexos.

1. Enfermagem – Prática. 2. Adolescentes – Processo de cuidar 3. Saúde Pública. 4. Saúde do adolescente – PSF I. Título.

Dedico este trabalho a todos os profissionais que buscam, exaustivamente, respostas para desempenharem o processo de cuidar do adolescente, em especial às nossas princesas, sujeitos que contribuíram para a realização deste estudo:

Mulan, Iasmine, Cinderela, Bela, Alice, Branca de Neve, Rapunzel, Wendy, Ariel, Anastácia, Esmeralda, Pocahontas.

Dedico, ainda, aos adolescentes, fonte de minha inspiração e sujeitos do nosso cuidar.

Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, ao Pai celestial que, na sua infinita sabedoria e benevolência, esteve presente e atuante, como sempre em minha vida, em mais esta etapa de crescimento pessoal e intelectual confirmando que **“tudo posso naquele que me fortalece”**. (FILIPENSES 4, 13).

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, na pessoa da professora doutora Ângela Tamiko Tahara, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelo acompanhamento dado durante o curso de mestrado.

À Universidade Estadual de Santa Cruz, Departamento de Ciências da Saúde e Pró - reitoria de Pós -Graduação e Pesquisa, pela oportunidade a nós oferecida do convênio com a UFBA.

Às Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de Ilhéus e Itabuna, nas pessoas do Dr. Paulo Medauar e Dr. Paulo Bicalho, Secretários, respectivamente, pela liberação do campo de pesquisa.

À Professora Doutora Therezinha Teixeira Vieira, Coordenadora Local do Mestrado e minha orientadora, que com sua infinita paciência, benevolência, competência e vigor, sempre esteve disponível a orientar o meu caminhar, sem objeção de hora ou local.

Aos meus colegas do Mestrado, Alba, Ana Martha, Dejeane, Elizabeth, Fabrício, Geane, José Carlos, Paula, Rízia e Sharon que estiveram presentes e me deram força nos

momentos de dificuldades financeiras. Peço licença aos demais colegas para fazer dois agradecimentos especiais. À colega Dejeane, com a qual eu não tinha o menor contato e que estendeu-me, surpreendentemente, a mão em um momento tão difícil da minha vida. E ao meu colega e amigo Fabrício que recebeu, do meu marido, a tarefa de acompanhar-me, gestante de risco, no processo seletivo e que assim permaneceu, companheiro e amigo das tantas viagens à Salvador, bem como, à sua esposa.

Agradeço a todos os professores do curso de Mestrado em Enfermagem da UFBA, em especial, à professora Darci que me ensinou o verdadeiro significado do ensino humanizado, desempenhando o seu papel de *educadora*. Ao professor José Lucimar, com o qual debati por tantas vezes as minhas idéias. À professora Miriam Paiva, com a qual teimeei tantas vezes acerca do meu referencial teórico e a qual contribuiu, decisivamente, para os rumos que tomaram o meu trabalho, com valiosas sugestões.

Às professoras doutoras M^a Jésia Vieira, Marinalva Dias Querino e Darci de Oliveira Santa Rosa pelas contribuições durante o exame de qualificação do Curso de Mestrado.

Às professoras doutoras Judith Sena da Silva Santana, Darci de Oliveira Santa Rosa e Marinalva Dias Querino (suplente) que, como membros da Banca Examinadora, aceitaram contribuir para o aperfeiçoamento deste trabalho.

Ao Núcleo de Pós - Graduação e Pesquisa da UESC nas pessoas da subgerente, Andréa, às secretárias Alzira e, especialmente, Zaíra, e estagiários, sempre dispostos a fazer além das suas atribuições para facilitar o nosso caminhar.

À Edivaldina, secretária do Programa de Pós - Graduação da UFBA, pelo atendimento, sempre solícito.

À professora Enfermeira Mirian dos Anjos, a qual contribuiu oportunizando, na medida do possível, a minha participação nas atividades do curso.

Às colegas Amélia e Eliana, pelo apoio logístico quando da coleta de dados.

À professora Adélia Pinheiro pela contribuição dada aos meus projetos de trabalho e que torceu pela minha aprovação neste mestrado.

Ao meu compadre Matheus Araújo pela contribuição no ir e vir deste trabalho para Salvador.

À professora amiga Mércia Margotto, responsável pelo início da minha caminhada junto ao cuidar do adolescente, por sua amizade e apoio.

Às amigas Gilnéia, Mariluce e Thatyanna sempre dispostas a ouvirem minhas idéias e desabafos. À amiga Jamille, companheira que colaborou com as correções gramaticais deste trabalho. Ao meu tio José Humberto pela sua contribuição. À Jorge (meu sogro), Elenise (minha sogra), Daniela e Michele Bitencourt (minhas cunhadas) pelo apoio desde a seleção até a conclusão deste trabalho.

À minha família, Dalva (minha mãe), Helena e Etienne (minha irmãs) companheiras e incentivadoras, que durante todo este processo estiveram como alicerce. Ao meu *paidrasto* Juracy o qual estive, na sua infinita paciência, disponível para levar – me ao encontro das minhas entrevistadas.

Ao meu marido, amigo e cúmplice que dedicou todo o seu tempo livre, incluindo as suas férias, para transcrever as fitas das entrevistas e para fazer aquilo que estava ao seu alcance na realização desta etapa das nossas vidas.

E ao meu filho, fonte de toda a minha inspiração e motivação, o principal e verdadeiro motivo para que eu persistisse na conclusão deste curso, mesmo quando tudo parecia estar sendo contrário. Agradeço-lhe pela sua existência e por todo o seu amor.

E a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste trabalho.

Agradecimento a parte

Ao meu pai, o qual preferiu ausentar - se de mais este momento da minha vida mas, que me proporcionou um ensino básico, fundamental e de nível médio da melhor qualidade, ainda que extrapolasse a sua condição financeira, sem o qual não teria sido possível entrar na Universidade.

EPÍGRAFE

PORTAS

Se você encontrar uma porta à sua frente,

Poderá abri-la ou não.
Se você abrir a porta, poderá ou não entrar
em um nova sala.
Para entrar, você vai ter que vencer a dúvida,
o titubeio ou o medo.
Se você venceu, você deu um grande passo:
nesta sala vive-se.
Mas também tem um preço: são inúmeras as
outras portas que você descobre.
O grande segredo é saber quando e qual
porta deve ser aberta.
A vida não é rigorosa: ela propicia erros e
acertos. Os erros podem ser transformados em
acertos quando, com eles, se aprende
não existe a segurança do acerto eterno.
A vida enriquece a quem se arrisca a abrir
novas portas. Ela privilegia quem descobre
seus segredos e generosamente oferece
afortunadas portas.
Mas a vida pode também ser dura e severa; se
você ultrapassar a porta, terá sempre
essa mesma porta pela frente.
É a repetição perante a criação.
É a monotonia cromática perante o arco- íris.
É a estagnação da vida.
Para a vida, as portas não são obstáculos mas
diferentes passagens...

Içami Tiba

Resumo

RESUMO

O processo de cuidar do adolescente tem suscitado preocupações dos profissionais das diversas áreas de conhecimento, em especial, da educação e da saúde. Para que entendamos este processo precisamos considerar que a adolescência envolve alterações de natureza biológicas com aceleração do desenvolvimento cognitivo e estruturação da personalidade. No Brasil, existem, aproximadamente, 35 milhões de adolescentes. Este grupo, apesar de ser considerado sadio, está vulnerável a diversos problemas de saúde, entre eles, susceptibilidade às doenças infecciosas, problemas nutricionais, fatores de risco cardiovascular, doenças sexualmente transmissíveis, o uso/abuso de drogas, fragilidade da saúde mental, alterações de crescimento e desenvolvimento, além de outras circunstâncias próprias desta fase. Este estudo teve como objetivo *apreender e analisar as percepções das enfermeiras, que atuam nas unidades do PSF (Programa de Saúde da Família), das cidades de Itabuna e Ilhéus, sobre o adolescente e o processo de cuidar*. É um estudo descritivo de abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas. Os sujeitos foram oito enfermeiras do município de Itabuna e quatro do município de Ilhéus, no estado da Bahia, que atuam nas unidades do PSF. Foi utilizado como referencial teórico a literatura sobre a temática e as políticas públicas de saúde voltadas para a adolescência, com ênfase no PROSAD e no PSF. Os dados apontaram que as enfermeiras têm percepções variadas acerca do adolescente tais como, um ser em fase de transição/transformação; um ser complicado, agitado, inquieto, inconstante e desinformado; e sem referência no serviço de saúde. Quanto aos sentimentos acerca do cuidar do adolescente, as enfermeiras sentem-se despreparadas, sem capacitação, necessitando de treinamento específico, educação continuada; sentem a necessidade de parcerias com grupos da comunidade; algumas não gostam de trabalhar com adolescentes, acham difícil; outras se sentem, ainda, inseguras, angustiadas e desanimadas. Tais percepções e sentimentos podem estar influenciando na situação em que se encontra a saúde dos adolescentes nas unidades onde atuam as entrevistadas, a qual não é trabalhada, especificamente, e, quando acontece é no contexto da saúde da mulher ou em palestras esporádicas sobre sexualidade. Como fatores que refletem na abordagem ao adolescente e no processo de cuidar deste, identificamos: a necessidade de um espaço físico; a formação acadêmica pouco direcionada para o adolescente; tabus e valores impregnados nas enfermeiras; imposição de conceitos por parte das enfermeiras que não oferecem oportunidade ao adolescente de expressar seus próprios conceitos, de desenvolver um pensamento crítico; e a falta de capacitação específica para atuar no processo de cuidar do adolescente. Esperamos que este estudo possa contribuir com os profissionais, estimulando-os a exercitar um esforço conjunto visando a mudança da situação em que se encontra o processo de cuidar de adolescentes, nas unidades do PSF.

Palavras chave: Adolescente; Processo de Cuidar; Enfermagem no PSF.

Abstract

ABSTRACT

The process of taking care of an adolescent has raised the concern of professionals from a variety of knowledge fields, especially Education and Health. In order to understand this process, we considered that Adolescence involves biological changes with cognitive development acceleration and personality structure. In Brazil, there are 35 million adolescents approximately. Despite being considered healthy, this group is vulnerable to several health problems such as susceptibility to infectious diseases, nutritional disturbances, risk for heart diseases, sexually transmissible diseases, drug use, mental health frailty, growth and development alterations, in addition to other inherent circumstances. This was a descriptive study which used a qualitative approach. The purpose of this study was to understand and analyze the nurses' perceptions, who worked at Family Health Program settings in Ilhéus and Itabuna, about the process of caring of adolescents. The subjects were eight nurses from Itabuna and four nurses from Ilhéus. Literature review was used as theoretical reference about the issue as well as public health politics towards Adolescence focusing on Adolescent Health Program and Family Health Program. Data were collected from semi-structured interviews. The study findings showed that nurses had different perceptions about adolescent such as, they perceived an adolescent as a being in transition; a complicated, agitated, unquiet, inconstant and not informed being; and without referral to Health Services. Concerning to their feelings about caring of adolescents, nurses thought they were not able to do so as well as they needed a specific training, continuous education and community partnership. Some nurses said they didn't like to work with adolescents, they thought it is difficult. Other nurses said they are unsecure, anguished and discouraged to work with adolescents. Such feelings and perceptions might have influenced the adolescent's health situation in those settings because it wasn't specifically addressed, and, when it was addressed, it was either within the Women's Health context or within sporadic lectures about Sexuality. As factors that reflected this approach of caring of adolescent, it was identified the need for a physical area; the academic formation not addressed to adolescents, taboos and values impregnated on nurses; concepts or develop critical thinking abilities; as well as the lack of specific training for nurses to work on the process of caring of adolescents. It is expected that this study may contribute to professional nurses by encouraging them to make a mutual effort on changing the process of caring of adolescents at Family Health Program settings.

Key words: Adolescent; Process; Caring; Nurse; Family Health.

SUMÁRIO

1	DESPERTANDO A IDÉIA DO ESTUDO..	18
2	O ADOLESCENTE E O PROCESSO DE CUIDAR	26
2.1	O ADOLESCENTE	26
2.2	A SOCIEDADE E O ADOLESCENTE	33
2.3	POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA O ADOLESCENTE	37
2.3.1	PROGRAMA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE - PROSAD	41
2.3.2	ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – ECA	45
2.3.3	PROJETO ACOLHER	47
2.3.4	PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	49
2.4	O CUIDAR DO ADOLESCENTE E A ENFERMAGEM	52
3	PROCESSO METODOLÓGICO	59
3.1	TIPO DE PESQUISA	59
3.2	CENÁRIO DA PESQUISA	59
3.3	SUJEITOS DO ESTUDO	61
3.4	COLETA DE DADOS	61
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	62
3.6	TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	63
4	ENTENDENDO OS DADOS DE CAMPO	65
4.1	CONHECENDO NOSSAS PERSONAGENS	65

4.2 PERCEPÇÕES DAS ENFERMEIRAS DAS UNIDADES DE PSF PESQUISADAS	
SOBRE O ADOLESCENTE E O PROCESSO DE CUIDAR DESTA-----	71
4.2.1 SÍNTESE DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS-----	72
4.2.2 DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS RELATIVAS ÀS PERCEPÇÕES	
DAS ENFERMEIRAS SOBRE O ADOLESCENTE E O SEU PROCESSO	
DE CUIDAR.....	73
4.2.2.1 PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS DO PSF SOBRE O	
ADOLESCENTE.....	73
4.2.2.2 SENTIMENTOS DAS ENFERMEIRAS DO PSF ACERCA DO PROCESSO DE	
CUIDAR DO ADOLESCENTE.....	82
4.2.2.3 SITUAÇÃO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DO ADOLESCENTE NAS	
UNIDADES DE PSF PESQUISADAS.....	93
4.2.2.4 FATORES QUE INFLUENCIAM NA ABORDAGEM E NO PROCESSO DE	
CUIDAR DO ADOLESCENTE.....	99
5REFLEXÕES FINAIS E SUGESTÕES-----	107
REFERÊNCIAS.....	112
APÊNDICES.....	118
ANEXOS.....	135

1- DESPERTANDO A IDÉIA DO ESTUDO...

O processo de cuidar do adolescente na sociedade brasileira, hoje, vem suscitando uma série de preocupações, especialmente na área da educação e da saúde. A problemática relacionada aos componentes desta faixa etária, em todos os seus aspectos, tem sido tema de debates de profissionais das referidas áreas.

Como alertam Barros e Coutinho (2001), embora a adolescência seja uma fase saudável da vida, não se pode ignorar que o adolescente está vulnerável a uma série de problemas de saúde, tais como a suscetibilidade às doenças infecciosas, problemas nutricionais, fatores de risco cardiovascular, doenças sexualmente transmissíveis, uso/abuso de drogas, fragilidade da saúde mental, além de alterações do crescimento e do desenvolvimento, entre outras circunstâncias próprias desta fase de vida.

São pertinentes as reflexões de Silva (2001), quando comenta os riscos individuais, de vários pontos de vista, para a gravidez na adolescência, situando como contratempos mais importantes os de natureza social e psicológica. Na realidade, apesar da liberdade de atitudes e de comportamentos aceitos pela sociedade nos últimos anos, a problemática da gravidez da adolescente configura-se em problema, não só no que diz respeito a ela própria mas à sua família e à sociedade, considerando as complexas razões sociais, econômicas e culturais. Especialmente, acrescentamos, quando se trata, sobretudo, das camadas mais excluídas da população.

Na população brasileira existem, segundo Ramos (2001), aproximadamente 35 milhões de adolescentes sinalizando importantes características nos perfis sócio- demográficos e epidemiológicos em todo o país.

Segundo esta autora, estudos apontam como principal causa de mortalidade na adolescência as oriundas de situações violentas descritas no grupo de Causas Externas, de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID-10), tendo maior destaque às causas relacionadas a acidentes e homicídios.

No ano de 2001, na cidade de Ilhéus, 11,7% da população tinha entre 10 e 14 anos e 12,2% entre os 15 e 19 anos totalizando 23,97% dos indivíduos entre 10 e 19 anos. Deste grupo, respectivamente, 17,1 e 4,4% das causas de internações foram devidas a doenças infecciosas e parasitárias; 25,4 e 8,1% por doenças do aparelho respiratório; 15,2 e 8,8% por doenças do aparelho digestivo; 8,5 e 3% por doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo; 1,9 e 1,8 % por neoplasias (tumores); 8 e 57,2 % por gravidez e parto, puerpério; 7,7 e 4,3% por lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüentes causas externas; 0,8 e 0,3% de causas externas de morbi-mortalidade.

Neste mesmo ano, em Itabuna, 10,74% da população tinha entre 10 e 14 anos e 12,04% entre 15 e 19 anos totalizando 22,78% dos indivíduos entre 10 e 19 anos. Deste grupo, respectivamente, 7,3 e 1,8% das

internações foram por doenças infecciosas e parasitárias; 5,5 e 3,5% por neoplasias (tumores); 27,1 e 4% por doenças do aparelho respiratório; 10,1 e 4,5% por doenças do aparelho digestivo; 7,7 e 2,5% por doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo; 8,7 e 67,8% por gravidez, parto e puerpério; 5,3 e 2,5% por lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüentes causas externas; 11,3 e 2,2% por causas externas de morbi-mortalidade segundo dados do IBGE. (SIA/SUS, 2002)

Considerando o adolescente no contexto social, Rocha (2001) apresenta os altos índices de evasão escolar e a maciça e precoce presença deles no mercado de trabalho, apesar das leis vigentes que lhe asseguram os direitos de proteção ao desenvolvimento físico e intelectual e delimitam o trabalho do menor na sociedade.

Um dado importante referente à educação nos municípios estudados é o índice de alfabetização na adolescência. No ano de 2000, em Ilhéus, entre os adolescentes na faixa de 10 e 14 anos, 85,8% eram alfabetizados, entre os de 15 e 19 anos, 91,7%. Em Itabuna, entre os de 10 e 14 anos, 91,5% do grupo estava alfabetizado e entre os 15 e os 19 anos 94,7%. (SIA/SUS, 2002)

Tomando como referência o Programa de Saúde do Adolescente - PROSAD, a adolescência é a faixa etária compreendida entre os 10 e os 19 anos, caracterizada pelo intenso crescimento e desenvolvimento, que se revelam em transformações anátomo-fisiológicas, psicológicas e sociais. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia - IBGE, 35.226.328 brasileiros compõem este grupo cuja vulnerabilidade aos agravos à saúde, às questões econômicas e sociais nas grandes vertentes de educação, cultura, trabalho, justiça, esporte, lazer e outros, acabam por determinar a imprescindível atenção específica e integral, com intervenções direcionadas e adaptadas às suas peculiaridades. (Brasil b, 1991)

O Ministério da Saúde lançou o PROSAD, definindo-o como um programa que tem como finalidade e diretrizes a promoção da saúde do adolescente de forma integral e interdisciplinar, que busca a identificação de grupos de risco, detecção precoce de agravos, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos desta faixa etária (BRASIL, 1996).

Por sua vez, fortalecendo as políticas públicas voltadas para a atenção ao adolescente contamos, a partir de 1990, com o Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA. Este veio substituir o Código do Menor, o qual

tinha um caráter punitivo, e consolidar alguns direitos constitucionais tais como, o direito à saúde e à educação. O ECA designa ações de cunho tanto protecionista quanto educativo. (BRASIL a, 1991)

Como profissional, tivemos um primeiro contato com adolescentes em 1995. Estabelecemos, então, uma intimidade relevante com as implicações deste grupo, uma vez que estávamos vivenciando, nessa época, os resquícios da nossa própria adolescência. Desenvolvemos, eu e mais quatro colegas, um processo de autoconstrução didática dentro da temática, facilitada pela colaboração de uma professora da Universidade que à época estudava, na mesma perspectiva, o adolescente.

Neste caminhar, tivemos dificuldades em encontrar publicações acerca do tema, e as existentes eram de difícil acesso. Instigada a continuar pesquisando e lendo sobre o assunto, a cada texto, artigo ou livro novo sobre a temática encontrado era como descobrir um tesouro. Nos inquietava e, ainda, nos inquieta a rarefação de literatura brasileira nesta área em relação às demais, uma vez que a importância demográfica e social desta faixa etária é evidente. Encontrar produção científica na área de saúde do adolescente, em geral, não foi fácil. Ádua foi à procura por material que fosse direcionado para a enfermagem, especificamente.

Analisando um levantamento bibliográfico realizado nos catálogos do Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem - CEPEn, da Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn, constatamos que, entre 1990 a 1998, dos 915 (novecentos e quinze) estudos produzidos, 3,71% correspondiam a produções sobre a saúde do adolescente, o que, segundo Correia (2000, p. 64), "demonstra, claramente, que os investimentos em pesquisa sobre a temática ainda são pequenos por parte da enfermagem".

Com base nos referidos dados, a produção científica, nesta área, concentra-se nas questões relativas à sexualidade e a reprodução na adolescência (gravidez na adolescência), com 38,46% dos trabalhos. Menos abordados, aparecem os temas como os programas de atenção à saúde do adolescente, violência, entre outros.

De um certo modo, podemos perceber que pais, professores, profissionais de saúde, profissionais da comunicação têm centralizado as preocupações em temáticas nem sempre colocadas em uma escala de prioridades, quando se trata do adolescente. Os noticiários dos meios de comunicação identificam pelo menos uma reportagem por dia, apontando o adolescente como protagonista. Se circularmos em um hospital geral é possível que encontremos, pelo menos, um adolescente por unidade. Caso uma diretora de uma escola seja

consultada, ela poderá, também, identificar, pelo menos, um aluno (adolescente) com problemas das mais diversas naturezas.

Tomando aspectos do sentido de saúde, dado pela Organização Mundial da Saúde - OMS, como "um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença..." (DECLARAÇÃO DE ALMA - ATA, 1978), poderíamos perguntar de que forma nós, profissionais de saúde, enfermeiras, estamos intervindo na saúde do adolescente?

Temos observado que em alguns cursos de graduação em enfermagem, a abordagem deste assunto vem limitando-se a uma referência ao PROSAD e, nos últimos semestres, a alguns enfoques sobre a questão da violência ao adolescente, o que consideramos ser muito pouco ante a complexidade do tema.

Em 1997, a grande demanda de solicitações por parte das escolas e dos próprios colegas, profissionais da saúde do município de Itabuna e das cidades circunvizinhas, aliadas à minha própria motivação pela problemática da adolescência, desde 1995, nos levaram, naquele momento, a encaminhar um projeto de extensão à Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC, denominado **Projeto Jovem Bom de Vida**. Naquela oportunidade, os componentes do grupo já não eram os mesmos do início, outros haviam entrado e saído e somente eu teimava em continuar. Quando, em 2000, retornamos a UESC, como professora substituta, nos foi oferecida à coordenação daquele projeto, o que prontamente aceitamos e, desde então, assumimos reestruturar o mesmo e, paralelamente, trabalhar com a sua demanda.

Nossas observações durante o desenvolvimento do referido projeto, indicam que há uma carência no preparo de profissionais de enfermagem para o cuidado ao adolescente. Recordamos que foi extremamente penoso, constrangedor e, algumas vezes, angustiante o início da nossa trajetória na atenção ao adolescente, logo que, por inúmeras vezes, nos deparávamos com tabus e os próprios contrapontos éticos-morais em nós impregnados. Assim, conceitos e preconceitos adquiridos durante o processo de nossa educação, foram obrigados a ser trabalhados, paralelamente, à execução das atividades por nós desenvolvidas. Certamente, fomos contemplados com a orientação da professora a quem nos referimos, anteriormente, que buscou cuidar das nossas angústias.

Em 2001, participamos do Curso de Especialização em Educação em Saúde, promovido pela UESC, através do Departamento de Ciências da Saúde e do Núcleo de Pós-Graduação e Pesquisa, apresentando a monografia de conclusão do curso intitulada “O Profissional Professor e a Educação Sexual na Escola: desafios e perspectivas”, quando tivemos a oportunidade de discutir o assunto a partir de duas categorias emergidas das entrevistas com os professores, sujeitos do estudo, que abordavam: “o professor e a educação sexual na escola pesquisada e seus desafios” e “as perspectivas dos professores quanto à educação sexual na escola”. Os dados deste trabalho nos serviram de incentivo para, mais uma vez, estudarmos o adolescente, agora na área da saúde, nesta dissertação de mestrado.

Desta forma, acreditamos que quanto maior for a intensificação dos esforços em produzir conhecimento na área de saúde do adolescente, mais rápido poderemos estar intervindo, positivamente, na saúde deste grupo.

Os profissionais enfermeiros, que têm sido articuladores e organizadores da atenção à saúde e que vêm assumindo cargos de incontestável poder político e social, despontam com a responsabilidade de intervir no processo de cuidar do adolescente. Para tanto, contam, neste momento, entre outros, com o Programa de Saúde da Família - PSF. Em verdade, o PSF não se caracteriza como um programa, uma vez que se apresenta como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial vigente. Na perspectiva do PSF, a família é o objeto essencial. A partir do ambiente onde vive e como o adolescente encontra-se inserido nesta família, a equipe do Programa de Saúde da Família pode tornar-se uma grande aliada no processo de cuidar do adolescente.

Mediante a problemática exposta e a necessidade de buscar subsídios para intervir no processo de cuidar do adolescente destacamos, como objeto deste estudo, *a percepção das enfermeiras que atuam nas unidades do Programa de Saúde da Família, nas cidades de Itabuna e Ilhéus, sobre o processo de cuidar do adolescente.*

Pressupomos que as percepções sobre o adolescente e o processo de cuidá-lo pelas enfermeiras que atuam nas unidades do PSF, sofrem a influência dos valores por elas vivenciados e de fatores sócio-culturais e econômicos vigentes.

O trabalho foi norteado pela questão: quais são as percepções sobre o processo de cuidar do adolescente das enfermeiras que atuam nas unidades do PSF, das cidades de Itabuna e Ilhéus? Neste intuito, foi objetivo deste estudo: *apreender e analisar as percepções, das*

enfermeiras que atuam nas unidades do PSF, das cidades de Itabuna e Ilhéus, sobre o adolescente e o processo de cuidar deste.

Utilizamos, como referência teórica básica para a discussão dos dados empíricos, as diretrizes do PROSAD e do Estatuto da Criança e do Adolescente, ao lado de uma literatura atualizada e pertinente à temática.

É possível que os dados resultantes desta pesquisa possam oferecer ajuda para o ensino nos cursos de Graduação em Enfermagem, nesta área, sobretudo, neste momento, quando as Escolas de Enfermagem vêm discutindo os seus Projetos Pedagógicos a partir das diretrizes curriculares. Poderá se constituir, também, em subsídios para a reestruturação do Projeto Jovem Bom de Vida, além de servir de base à criação de um núcleo de estudos sobre o adolescente, em nosso meio.

Com certeza, este será mais um passo para o fortalecimento de uma linha de pesquisa sobre o cuidar do adolescente, especificamente, o cuidar de enfermagem, contribuindo, assim, para a produção científica nesta área. Desta forma, esperamos poder colaborar, de modo eficaz, para a qualificação da atenção à saúde do adolescente, grupo, este, ainda não suficientemente assistido pelo sistema de saúde do país.

Este trabalho é composto por cinco partes, como seguem:

“Despertando a idéia do estudo...”, que é o presente capítulo o qual visa uma aproximação do leitor com o tema adolescência, a nossa motivação, a justificativa, bem como, a explicitação do nosso objeto de estudo, objetivos e relevância deste estudo.

“O adolescente e o processo de cuidar”, traz uma revisão da literatura contemplando os sub - temas ***O adolescente***, onde são explicitados e discutidos diversos conceitos acerca do adolescente e da adolescência, tomando como base fatores psicológicos, sociológicos e fisiológicos; A ***sociedade e o adolescente***, capítulo que discute, em geral, a inserção do adolescente na sociedade desde o seu surgimento até a sua atual situação; ***Políticas públicas voltadas para o adolescente*** subdividido em ***Programa de Saúde do Adolescente- PROSAD***; ***Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA***; ***Programa de Saúde da Família – PSF***; ***O cuidar do adolescente e a enfermagem***; e o ***Projeto Acolher*** onde foram feitos um

levantamento histórico acerca da saúde do adolescente e a apresentação das políticas públicas voltadas para esta faixa etária, trazendo, ainda, uma relevância ao cuidar de enfermagem.

“Processo metodológico”, capítulo que descreve as características metodológicas do trabalho, apresentando as etapas desenvolvidas para alcançar a sua finalização.

“Entendendo os dados do campo”, é um capítulo dividido em dois momentos: *Conhecendo nossos sujeitos*, o qual apresenta as nossas personagens; e *Percepções das enfermeiras do PSF acerca do adolescente e do processo de cuidar desta população - Análise das categorias temáticas*, que discute o objeto em estudo a partir de 04 categorias temáticas, com base nas políticas públicas voltadas para o adolescente, dando ênfase ao PROSAD e ao PSF.

“Reflexões finais e sugestões”, momento último, onde fazemos algumas considerações sobre o que foi identificado e analisado nos capítulos anteriores e sugerimos algumas diretrizes de intervenção, no intuito de contribuir com a promoção de mudanças na realidade do cuidar de enfermagem ao adolescente.

2. O ADOLESCENTE E O PROCESSO DE CUIDAR

Para fundamentar este estudo alguns pressupostos teóricos foram considerados, a partir de uma revisão criteriosa da literatura. Assim, serão abordadas, neste capítulo, quatro temáticas básicas, ou sejam: o adolescente; a sociedade e o adolescente; as políticas públicas voltadas para o adolescente; e o cuidar do adolescente e a enfermagem. Nas políticas públicas serão ressaltadas o Programa de Saúde do Adolescente, o Estatuto da Criança e do Adolescente e, também, o Programa Saúde da Família, por ter sido este o espaço ou local escolhido para a pesquisa. Foi considerado, ainda, o Projeto Acolher, preconizado pela ABEn, atendendo convite do Ministério da saúde. Estes se constituirão, mais especificamente, nos

referenciais básicos para nortear a análise de dados empíricos da pesquisa, tendo como pano de fundo o Cuidar do Adolescente pela enfermagem.

2.1 O ADOLESCENTE

Inicialmente, é pertinente ressaltarmos que adolescentes e jovens são dois grupos distintos, apesar de estarem sobrepostos. Donas (1992, p. 02), afirma que a Organização Mundial de Saúde define como adolescentes “a população compreendida entre os 10 e os 19 anos de idade, e como jovens o grupo compreendido entre os 15 e os 24 anos”, justificando que tal definição se dá devido a razões puramente estatísticas. Enfatiza que, em verdade, se considerarmos a adolescência como processo, esta pode tanto iniciar antes dos 10 anos quanto prolongar - se após os 19 a depender de fatores sócio – econômicos, os quais assumirão características diferentes em diversas classes e estruturas sociais. De acordo com a OPS e a OMS,

a adolescência constitui um processo fundamentalmente biológico de vivências orgânicas, no qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Abrange a pré-adolescência (faixa etária de 10 a 14 anos) e a adolescência propriamente dita (dos 15 aos 19 anos). Já o conceito de juventude resume uma categoria sociológica, que constitui um processo sócio-cultural demarcado pela preparação dos indivíduos para assumirem o papel de adulto na sociedade, no plano familiar e profissional. (RAMOS. 2001, p. 19-20)

Calligaris (2000), comparou o adolescente a um sobrevivente de um acidente aéreo que é acolhido por uma tribo a qual nunca teve contato com homens modernos. E discorre sobre as dificuldades de adaptação que este sobrevivente sofreria. Assim, este seria o adolescente que aterrissa sobre esta etapa do crescimento e desenvolvimento, de forma desavisada, e que terá que passar por todas as dificuldades de adaptação por esta proporcionada.

O Seminário Latino-Americano sobre saúde do Adolescente, realizado no Rio de Janeiro em outubro de 1977, define adolescente como o indivíduo “que se encontra em fase peculiar de transição biopsicossocial, período este caracterizado por transformações biológicas e busca de uma definição de seu papel social, determinado pelos padrões sociais em seu meio”. (VITIELLO. 1997, p. 01)

Saito e Silva (2001), situam a adolescência dentro das diversas áreas do saber e alerta que, em nenhum momento, ocorre uma definição consensual que resulte da pertinência e do equilíbrio de todas as áreas. De forma que:

Para a sociologia, a adolescência estaria na dependência da inserção do homem em cada cultura, sendo, portanto, produto singular de cada uma; a Antropologia a percebe envolvida por ritos de iniciação e passagem, até que seja alcançada a adultícia; o Direito se articula às questões da menoridade e maioridade e enxerga o adolescente conforme a legislação vigente; proposição mais exata tem a Medicina que vê a adolescência como período do processo de crescimento e desenvolvimento, caracterizada por grandes transformações biopsicossociais, iniciando-se com a puberdade e terminando no final da segunda década de vida. (SAITO e SILVA. 2001, p. 03)

Enfim, as duas últimas autoras, em nossa opinião, conseguem definir a adolescência visualizando, por conseguinte, o adolescente, com uma melhor clareza e versatilidade nas diversas áreas do saber. Zagury (1996) afirma que a adolescência é uma fase de transição do desenvolvimento, extremamente importante, com características muito próprias que conduzirão a criança a tornar-se um adulto, com capacidade reprodutiva. Ela ainda ressalta que ocorrem fases universais, com algumas variações, enquanto as psicológicas e de relações variam de cultura para cultura, de grupo para grupo e até entre indivíduos de um mesmo grupo. Aberastury et. al (1981) sintetizam as características da adolescência em dez sintomas:

- 1) busca de si mesmo e da identidade;
- 2) tendência grupal;
- 3) necessidade de intelectualizar e fantasiar;
- 4) crises religiosas, que podem ir desde o ateísmo mais intransigente até o misticismo mais fervoroso;
- 5) deslocalização temporal, onde o pensamento adquire as características de pensamento primário;
- 6) evolução sexual manifesta, que vai do auto-erotismo até a heterossexualidade genital adulta;
- 7) atitude social reivindicatória com tendências anti ou associas de diversa intensidade;
- 8) contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta, dominada pela ação, que constitui a forma de expressão conceitual mais típica deste período da vida;
- 9)

uma separação progressiva dos pais; e 10) constantes flutuações do humor e do estado de ânimo. (ABERASTURY et. al... 1981, p. 29).

Analisando, rapidamente, as características físicas e fisiológicas do adolescente, percebemos que, neste aspecto, são marcantes as alterações bruscas de medidas e a aparência geral que este assume. Sigaud e Veríssimo (1996), asseguram que a porta de entrada da adolescência seria a puberdade, caracterizada por um crescimento acelerado, denominado estirão, e desenvolvimento das características sexuais secundárias.

Leal e Silva (2001), lembram que nos últimos 100 anos, em virtude da melhoria das condições de vida, em especial da nutrição, observa-se um significativo aumento da altura final e antecipação da puberdade. Este compara que em 1840, na Europa, a idade média da primeira menstruação (menarca) era 17 anos, na década de 1970 reduziu para 13 anos apresentando uma antecipação de 3 a 4 meses a cada 10 anos. Segundo o autor, tal fato é semelhante no Brasil onde, em 1930, a idade média da menarca era 13,8 anos e, em 1970, esta idade declina para 12,5 anos.

Segundo Sigaud e Veríssimo (1996), a puberdade, nas meninas, inicia entre os 10 e 14 anos e termina aos 15 ou 16 anos. Nos meninos, tal evento inicia e finda-se mais tardiamente, com início entre 11 e 15 anos, finalizando aos 17 ou 18 anos. A autora delimita que o estirão ocorre no período de 24 a 36 meses, podendo haver um incremento estatural de 8 a 9 cm para as meninas e de até 10 cm para os meninos em um ano. O aumento ponderal se dá de forma simultânea ao estatural no sexo masculino e, 6 meses após no feminino. O curso do crescimento corporal acontece da extremidade para o tronco, cessando na mesma ordem, e o tronco é o principal colaborador para o aumento da estatura. Como o crescimento dos diversos segmentos do corpo do adolescente ocorre de forma desordenada, este tende a ter uma aparência disforme.

As referidas autoras discorrem, ainda, que no sexo masculino o crescimento é mais evidente em frente, mandíbula, maxilar superior e nariz. O tórax e os ombros são maiores nos

meninos enquanto, nas meninas, o alargamento do quadril é patente. Isto posto, as mudanças sexuais femininas cursam com o desenvolvimento mamário, alterações da secreção vaginal e crescimento dos pêlos pubianos e axilares. Com o surgimento da menarca, em geral, após o pico de crescimento estatural, variavelmente, aos 12 anos e meio a voz da menina passa a ser mais grave e nos dois primeiros anos, os ciclos anovulatórios e irregulares.

No sexo masculino, na descrição dos referidos autores, a maturação sexual começa com o aumento da genitália e das mamas; crescimento dos pêlos pubianos, axilares, faciais e corporais; e nas mudanças na voz e produção de espermatozóides.

Tratando de pele e anexos, estes autores lembram que na adolescência tornam - se mais ativas as glândulas sebáceas (principalmente, as situadas em face, pescoço, parte alta do dorso e do tórax, bem como as da região genital).

Tal ativação culmina em dois problemas que podem resultar em transtorno no convívio do adolescente com o grupo, tal como o aparecimento da acne e do odor desagradável. Os pêlos do corpo tornam - se mais numerosos, grossos e escuros, sendo em maior quantidade, habitualmente, no sexo masculino do que no feminino.

De acordo com Leal e Silva (2001), durante a puberdade, praticamente todos os órgãos têm grande desenvolvimento – coração, pulmões, fígado, rins, baço, pâncreas, tireóide, supra-renais, gônadas; o sistema nervoso central pouco cresce e, apenas, o tecido linfóide sofre involução. A elevação da pressão arterial, que era gradual até então, torna - se mais rápida na adolescência até manter os níveis pressóricos do adulto. Tal fato, decorre dos vários ajustes fisiológicos, do sistema cardiovascular, próprios desta fase, sendo este o momento ideal para o diagnóstico precoce da hipertensão arterial. Diga-se de passagem que a hipertensão arterial é predisponente para acidentes vasculares encefálicos e o infarto agudo do miocárdio, agravos responsáveis por 65% do total dos óbitos na faixa etária de 30 a 69 anos, atingindo a população adulta em franca fase produtiva. (BRASIL, 2002)

Durante a fase do estirão há um aumento significativo da capacidade física, mais marcante no sexo masculino, segundo Leal e Silva (2001), em decorrência do desenvolvimento do sistema cardiorrespiratório com aumento absoluto e relativo do coração e pulmões; alterações hematológicas: a testosterona age sobre a eritropoiese determinando o aumento da concentração de hemoglobina e do número de hemácias, resultando em uma melhor capacidade de transporte de oxigênio; aumento da massa muscular, da força e da resistência física. O acúmulo de tecido adiposo que havia começado, progressivamente, a partir dos oito anos, sofre uma desaceleração no início do estirão.

MacKenzie (1990), relata que os fatores neuroendócrinos amparam todas as características complexas e interativas que constituem a puberdade. De acordo com o autor, a puberdade é desencadeada pela diminuição da sensibilidade hipotalâmica aos níveis reduzidos de esteróides sexuais, que estiveram presentes durante a infância, o que provoca um aumento na secreção do fator de liberação do hormônio luteinizante (LH). Com a produção hipofisária de LH e hormônio foliculoestimulante (FSH) desencadeia uma maior produção de testosterona, estrogênio e progesterona pelas gônadas. Nas meninas, o mecanismo de feedback positivo sensível ao estrogênio é ativado no meio da puberdade provocando uma elevação do LH, ovulação e competência reprodutiva. Nos meninos, a elevação do LH é 10 a 20 vezes maior e estimula o aumento da produção de testosterona pelos testículos. Os androgênios são responsáveis, em especial, pelo crescimento linear em ambos os sexos, enquanto os estrogênios, apesar de presente em ambos os sexos, têm atuação direta na maturação dos ovários, útero, vagina, trompas, mamas e deposição de gordura nas mulheres. A progesterona atua com o estrogênio completando o desenvolvimento das características sexuais secundárias e mantendo a evolução.

Ramos (2001), afirma que na população brasileira existem, aproximadamente, 35 milhões de adolescentes, o que sinaliza importantes características nos perfis sócio -

demográficos e epidemiológicos em todo o país. A autora informa que, segundo estudos a respeito das causas de morbidade e mortalidade na adolescência a principal causa de mortalidade deste grupo é oriunda de situações violentas descritas no grupo de Causas Externas, de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID- 10), tendo maior destaque às causas vinculadas a acidentes de trânsito e homicídio. É, ainda, pertinente trazeremos algumas informações baseadas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do DATASUS/MS, do ano de 1997, ressaltadas pela autora, que de um total de 25.778 mortes entre 10 e 19 anos de idade, 63,5% foram conseqüências de causas externas, predominando as agressões (38,9%) e os acidentes de trânsito (27,8%), as quais são mais evidentes entre os 15 e os 19 anos (78,7%). Menos significativamente, estão as mortes relacionadas às doenças genéticas e malformações (6,8%), neoplasias (5,9%), aparelho respiratório (4,6%) e aparelho circulatório (4,5%).

Barros e Coutinho (2001), alertam que embora a adolescência seja uma fase saudável da vida, pouco suscetível às doenças, devemos estar cientes de que o adolescente, hoje, está vulnerável a um elenco de problemas de saúde, tais como suscetibilidade para doenças infecciosas (as quais poderiam ser evitadas com a atualização vacinal), problemas nutricionais (obesidade, bulimia, anorexia nervosa), fatores de risco cardiovascular (hipertensão arterial), uso/abuso de drogas (lícitas e ilícitas), doenças sexualmente transmissíveis e fragilidade da saúde mental (suicídio, doenças psicossomáticas). Entre outros entraves, próprios desta fase, encontraremos, ainda, alterações do crescimento, alterações do desenvolvimento puberal, distúrbios menstruais e patologias urológicas.

Um outro aspecto que costuma ser o centro das atenções, e, por muitos, supervalorizado, alarmado na adolescência é a sexualidade. Afinal, Gandra et. al. (2002) comentam que a partir da adolescência, fica mais difícil ignorar os desejos sexuais que se tornam, simultaneamente, estranhos e atraentes. Esta frisa que, além da conturbação

hormonal, característica desta fase, o sentimento de insegurança, para alguns adolescentes, torna – se angustiante, em virtude das informações recebidas durante a infância, bem como, as cobranças do meio, que são, muitas vezes, repressoras, proliferando as incertezas.

Por fim, contrariando a ordem de importância habitualmente atribuída, faremos uma breve referência à gravidez na adolescência. Acreditamos ser pertinente trazer as colocações de Silva (2001), quando este nos informa que numerosos dados demonstram riscos individuais de vários pontos de vista para a gravidez na adolescência mas, no entanto, na atualidade, os riscos e contratemplos mais importantes são os de natureza social e psicológica.

Segundo o autor, este tipo de gravidez, apesar da liberdade de atitudes e comportamentos adotados pela sociedade nos últimos anos, devido a complexas razões sociais, econômicas e culturais, acaba por configurar – se em problema para o adolescente, sua família e a sociedade. Neste período, antecipam - se diversos acontecimentos que, combinados, desorganizam a harmonia do desenvolvimento pessoal e do seu núcleo familiar. A mãe adolescente não é a única afetada pelas tensões decorrentes desta situação. Envolve, ainda, o seu parceiro, reconhecido ou não, e, peculiarmente, a sua família que terá que assumir atitudes e atividades que visem reduzir a repercussão da situação sobre a criança ou não.

Consideramos, assim, que a fase da adolescência reflete, sobremaneira, na formação de um indivíduo adulto, de sujeitos cidadãos, sendo clara a dialética na relação entre o seu desenvolvimento e o da própria sociedade.

2.2 A SOCIEDADE E O ADOLESCENTE

Cavalcanti (1997), explica que há pouco mais de 300 anos não era feita menção alguma ao período de vida que denominamos, atualmente, de adolescência. Segue por

mencionar que o próprio conceito de infância surge no final da Idade Média, com a inserção dos comerciantes como segmento da força social numérica e qualitativamente importante. Mediante informações do autor, a adolescência é uma “invenção social” que desponta a partir do século XVIII, junto com a revolução industrial, sendo mais nítida na população urbana e melhor caracterizada quanto maior for o privilégio da classe social a que pertença. Destaca que três grandes variáveis podem ser indicadas como propulsora da sociogênese da adolescência: econômica, normativa e educacional. De modo que, se há condições econômicas privilegiadas, este período é prolongado, sendo pouco significativo em situação contrária.

No campo normativo, as leis trabalhistas que protegem e delimitam o trabalho do menor foi de fundamental importância, bem como, o incremento de um sistema educacional acessível à grande massa da população.

(...) o adiantamento do trabalho profissional pela crescente exigência de estágios probatórios e anos de formação escolar e técnica, são elementos sociogenéticos da adolescência e também causas ponderáveis do seu prolongamento. A tudo isto anexe o fenômeno de libertação das atividades sexuais sem a exigência do prévio casamento para sua concretização, adiando as responsabilidades da vida conjugal. (CAVALCANTI. 1997, p. 11)

Percebendo o adolescente no contexto social, Rocha (2001) aponta os altos índices de evasão escolar e a maciça e precoce presença deste no mercado de trabalho, principalmente, no mercado informal, apesar das leis vigentes, burlando os direitos assegurados por lei de proteção ao desenvolvimento físico e intelectual do adolescente.

A adolescência, segundo Zagury (1996), é um período de grandes perdas. Sales (1997), esclarece que o adolescente sofre a perda de seu corpo infantil, dando lugar a um corpo disforme; perde seus pais idolatrados na infância, pois descobre suas imperfeições e hipocrisias; descobre as injustiças e ambigüidades da sociedade. Todas as perdas atreladas às descobertas desta fase culminam com a crise de identidade. Neste processo, atritos familiares

são comuns e, na verdade, resultam do desenvolvimento do pensamento lógico e da criticidade: deixa –se de “enxergar o mundo através dos olhos dos pais” (Rocha; Tassitano; Santana . 2001, p.40) o que possibilita as descobertas supracitadas.

Camargo e Buralli (1998), quando definem família, a descreve como uma instituição que, ao longo da história, assumiu composição variável e que toma formas e finalidades diversificadas de acordo com o grupo social em que este se encontra inserida. A autora destaca alguns pontos negativos, tais como alguns costumes ou leis que se reverterem de formas e finalidades rígidas desencadeando, por vezes, conflitos e ambigüidades, além de reafirmar a positividade da família como núcleo afetivo de apoio e solidariedade.

Rocha et. al. (2001) assinalam que as famílias representam um sistema em constante transformação mas, que deve ser permeada, sempre, por atitudes de carinho, diálogo e coerência nos princípios disciplinares com proteção e, progressiva independência o que proporcionará ao adolescente o sentimento de ser amado, protegido e cuidado pela família. Tal postura, segundo as autoras, impedirá entraves emocionais e a identidade deste indivíduo estará estruturada, numa perspectiva otimista e realista de si mesmo. Esta coerência com os princípios disciplinares, segundo Tiba (1996), é imprescindível para o bom desenvolvimento do adolescente na sociedade. O mesmo alerta que disciplina e limites são essenciais e estes devem ser desempenhados, em primeira instância, pela família.

Assim sendo, torna-se evidente que o desenvolvimento saudável do adolescente está diretamente relacionado com os alicerces construídos para este, tendo a família um papel marcante neste processo. Não existem fórmulas para se formar adolescentes equilibrados, mas dentre tantas sugestões que encontramos, julgamos coerente o pensamento de Elias et. al.(2001) que acaba por resumir e reunir alguns conceitos quando destaca cinco áreas de atenção para a construção dos valores de adolescentes: *apreciação; pertencer; competência, confiança e contribuições.*

Segundo o referido autor, a apreciação desenvolveria o sentimento de ser amado e valorizado; o pertencer seria a necessidade em ter raízes em grupos sociais significativos, que forneçam metas e valores importantes, além da possibilidade de estar no meio de diversos contatos e relações; a competência e confiança seriam as conseqüências de inteligência emocional e social habilidosas necessárias para transitar no meio social, resistindo a impulsos prejudiciais, para responder conscientemente às oportunidades e pressões sociais, para desenvolver e manter relacionamentos positivos na família, no trabalho e na comunidade e para cumprir papéis essenciais para a cidadania. Por fim, as *contribuições*, são fornecidas à sociedade em decorrência do sentimento de que o indivíduo é importante e da percepção de que ele não é o centro das relações, de ideais e causas aos quais eles devem estar incorporados.

Partindo do pressuposto de que é importante a inserção do adolescente em grupos sociais significativos e que os grupos religiosos podem estar neste contexto, Zagury (1996) reforça que esta construção religiosa deve ser trabalhada durante toda a infância e pré-adolescência. Não delimitando ou impondo religiões mas, sim, alinhando bases éticas e religiosas que, certamente, influenciarão as atitudes de conduta satisfatória e benéficas à sociedade. Ou seja, o adolescente que está imerso em um grupo religioso pode ser um alento para a sua família, pois, possivelmente, estará menos exposto a situações de risco.

Uma outra instituição marcante na vida dos adolescentes é a escola. Independente das concepções político - educacionais pois, os diversos tipos de aprendizagem e relacionamentos ocorrem, alheias às propostas da instituição em questão (ROCHA, et. al. 2001).

Zagury (1996), assinala que nas camadas populares a escola e o estudo são extremamente importantes por serem, talvez, os únicos elementos de ascensão social. Além de manter o adolescente ocupado e longe das ruas. Nas classes privilegiadas economicamente é uma obrigação a freqüência a uma escola, e, então, é comum ocorrerem alguns contratemplos

em relação aos estudos: não querer mais estudar; “colar”, “matar” aula entre outros. Situações que, segundo a autora, são resultados da formação de uma postura crítica assumida pelo púbere que não lhe permite aceitar passivamente as coisas como são impostas. É uma fase que pode ocorrer em intensidade variável ou até mesmo não ocorrer e que a autora recomenda que mantenha –se a tranqüilidade e não abra mão de certos princípios.

É interessante analisarmos, ainda, que o jovem do século XXI está inserido em uma sociedade crescentemente consumista onde a necessidade de sobrevivência prevalece sobre o sonho do que “vai ser quando crescer”, o que acaba por comprometer o seu interesse pelos estudos. Stroili (2001) infere que a escola não pode se omitir desta realidade que assola os adolescentes mas, para ajudá-los, esta necessita de uma profunda e sincera revisão do seu papel social, como formadora de sujeitos cidadãos. A autora adverte que a condução psicoeducacional do dilema enfrentado pelo adolescente no processo de escolha profissional exige, das “instituições formadoras (família –escola), a consciência de que a escolha de uma carreira ou trabalho relaciona – se à formulação de um projeto pessoal, de construção de identidade” (STROILI. 2001, p. 171)

Uma outra questão que envolve diretamente o adolescente é a violência, visto que, segundo Santana e Ferriani (2001), o processo de adolecer implica em características que, por si só, lhe confere certo grau de vulnerabilidade, o que exige atenção e compreensão especiais. A autora segue esclarecendo que existem adolescentes expostos a variados graus de risco podendo, este, assumir o papel de vítima ou autor de violência. A definição do papel que este assumirá depende do contexto familiar e da realidade em que este esteja inserido. Devemos estar alerta de que diversos são os tipos de violência e que esta perpassa, também, o espaço familiar e institucional, entre outros.

Tanto acerca da violência quanto nos mais diversos aspectos, o adolescente tem seus direitos assegurados através da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Brasil a,1991): o

Estatuto da Criança e do Adolescente. O estatuto faz parte das políticas públicas voltadas para o adolescente.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA O ADOLESCENTE

Para entendermos com mais clareza a dinâmica política e social que envolve a atenção ao adolescente, no Brasil, é relevante trazermos um pouco da sua história.

Data de 1884, o primeiro serviço direcionado, especificamente, para adolescentes e foi desenvolvido para a escola de rapazes do sexo masculino na Grã Bretanha – a Associação de Médicos Escolares. Em 1904, é publicado o clássico “Adolescência: sua psicologia e a sua relação com a fisiologia, sociologia, sexo, crime, religião e educação”, do psicólogo americano Stanley Hall, o qual legitimou a adolescência como etapa peculiar. “O trabalho de Clínicas de Adolescentes da Faculdade de Medicina da Universidade de Stanford”, de Amélia Gates é publicado em 1918. Entre as décadas de 1920 e 1930 são formadas as primeiras equipes para estudar o desenvolvimento biológico e nutricional dos adolescentes na Universidade de Yale. Ainda nesta década, em Viena, são desenvolvidos trabalhos que levam à determinação da seqüência das características secundárias dos adolescentes. A partir do estabelecimento dos estágios da maturação sexual, com a publicação de “Estudos somáticos e endocrinológicos do varão púbere” de Greulich e col., J. M. Tanner sistematizou a avaliação sexual, os quais ficaram conhecidos como os critérios de Tanner, em 1942. (SAITO e SILVA, 2001)

Na década de 50 – médicos americanos e europeus desenvolvem a medicina de adolescentes como Hebeatría. (WIISTHOF, 2002) O autor citado, do Hospital Universitário de Hamburgo, na Alemanha explica que Hebeatría – de Hebe, deusa grega da juventude, é

uma especialidade que exige três anos de estudo do profissional após a residência em pediatria, nos quais estão inclusas muitas aulas de psicologia.

Correia (2000), faz um apanhado da relação da enfermagem brasileira com a saúde do adolescente ao longo das décadas relatando que, em 1970, são planejadas as primeiras ações em saúde, no Brasil, tendo a adolescência como alvo. Nesta proposta, as ações são específicas da enfermagem; entre 1974 e 1975, são desenvolvidas atividades através de práticas assistenciais e educativas voltadas para a chamada assistência materno - infantil.

Saito (2001) pontua que no Brasil, a primeira reunião de especialistas na área da adolescência ocorre em Brasília, em 1977, sendo patrocinada pela OPS/OMS. Em 1985, ocorre o I Congresso Brasileiro de Adolescentes.

Desde 1985, com a comemoração do Ano Internacional da Juventude e a elaboração de um dos primeiros marcos orientativos, sobre a questão, até a adoção do Programa de Ação da ONU para a juventude até Ano 2000 e Além... (CHAVES JÚNIOR. p. 45, 1999)

Em 05 de outubro de 1988, foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil que preconiza acesso universal à saúde e educação. Assim, atendendo às exigências desta Constituição, em 1989, é criado, pela Portaria do Ministério da Saúde nº 980/GM de 21/12/1989, o Programa Saúde do Adolescente (Brasil a,1991), fundamentado por uma política de promoção de saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos com tratamento adequado e reabilitação, de modo a respeitar as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Pelo programa, se deverá planejar e desenvolver práticas educativas e participativas que permeiem todas as ações direcionadas aos adolescentes, proporcionando aos mesmos os conhecimentos necessários à manutenção da saúde. Suas bases programáticas estavam apresentadas através da Coordenação Materno – Infantil (COMIN). Este programa deveria, também, colaborar para a implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente nos níveis federal, estadual e municipal, atuando junto com os conselhos dos direitos e os conselhos tutelares. (BRASIL, 1996). Ainda em 1989, a OMS, reunida em Genebra, oficializa a

Adolescência em programa de saúde, que passa a ser inserida nas propostas orçamentárias e, neste mesmo ano, é criada a Associação Brasileira de Adolescência. (SAITO e SILVA, 2001)

Na década de 90, a adolescência torna-se assunto específico nos debates nacionais, culminando em propostas articuladas com base na integralidade da assistência, a qual, mais uma vez, coloca o enfermeiro como participante efetivo na elaboração, articulação, implementação e execução de projetos nesta área. Em 1994, sua atenção é contemplada dentro dos Programas de Saúde Familiar, e, ainda neste ano, é aprovada a Portaria nº 1.721, de 15/12/94 do Ministério da Educação e Cultura, que inclui o estudo da adolescência na formação do enfermeiro. Nesse período, houve aprovação do Parecer 314/94, pela Portaria 1721/94, que entre outras resoluções, prevê o conteúdo mínimo do currículo de enfermagem dividido em cinco grandes áreas, que seriam as ciências biológicas, fundamentos de enfermagem, administração em enfermagem, educação em enfermagem e assistência em enfermagem, devendo a adolescência estar contemplada em todas elas. (CORRÊIA, 2000)

Chaves Júnior (1999) comenta:

...pela Assembléia Geral da organização, em 1995, mais de 144 países – ou seja cerca de 78% do total de membros da ONU – definiram modelos de política nacional de juventude, mas somente 73 países – precisamente 40% do total – implementaram um programa nacional de ação. (CHAVES JÚNIOR. p. 45, 1999)

Em 1998, a Sociedade Brasileira de Pediatria e a Associação Médica Brasileira reconhecem a Medicina do adolescente como especialidade médica. (FEIJÓ e COSTA, 2001).

A Associação Médica Brasileira, em 1999, estipula que a adolescência é área de atuação dos pediatras. Assim, a Sociedade Brasileira de Pediatria assume esta atividade desde a concepção até os 20 anos incompletos. (BARROS e COUTINHO, 2001)

Neste mesmo ano, a Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn estabeleceu convênio com a Área Técnica de Atenção a Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ) do Ministério da Saúde, no intuito de desenvolver um processo de atualização em saúde do

adolescente para enfermeiros, técnicos e acadêmicos filiados a esta sociedade. Com esse convênio é estabelecido o Projeto Acolher cuja intenção é incrementar o número de profissionais aptos a fornecer uma assistência básica à população adolescente, visando reduzir sua morbimortalidade e “desconstruindo os mitos de que atender adolescentes é trabalhoso” (ABEn, 2000).

Segundo Saito e Silva (2001) a OMS adotou como estratégia de aprimoramento da assistência a este grupo, a formação de recursos humanos aptos a desenvolvê-la dentro e fora das Universidades:

Tendo em vista o fato de que, no Brasil, vários serviços de adolescentes originaram-se junto à Universidade, a proposta desta atenção aos poucos se dissemina pelos cursos de Graduação e Pós- Graduação, difundindo as singularidades e características desta faixa etária, sempre reforçando a idéia de atendimento do ser humano como um todo biopsicosocial. A proposta de ensino da Medicina do Adolescente tornou-se realidade em várias faculdades de medicina e escolas médicas citando-se entre outros, a Faculdade de Medicina da USP, a Faculdade de Medicina da UERJ, a Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, a Faculdade de Medicina da UNESP, a Faculdade de Ciências Médicas da Fundação ABC e a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. (SAITO e SILVA. 2001, p.07)

Os mesmos autores informam, ainda, que, paralelo a este desenvolvimento do espaço acadêmico, há um fortalecimento na relação docente - assistencial, com a proliferação de cursos de sensibilização, capacitação e aprimoramento para profissionais das mais diversas áreas, com, a conseqüente, capacitação de equipes multiprofissionais para o cuidado do adolescente. Em 2001, na Bahia, acontece o VIII Congresso Brasileiro de Adolescência e, pela primeira vez no Brasil, ocorre o VII Congresso Internacional de Adolescência.

Na Bahia, existe o Centro de Referência do Adolescente Isabel Souto – CRADIS que tem como “objetivo principal a promoção, prevenção, desenvolvimento e orientação das ações nas áreas de saúde, educação e integração social”. (Bahia. 2002, p. 01) Neste Centro, são atendidos jovens de 10 a 24 anos e seus familiares, por profissionais de saúde, da educação e da ação social, considerando o trabalho, a justiça, o esporte, o lazer e outras atividades afins.

Suas áreas prioritárias são educação para cidadania; crescimento e desenvolvimento; orientação sexual; saúde reprodutiva; DST/AIDS; drogas; violência e maus tratos; orientação artística e as relações familiares.

Em se tratando de políticas públicas e considerando o objeto deste estudo, é pertinente trazermos à tona considerações acerca do PROSAD, do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA e do Programa de Saúde da Família – PSF.

2.3.1 PROGRAMA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE – PROSAD

O PROSAD, definido como um programa do Ministério da Saúde, tem como finalidade e diretrizes a promoção, integração, apoio e incentivo à saúde do adolescente, devendo ter um caráter intersetorial na busca da promoção da saúde, identificação dos grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos dessa faixa etária, de forma integral e interdisciplinar. (BRASIL, 1996)

São objetivos deste programa:

- ✓ Promover a saúde integral do adolescente favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, na busca da redução da morbi – mortalidade e os desajustes individuais e sociais;
- ✓ Normatizar as ações nas áreas prioritárias do Programa;
- ✓ Estimular e apoiar a implantação e/ou implementação dos programas estaduais e municipais, na perspectiva de assegurar ao adolescente um atendimento adequado às suas características respeitando as particularidades regionais e a realidade local;
- ✓ Promover e apoiar estudos e pesquisas multicêntricas relativas à adolescência;
- ✓ Estimular a criação de um sistema de informação e documentação dentro de um sistema nacional de saúde, na perspectiva da organização de um centro produtor, coletor e distribuidor de informações sobre a população adolescente;
- ✓ Contribuir com as atividades intra e interinstitucionais nos âmbitos governamentais e não - governamentais, visando à formulação de uma política nacional para a adolescência e juventude, norteadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. (BRASIL. 1996, p. 26.)

O programa tem como áreas prioritárias o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a sexualidade, a saúde bucal, a saúde mental, a saúde reprodutiva, a saúde do escolar adolescente, a prevenção de acidentes, a abordagem da violência e maus tratos, a

família, o trabalho, cultura, esporte e lazer visando a promoção da saúde, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação, aplicados permanentemente, visando a melhoria dos níveis de saúde da população adolescente. O mesmo ressalta que a determinação dessas áreas prioritárias não implica na fragmentação mas, sim, na sistematização das atividades no intuito de se atingir os objetivos deste programa. Sendo assim, é interessante assinalarmos alguns pontos importantes de cada uma destas áreas para que possamos entender a sua dinâmica. (BRASIL, 1996)

Ao priorizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento o PROSAD tem como objetivo identificar, precocemente, as alterações pubertárias e pândero - estaturais através da obtenção periódica e padronizada de dados que evidenciam o crescimento e o desenvolvimento; registro adequado destes dados utilizando como parâmetro um padrão de referência; identificação de fatores explicativos de possíveis deficiências detectadas; certeza da manutenção das atividades de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento possibilitando sanar os fatores que possam comprometê-los. Para tanto, faz-se necessária à captação precoce deste grupo; utilização de prontuários, ou outros impressos semelhantes, e sistematização da assistência. No que tange à sexualidade, preconiza-se o treinamento de profissionais para educação e aconselhamento sexuais, detecção e tratamento e/ou encaminhamento dos distúrbios relacionados à sexualidade. Coube ao PROSAD, quando se trata de saúde bucal, atividades preventivas de modo a ser coadjuvante dos serviços especializados. A saúde mental, neste momento, deve ser trabalhada com vistas à promoção, prevenção, detecção e tratamento e/ou encaminhamento de psicopatologias. É claro que, também é prevista a capacitação da equipe. (BRASIL, 1996)

Em se tratando de saúde reprodutiva, as recomendações deste documento é que se busquem estratégias educativas que possam inserir o adolescente como agente multiplicador do seu próprio grupo, promovendo um intercâmbio com a equipe de saúde interdisciplinar e outras que possibilitem o conhecimento de todos os aspectos que contemplam a saúde

reprodutiva. Nesta área, cabe, ainda, às doenças sexualmente transmissíveis. Seguindo as considerações da saúde do escolar adolescente é imprescindível considerar-se que se faz necessário o redimensionamento dos aspectos que evidenciam a relação da saúde do adolescente com o processo de aprendizagem. Considerando-se que, estatisticamente, a maior causa de mortalidade na adolescência são as oriundas de todos os tipos de acidentes e violência, a prevenção de acidentes torna-se um fator de incontestável relevância que deve mobilizar a todos: família, escola comunidade, transporte, serviços de saúde e outros. (BRASIL, 1996)

Mais do que qualquer outra área, precisa ser multisetorial e interdisciplinar, levando em consideração quatro princípios básicos: organização, investigação, educação/treinamento e legislação. A outra vertente deste programa é a integração do profissional de saúde com os demais setores envolvidos na prevenção e na assistência ao adolescente, uma vez que, atualmente, o trabalhador em saúde depara-se cotidianamente com a necessidade de ajudar jovens explorados e feridos no trabalho, expostos à prostituição, aos abusos sexuais, físicos e psicológicos, entre outros. Estudos comprovam, infelizmente, que é crescente a ocorrência de fatos violentos no ambiente familiar, comunitário e/ou institucional. Considerando que a família é caracterizada pela existência de laço consanguíneo e/ou afetivo, formalizado ou não por atos legais e mediante as suas funções de proteger, prover e definir limites é que não podemos esquecer que o profissional de saúde deverá envolvê-la nas ações que serão desenvolvidas com o adolescente. (BRASIL, 1996)

Mediante a vastidão das áreas programadas para alcançar a saúde do adolescente o Ministério da Saúde estabeleceu 10 estratégias para o seu sucesso:

- 1- Incentivar a implantação e implementação das ações de atenção integral aos adolescentes, dentro dos preceitos do Sistema Único de saúde (SUS);
- 2- Discutir e adequar às realidades locais, as normas estabelecidas;
- 3- Incentivar a ampliação de cobertura, de maneira que as ações básicas dirigidas a esse grupo populacional estejam disponíveis para todos;

- 4- Apoiar os esforços no sentido do aperfeiçoamento dos sistemas de referência;
- 5- Assessorar, sempre que solicitado, os grupos estaduais e/ou municipais na elaboração de programas e conteúdos técnicos de capacitação de recursos humanos;
- 6- Promover ações nas interfaces educação, cultura, esporte, lazer, trabalho e justiça;
- 7- Promover a participação dos adolescentes em ações educativas que permitam a esse grupo reconhecer-se como a si próprio e ao seu contexto familiar, comunitário e cultural, assim como permitir aos pais, educadores e sociedade o conhecimento da adolescência;
- 8- Incentivar fóruns de debates sobre os direitos dos adolescentes propiciando a criação de canais de expressão dos jovens;
- 9- Promover atividades de supervisão do programa e intercâmbio de experiências, objetivando homogeneizar e aprimorar o mesmo;
- 10- Avaliar, sistematicamente, o Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente, através de indicadores institucionais, da criação de mecanismos próprios à comunidade e dos adolescentes. (BRASIL, 1996)

Em 2001, o PROSAD estava implantado, oficialmente, nos 27 estados da federação e haviam sido treinados 130 multiplicadores em Atenção Integral à Saúde do Adolescente. Foram elaborados e distribuídos os seguintes documentos: Bases Programáticas do PROSAD; Normas de Atenção Integral à Saúde do Adolescente I, II e III; Violência e Maus – Tratos contra a Criança e o Adolescente; Prevenir a violência: um desafio para educadores; Crescer sem violência: um desafio para educadores; guia da Orientação sobre Sexualidade e Saúde Reprodutiva (“Ficar... por dentro!”); Adolescente Grávida e os Serviços de Saúde no Município (parceria com UNICEF); e Pranchas de Tanner. Foram implantados os chamados Centros Docentes - Assistencial que teriam a função de promover a excelência da assistência através da capacitação dos recursos humanos sob sua atividade de docência. (BRASIL b, 2001)

É verdade que este é um programa extenso e de uma significativa complexidade mas, que atende a abrangência e peculiaridade da adolescência.

2.3.2- ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - ECA

A Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA o qual estabelece as regras jurídicas, envolvendo o indivíduo até dezoito

anos e ajusta a legislação infrainstitucional à Constituição Federal de 1988. Este atende às diretrizes internacionais dos direitos humanos, revogando o antigo Código do Menor. Na nova lei todos os cidadãos na faixa etária até os dezoito anos, são atendidos independente de estarem em situação irregular ou não. Neste novo documento, são contemplados diversos direitos ligados à saúde desde o atendimento médico-hospitalar até a responsabilidade penal pelo não cumprimento às disposições do ECA. O direito à proteção à vida e à saúde é assegurado no artigo 7º de modo que é responsabilidade do Estado o desenvolvimento de políticas públicas que possibilitem o seu desenvolvimento sadio. Com base no SUS, o artigo 11º garante o atendimento médico quanto à promoção, proteção e reabilitação da saúde de forma universal, bem como o fornecimento gratuito, pelo Poder Público, de medicamentos, próteses e outros subsídios que possibilitem o tratamento e reabilitação. (PIROTTA e PIROTTA, 1999)

Ainda de acordo com os referidos autores, visando o apoio emocional com vistas à recuperação da saúde da criança e do adolescente, bem como, o controle da qualidade do atendimento prestado a este grupo, o ECA traz o artigo 12º, que prevê que os estabelecimentos da saúde devem proporcionar condições para a permanência, em tempo integral, de um dos genitores ou de um responsável, em caso de internação. O Estatuto dispõe sobre os mais diversos âmbitos tais como a violência e maus tratos, prostituição, abuso sexual, entre outros. Esses autores criticam a timidez do ECA no que diz respeito ao direitos sexuais e reprodutivos do adolescente. Apesar de considerar a relevância dos avanços deste em relação ao seu antecessor, o Código de Menores, ressalta que o primeiro é um documento moderno, normativo e democrático reconhecendo em larga escala os direitos humanos da criança e dos adolescentes. Considera-se o direito à saúde um direito humano assegurado pela legislação nacional e por documentos internacionais que implica na implementação de programas e políticas públicas e em uma gama de considerações acerca do papel do poder Executivo, do

Legislativo e do Judiciário para que este direito seja, efetivamente, exercido. (PIROTTA e PIROTTA, 1999)

Retornando à questão da violência, Zappa et. al. (2000) consideram que esta vem configurando-se em uma epidemia mundial e vem sendo considerada como uma doença devido às suas proporções assustadoras, findando como uma das principais causas de mortalidade na adolescência, seja por acidentes, homicídios ou suicídios. Os autores criticam que, apesar da caracterização da violência como uma doença, mediante o termo Síndrome da Criança Espancada, aumentaram os casos e publicações acerca do assunto. No entanto, reduziram e/ou estagnaram as ações preventivas e curativas.

É pertinente associarmos o artigo 13º do ECA ao artigo 70º do Código de Ética de Enfermagem (COREN- BAHIA, 1999/2002) à medida que o primeiro determina que em suspeita ou confirmação de maus – tratos contra a criança e ao adolescente deve ser, obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar local, sem comprometer outras providências legais; e o segundo proíbe o profissional de enfermagem de ser conivente com crime, contravenção penal ou qualquer outro ato praticado por qualquer membro da equipe de trabalho que infrinja postulado ético profissional. O que implica dizer que o profissional de enfermagem tem um compromisso ético no cumprimento do ECA, logo que, não denunciar às autoridades competentes de atos de maus tratos contra a criança e o adolescente, acaba por caracterizar – se em omissão.

2.3.3 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF

Antes de tratarmos do Programa de Saúde da Família, propriamente dito, é pertinente trazermos um pouco acerca do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, logo que este é o precursor do PSF.

Peres (2002), relata que depois do pacto Saúde para Todos no Ano 2000, oriundo da Conferência de Alma Ata, em 1978, os programas publicados no Brasil, entre eles os destinados ao ciclos vitais, tais como Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde do Trabalhador, Saúde do Idoso; e os destinados ao controle de agravos como Hipertensão, Diabetes, Tuberculose, Hanseníase, DST/AIDS, entre outros, foram reformulados e/ou ampliados à luz da Reforma Sanitária Brasileira das décadas de 70 e 80.

Infelizmente, segundo a referida autora, tais modificações não melhoraram as condições de vida da população brasileira. Situação que impulsionou outras iniciativas governamentais tais como programas de extensão de cobertura desenvolvidos pelos agentes de saúde em diversos estados do Brasil. Simultaneamente, o UNICEF iniciou, no Nordeste, uma experiência com Agentes Comunitários a qual foi proveniente de um trabalho semelhante desenvolvido em países africanos. A partir dos subsídios decorridos desta iniciativa, o Ministério da Saúde formulou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS.

Tal experiência foi tão positiva que em 1991 o Ministério da Saúde implantou, em âmbito nacional, o PACS iniciando pela região Nordeste, tendo como prioridades ações de educação em saúde e atenção ao grupo materno-infantil. Em 2002, o programa foi tão disseminado, que já contava com 166.487 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em atividade atendendo a 88 milhões de habitantes. A implantação do PACS desencadeou a implantação de um trabalho centrado nos princípios da territorialização e da adscrição da clientela, sob a responsabilidade, da sua microárea de atuação, o que corresponde a 150 famílias. O PACS é centrado, ainda , no princípio do controle social. (PERES, 2002)

Esta mesma autora nos informa, ainda, que em 1993, em decorrência da aceitabilidade e dos resultados obtidos pelo PACS e na tentativa de deferir as solicitações dos secretários de saúde no que tange ao apoio para a implementação da atenção básica é convocada, pelo ministro da saúde, uma reunião para discutir as bases da expansão do PACS.

Na ocasião, estiveram participando técnicos do Ministério, secretários estaduais e municipais, consultores internacionais e especialistas em Atenção Primária em Saúde - APS. A partir daí, em 1994, foi lançado o Programa de Saúde da Família - PSF com o desígnio de contribuir, terminantemente, para a organização e institucionalização do SUS. (PERES, 2002)

Em se tratando do PSF, devemos esclarecer que, apesar de ser intitulado de programa, o próprio Ministério da Saúde esclarece que este foge das características de programa logo que, não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Ele é uma estratégia que faculta a integração e fomenta a organização das atividades em um território delimitado, com o objetivo de proporcionar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados. Para o Ministério da Saúde é uma proposta de substituição do modelo assistencial vigente – a rede básica tradicional, de abrangência universal, com dimensões técnicas, políticas e administrativas inovadoras, assumindo o desafio da equidade.

É recomendado que a equipe de saúde da família seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1000 famílias, com um limite máximo de 4500 habitantes. Tal critério, obviamente, deve ser flexibilizado de acordo com a diversidade sócio - política e econômica de cada região, levando em conta, também, fatores como a densidade populacional e a acessibilidade aos serviços, além de alguns outros fatores peculiares à localidade. Deve ser composta por uma equipe mínima de enfermeiro, médico generalista, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem ser incorporados outros profissionais de saúde de acordo com a demanda e as características da organização dos serviços de saúde locais. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1997), é uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em equipe. É preconizado que as atividades sejam desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente, mediante o acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação.

Com esta estratégia, a atuação dos envolvidos, parte do pressuposto de que ao vivenciar a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, fica mais fácil identificar os problemas de saúde predominantes e permite elaborar, com participação da comunidade, um planejamento local voltado para prestação de assistência integral. Esta atenção é dada de forma contínua e baseada na demanda organizada ou espontânea, destacando as ações de promoção da saúde, desenvolvendo um processo educativo para a saúde, direcionado para a intensificação do autocuidado.

Neste contexto, ainda segundo o documento oficial do PSF (Brasil, 1997), o enfermeiro desenvolve seu processo de cuidar na unidade de saúde, na comunidade, em consonância e supervisionando os Agentes Comunitários de Saúde – ACS, e cuidando das pessoas da comunidade que necessitam de atenção de enfermagem. Compete ao enfermeiro, ainda ações de atenção básica de vigilância epidemiológica e sanitária às crianças, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso, desenvolvendo a capacitação permanente da sua equipe visando a constante qualidade da assistência. A atenção a este grupo está contemplada na proposta do Ministério da Saúde. Neste sentido, o enfermeiro traz no seu arcabouço de atribuições dentro do PSF, o compromisso ético de atender e captar esta demanda.

Antunes e Egry (2001) fazem algumas reflexões acerca do papel da enfermagem no PSF, tais como a necessidade de analisar e refletir acerca da sua pertinência e dos seus resultados no que tange à ampliação da garantia da atenção integral à saúde como um direito.

Desde a década de 80, quando a Associação Americana de Enfermagem reconheceu, oficialmente, a família como unidade de cuidado, a enfermagem teve que passar a compreender o envolvimento da família no processo de cuidar. Atrelado ao fenômeno da desospitalização, o qual foi determinante para a expansão do cuidado de enfermagem centrado na família, tornou-se um desafio, para a enfermagem e toda a equipe, implementar, na sua

assistência ao adolescente, procedimentos técnicos – científicos que incluam a família na assistência e no processo diagnóstico/terapêutico. (NASCIMENTO; ROCHA, 2002)

As citadas autoras explicam que a focalização do cuidado na família, depende de como a família é concebida pela enfermeira, bem como, esta implementa ações junto à mesma. Elas classificam a enfermagem da família em quatro níveis: o primeiro, é aquele em que a família é o contexto, onde o cliente ou membro da família está inserido. Deste modo, a enfermagem cuida deste indivíduo considerando a família como pano de fundo; no segundo nível, a família é o conjunto de seus membros. Nesta perspectiva, cada indivíduo da família é visto individualmente e não em interação. As autoras frisam que este é o tipo de cuidado, freqüentemente, implícito na grande parte das práticas de enfermagem em se tratando de saúde da família, onde cada um dos membros é visto, no entanto, individualmente; o terceiro nível, implica na intervenção direcionada aos subsistemas familiares, a exemplo da relação entre mãe e filho e marido e mulher; o quarto e último nível é aquele em que os cuidados de enfermagem são direcionados para toda família, que é vista como um sistema em interação, considerando a dinâmica familiar interna, a estrutura e o seu papel bem como, a relação entre os subsistemas da família e desta com o ambiente.

As referidas autoras findam por concluir, que a implementação do cuidado centrado na família representa o resgate desta na participação dos cuidados de saúde da criança e do adolescente.

Retomando o documento oficial do PSF (1997) trazemos aqui alguns aspectos do planejamento e a organização preconizados pelo mesmo para que se alcance os seus objetivos. A equipe de PSF deve cadastrar todas as famílias de sua área adscrita, bem como, fazer o levantamento dos indicadores epidemiológicos e sócio - demográficos da sua área os quais podem ser obtidos, também, por documentos oficiais, tais como IBGE, cartórios e secretaria de saúde. Para desenvolver as ações preconizadas pelo PSF, faz-se necessário o planejamento

ou programação local; a complementariedade; a abordagem multiprofissional; referência e contra-referência; educação continuada; estímulo à ação intersetorial; acompanhamento, avaliação e controle social.

Em se tratando de políticas públicas voltadas para o adolescente, é pertinente, ainda, citarmos a Declaração de Lisboa Sobre Políticas e Programas de Juventude, em consonância com o Plano de Ação de Braga, resultado do último Fórum Mundial de Juventude do Sistema das Nações Unidas os quais, em suma, reconhecem nos jovens um enorme potencial para o desenvolvimento e progresso social. (Chaves Júnior, 1999) O mesmo autor traça, algumas características para uma política de juventude, onde preconiza que esta deve ser integral, na busca da apreensão da problemática hebeátrica; orquestrada envolvendo todos os atores sociais direta ou indiretamente no processo; sistematizada; incisiva, de modo a apresentar estratégias de abrangência às diversas dimensões das problemáticas da adolescência; participativa, contribuindo para a estimulação de hábitos de conduta positivos; seletiva, apesar do cunho universalista, humanista e adequada ao contexto, destacando um caráter pragmático; e, ainda, ser descentralizada, valorizando o papel social dos atores locais na resolutividade dos entraves que as envolvem.

2.3.4- PROJETO ACOLHER

Em 2000, o Ministério da Saúde, através da ASAJ- Área Técnica Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem, convida a ABEn para a construção de um projeto que vise o desenvolvimento de ações integradas capazes de promover transformações no pensar e no fazer enfermagem, buscando a renovação do seu compromisso com a integralidade da assistência ao adolescente.

Desta parceria nasce o Projeto Acolher o qual tem como objetivo geral: “propor e desenvolver ações integradas que propiciem transformações no modo de pensar/fazer enfermagem na sua prática cotidiana, renovando seu compromisso com a integralidade da assistência d@* adolescente” (Vale, p. 7. 2001)

Assim, o Projeto Acolher desenvolveu-se em tempo recorde.de forma democrática, com estratégias operacionais baseadas nos seguintes objetivos:

- Criar infra-estrutura no país para implantar, implementar e avaliar as ações previstas no projeto;
- Promover a sensibilização dos profissionais de enfermagem para o atendimento do adolescente brasileiro, na perspectiva da integralidade;
- Estabelecer mecanismos de instrumentalização dos profissionais de enfermagem, para atuação junto ao adolescente brasileiro;
- Contribuir na construção de rede de cooperação de instituições governamentais e não - governamentais que trabalhem com o adolescente, inclusive na construção de sistema de referência e contra referência intra e intersetorial, em nível local. (NURSING, p. 9. 2000)

Deste modo, no intuito de contribuir para a qualificação dos profissionais que cuidam dos adolescentes brasileiros duas construções coletivas foram produzidas pelos consultores indicados pelas seções da ABEn os quais foram: “Projeto Acolher – Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro”, em 2000 e “Adolescer: compreender, atuar, acolher”, em 2001.

Este projeto caracterizou-se em um convênio cuja proposta foi feita e aceita com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), com a Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FREBRASGO) entre outras. Deste, originaram-se publicações: “Um encontro com o adolescente brasileiro” e “Adolescer: compreender, atuar, acolher”. Ambos foram lançados visando atender a um dos compromissos de contribuir para a qualificação dos profissionais que cuidam de adolescentes. São construções coletivas que buscam alcançar todas as nuances do processo de cuidar do adolescente norteando e oferecendo subsídios teóricos e práticos.

2.4 O CUIDAR DO ADOLESCENTE E A ENFERMAGEM

Ferreira (1988, p. 190) conceitua cuidar como "imaginar, meditar, cogitar, julgar, aplicar a atenção, o pensamento a imaginação, atentar, pensar, refletir. Ter cuidado, tratar. Prevenir, acautelar".

Para Boff (1999, p.33) "Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro".

Waldow (1999), assegura que o cuidar sempre esteve presente na história humana seja como forma de viver ou de se relacionar e que, por muito tempo, foi uma característica da enfermagem havendo, atualmente, uma tendência ao resgate desta. Ressalta, ainda, que, historicamente, o cuidar/cuidado tem sido associado às mulheres e a algumas profissões tais como as da área de saúde. Na visão da autora, todos cuidamos e somos cuidados, seja na família, seja nas relações interpessoais ou na escola.

Gonzaga e Neves-Arruda (1998), citadas por Arruda (1999, p.215) nos Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem esclarecem que "cuidar tem sentido de cuidar profissional, de cuidar materno/paterno e de cuidar amigo", explicando que o cuidar profissional é aquele executado pelos profissionais da equipe de saúde pressupondo a execução de procedimentos técnicos realizados com atenção e delicadeza, na busca de um atendimento de qualidade à clientela. O cuidar materno/paterno é desenvolvido com carinho, atenção e amor. Enquanto o cuidar amigo é caracterizado pelo tratamento carinhoso, delicado, gentil e compreensivo, em uma relação de aconselhamento e interesse. Tanto o cuidar materno/paterno quanto o cuidar profissional abarcam características do cuidar amigo.

Neves (2002) discorre que na história da enfermagem está sempre presente a manutenção da vida, tendo seu início com Florence Nightingale, propondo e demonstrando os

efeitos dos cuidados com o ambiente na promoção da saúde. Faz algumas reflexões acerca das concepções de Leninger quando esta defende que o cuidado é uma necessidade humana e que o cuidar é inerente à enfermagem e é um meio de obter saúde. De acordo com a autora, Leninger desponta no cenário mundial como pioneira na defesa da enfermagem como arte e ciência do cuidar.

Neves (2001) afirma que considera

a enfermagem como uma disciplina profissional que adota uma perspectiva teórico-filosófica característica das ciências humanas, que tem uma finalidade prática e social e é exercida através de um processo de trabalho compartilhado entre os membros da profissão, e que acontece em um sistema que é de natureza interdisciplinar. (NEVES, 2001, p.9)

A citada autora, acrescenta que as concepções do cuidar em enfermagem foram provenientes da reflexão dos enfermeiros, considerando as suas concepções pessoais e profissionais, bem como, as suas experiências mediante o relacionamento cotidiano com usuários e profissionais de saúde. Isto posto, o cuidar de enfermagem implica na execução de procedimentos técnicos envolvidos em princípios humanísticos.

Entendendo que cuidar envolve múltiplas dimensões de natureza empírica, ética, estética e pessoal, decide agrupar as concepções de autoras americanas e brasileiras, de acordo com a abordagem dominante, em correntes teórico-filosóficas compatíveis com a perspectiva cultural, organizacional, estética, existencialista e trans-dimensional. (NEVES, 2002, p.82)

Waldow (1992) explica que o cuidado proporciona à enfermagem e à sociedade uma nova perspectiva que as conduz ao desenvolvimento de novos conhecimentos. Continua esclarecendo que o termo cuidar é oriundo do inglês antigo – carion - e do gótico – kara ou karon. Quando utilizado, sintaticamente, como substantivo, este deriva de kara que significa aflição, pesar ou tristeza. Na função de verbo, cuidar exprime ter preocupação por, respeitar/considerar, no sentido de afeto, carinho, amor e simpatia.

Waldow(2001) alerta que, apesar de estar prevalecendo, na enfermagem, como uma atividade técnica, o cuidado humano nas profissões de saúde bem como na educação, não pode ser concebido desta forma. Ela defende que o processo de cuidar implica na maneira como acontece o cuidado, de modo que este esteja evidenciando atitudes de cuidar, ou seja, interesse, compaixão, afetividade, consideração de modo a estar proporcionando ao indivíduo alívio, conforto, ajuda, reestabelecimento, entre outros.

A autora faz uma análise crítica de que quando o cuidador desempenha uma atividade técnica sem envolver, naquele momento, corpo, mente e espírito, este não está cuidando, mas, tão somente, realizando um procedimento. O indivíduo deixa de ser sujeito e passa a ser um objeto, o que implica na ausência de envolvimento e compromisso com este. Se cuidar exige comportamento de envolvimento, respeito, carinho e atenção, não é exagero afirmar que o adolescente é um grupo que precisa, ser realmente cuidado sem indício de assistencialismo. O que implica em dizer que este necessita não apenas de ser atendido nos agravos à saúde, mas que depende muito mais do envolvimento do profissional no intuito de solucionar e/ou direcioná-lo para a solução do seu problema. O que acaba por encontrar na enfermagem o conjunto de atribuições que atendem às suas necessidades.

Arruda (1999), traz o pensamento de Silva (1998) quando esta explica que a relação de cuidado é evidenciada por uma relação de ajuda, onde é imprescindível a criação de um vínculo de intimidade com o outro o qual é proveniente da interação entre o cuidador e o ser cuidado.

Antunes (2001), comenta que a atuação da enfermagem direcionada para a família está em expansão e, para tanto, é necessária a análise e reflexão da pertinência dos resultados alcançados, comparando – os com a ampliação da garantia da assistência integral à saúde tal como direito social e universal. E prossegue, indicando que o maior desafio da enfermagem na saúde da família é o de “cuidar integralmente para que a vida plena e digna seja um direito.

Integridade entendida com velhos e novos cuidados para o processo humano de nascer, crescer, envelhecer no meio social” (ANTUNES. 2001, p. 105)

Tomando como base os pressupostos teóricos do cuidar e levando em consideração que o estudo trata da percepção da enfermeira acerca do cuidar do adolescente, julgamos coerente trazer, para este trabalho, as considerações de Silva e Zeitoune (2000) as quais propuseram – se a estudar a prática do cuidar/cuidado do adolescente no intuito de identificar como era a participação do enfermeiro neste processo. As autoras afirmam que o:

(...) enfermeiro tem papel importante dentro dos serviços de saúde sendo responsável pela criação de um vínculo entre os adolescentes e a unidade. Logo, é imprescindível que se integre às questões assistenciais, mostrando sua capacidade e competência ao realizar um atendimento eficaz a esta clientela. (SILVA e ZEITOUNE. 2000, p. 168)

Segundo as referidas autoras, o enfermeiro tem espaço assegurado e competência no que tange a assistência à saúde dos adolescentes, devendo atualizar - se e inserir no planejamento das suas atividades tudo que lhes compete, de modo a preencher as lacunas do cuidado prestado a este grupo.

É importante ressaltar, que, de acordo com o PROSAD, o cuidado ao adolescente deve incluir sua família, uma vez que esta estabelece vínculos com o adolescente que contribuem para a construção da sua identidade e integralidade como ser humano. Sendo assim, dentro do PSF a atenção ao adolescente deve ser direcionada para as suas necessidades e cuidados através de ações direcionadas para o próprio adolescente, sua família e o meio onde vive.

O PROSAD poderá oferecer ao adolescente apoio quanto ao desenvolvimento emocional e afetivo, quanto aos fatores de risco a que ele pode estar sujeito, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez não planejada e ao uso de drogas. (BRASIL a, 2001)

Ramos (2001, p. 13) afirma que a enfermagem tem responsabilidade fundamental na atenção à saúde dos adolescentes, buscando a equidade na realização das práticas, na

ampliação da autonomia e co – responsabilização no cuidado de adolescentes, ao lidar com a vida e na prevenção dos agravos que desenvolvem sofrimentos aos mesmos. A mesma autora alerta, ainda, que as práticas de saúde que tomam a adolescência como objeto de intervenção atribuem a esta fase “uma natureza a-histórica, estereotipada e naturalizada, situada como um conjunto de fenômeno biológicos e universais do processo de crescimento e desenvolvimento”. Esta perspectiva em que a adolescência é concebida revela uma atenção e intervenção limitada a aspectos restritos ao campo biológico. Saito (2001) completa que no cuidado do adolescente, em primeira instância, deve estar abolido o estereótipo de “aborrecente”.

Mandú e Paiva (2001), explicam que ao cuidar do adolescente visando a promoção da saúde é imprescindível que, no momento da consulta de enfermagem, sejam levados em consideração os diversos processos de vulnerabilidade, necessidades e agravos, de modo a não ignorar a diversidade humana, tampouco a adolescência inserida em um processo sócio-histórico. Para cuidar de adolescente é necessário o reconhecimento do perfil sócio - epidemiológico do grupo de adolescentes, na área onde o trabalho será desempenhado. O envolvimento profissional e comunitário extensivo aos adolescentes, de uma forma participativa, levará em consideração as necessidades e prioridades de atenção ao grupo. As autoras ressaltam que o cuidar de enfermagem deve desenvolver no adolescente, a autonomia e a responsabilidade acerca dos seus processos de vida. Sendo assim, a consulta de enfermagem do adolescente deve reconhecer vulnerabilidades sociais, institucionais e subjetivas, trabalhando com elas no âmbito individual; avaliar os processos orgânicos e psico-emocionais, identificando possíveis alterações; e articular os apoios mais amplos necessários.

O processo de cuidar de adolescentes exige do profissional um olhar holístico não apenas sobre o indivíduo que se pretende cuidar mas, sobre o ambiente onde este está

inserido. Possibilitando, assim, a percepção multidimensional de todos os aspectos, intrínsecos e extrínsecos pertinentes à saúde do adolescente.

4 ENTENDENDO OS DADOS DE CAMPO

Este capítulo compreende duas partes: *Conhecendo nossas personagens*, que faz uma descrição dos sujeitos da pesquisa; e *Percepções das enfermeiras do PSF acerca do adolescente e do processo de cuidar desta população - análise das categorias temáticas* o qual será desenvolvido a partir de quatro categorias temáticas, resultantes da análise dos dados empíricos, sendo considerados os objetivos e o referencial teórico adotado no estudo.

4.1 CONHECENDO NOSSAS PERSONAGENS

Batizamos nossas personagens com nomes de protagonistas de histórias infantis, do sexo feminino, cuja idade enquadra-se na adolescência. Julgamos que tal alusão é pertinente logo que as nossas Anastásia, Cinderela, Branca de Neve, Mulan, Esmeralda, Iasmine, Pocahontas, Bela, Ariel, Wendy, Rapunzel e Alice trazem durante as suas entrevistas, lembranças da sua adolescência, permeadas por uma nostalgia quase romântica.

Anastácia

Anastácia tem 30 anos, é católica, solteira e não tem filhos. Está formada há 07 anos, tem especialização em enfermagem obstétrica e trabalha há um ano e dois meses nesta unidade de PSF e antes trabalhava em uma unidade básica tradicional. Foi criada pela avó, vez que seus pais moravam na fazenda e esta precisava estudar. Lembra que seus pais, quando presentes, pouco conversavam sobre sexo, com ela.

Durante a minha criação meus pais não conversavam muito sobre sexo. (**Anastácia**)

Confessa que não se sente preparada para trabalhar com adolescente, o que é explicitado no seguinte depoimento:

Eu não me sinto preparada para trabalhar com adolescentes. (**Anastácia**)

Revela que já foi tímida, situação resolvida após sua passagem pela universidade. Na verdade, sua timidez está explícita todo o tempo em sua postura encolhida e no desviar do seu olhar.

Cinderela

Tem 26 anos, é católica, casada, não tem filhos, 4 anos e meio de formada é especialista em enfermagem médico-cirúrgico, veio de uma cidade do interior para estudar e, quando concluiu o curso, estabeleceu-se em Itabuna. Trabalha desde fevereiro de 2001 nesta unidade de PSF. Cinderela transmite ternura e segurança no seu olhar e na sua postura firme.

Conta que sua relação com seus pais sempre foi muito aberta contudo, sua mãe sempre sinalizava o tempo certo para as coisas acontecerem. Fato perceptível no depoimento abaixo:

Nesse lado eu tive uma educação muito boa, muito aberta, principalmente com minha mãe... com minha mãe eu sempre tive um diálogo muito aberto. Eu sempre tive muita liberdade, sempre fui muito esclarecida. Mas, sempre assim... as coisas tinham hora certa para acontecerem. (**Cinderela**)

Branca de Neve

Tem 38 anos, é protestante, solteira, tem uma filha adolescente, formada há 05 anos, é especialista em Educação em Saúde Pública. Tentou várias vezes trabalhar com

adolescentes e afirma que, infelizmente não atingiu este grupo. Como conta neste depoimento:

Tentei várias vezes. Iniciamos com um grupo de 13 adolescentes. Fizemos quatro reuniões com eles em dois meses, só que nós ficamos sem tema. Nós não estávamos preparados, nem eu nem o médico, para atendermos adolescentes. Estávamos fazendo um trabalho empírico, ou pela nossa experiência. **(Branca de Neve)**

Conta que na sua adolescência não teve muitas informações por falta de tempo dos seus pais. A família era muito numerosa. Não conversavam, também por fatores religiosos, fato descrito a seguir:

A minha criação foi exatamente como já coloquei: falta de tempo, família numerosa, os chefes da família muitas vezes não têm tempo, ou têm vergonha, por fatores religiosos, não conversam. Foi assim que aconteceu comigo. **(Branca de Neve)**

No entanto, na sua concepção, precisa trabalhar o adolescente, totalmente, diferente da forma que ela foi criada.

Eu adoro trabalhar com adolescentes. Pois são ávidos por informações. Eu só tenho dificuldades em trabalhar com o grupo porque não fui preparada mas, se eu fosse, seria o grupo que eu mais me dedicaria.(...) Eu tento protegê-los para não passarem pelas mesmas coisas que eu passei. **(Branca de Neve)**

Mulan

Nossa Mulan tem 37 anos, é católica, casada, tem um filho. Está formada há 06 anos, especialista em Saúde Pública/ Sanitarismo. Conta que na sua adolescência, passada a fase das festas, inseriu-se no grupo de jovens da igreja. Já fez terapia e biodança e confessa:

Eu acho muito difícil trabalhar com adolescente e, pessoalmente, se eu tivesse que priorizar este grupo, não priorizaria. Eu não gosto muito... **(Mulan)**

Conta como foi sua adolescência :

Minha adolescência foi muito diferente da dos outros adolescentes. O meu grupo de inserção foi à igreja, a religião. Até os 15 anos eu era de festa de namoros mas, depois, estava muito ligada com a igreja, com Deus, com o trabalho com pessoas carentes. Visitava muito a periferia para ajudar as pessoas, cuidar. Foi um pouco diferente dos outros adolescentes. **(Mulan)**

Acredita que a sua experiência em fazer terapia lhe forneceu base para trabalhos em grupo como demonstra no depoimento a seguir:

Depois da adolescência eu tive a oportunidade de fazer terapia. o que me deu embasamento para fazer trabalhos de grupo. **(Mulan)**

Esmeralda

Tem 48 anos de idade, é católica, casada, tem 02 filhas. Formada há 20anos, é especialista em Saúde Pública. Confessa que a sua criação foi muito distante, sem muita abertura. Não se lembra de ter tido orientações acerca de sexo e/ou outras dúvidas da adolescência. Hoje, tem uma filha casada e outra adolescente. Confessa que apesar de tentar ser aberta com elas, acha uma idade muito difícil. Como percebemos no depoimento abaixo:

Procuo entender o lado deles... só mandar e dizer o que é certo não dá. A minha filha de 11 anos me questiona demais... Eu acho uma idade complicada... **(Esmeralda)**

Iasmine

Iasmine tem 26 anos, é casada, não tem filhos ainda, é discípula (religião). Está formada há 04 anos e meio, não tem especialização, ainda. Teve que aprender tudo com a vida pois, na sua adolescência, morava longe dos seus pais. Queixa-se de não ter ao menos uma experiência pessoal de como falar de assuntos como sexo, outros tantos que atormentam o adolescente como demonstra no seguinte depoimento:

Eu tive que aprender tudo na cara e na coragem, não morava com meus pais. Hoje fico sem saber como chegar ao adolescente, porque eu não tinha quem chegasse até mim. Então, fica difícil. Se eu tivesse uma experiência com meus pais, ...como eles teriam tratado certos assuntos eu poderia até imitar, já que eu não tenho nenhuma outra forma de fazer isso. Nenhum treinamento, nenhum tipo de especialização nesta área. **(Iasmine)**

Pocahontas

Com seus 54 anos, é viúva, tem 03 filhas e frequenta a igreja presbiteriana. Pocahontas tem 23 anos de formada, é especialista em ginecologia/obstetrícia. Lembra que, na sua época de adolescente, os pais sabiam de tudo e bastava um olhar para direcionar o que deveria ser feito, ou não.

O nosso jeito de vestir, as saídas eram bem limitadas. Era uma época diferente...
(Pocahontas)

Confessa que já teve algum constrangimento em falar sobre sexo mas que, atualmente, já o superou.

Em certa época eu até ficava constrangida, hoje não. (Pocahontas)

Bela

Tem 32 anos, é casada e tem um filho. Está formada há nove anos, não pratica nenhuma religião e lamenta pela sua condição profissional não ter lhe possibilitado fazer uma especialização. Queixa-se, ainda, do modo como vem desenvolvendo seu trabalho, conforme o depoimento a seguir:

Eu me sinto como um beija-flor fazendo um pouquinho de cada coisa, superficialmente, e eu não me sinto bem com relação a isso. (Bela)

Demonstra timidez e extremo cuidado nas suas palavras.

Ariel

Ariel tem 25 anos, é solteira, católica. Formada há 02 anos e está fazendo especialização em Saúde Pública / Sanitarismo. Confessa que, mediante a forma como foi criada, ela acaba querendo conduzir o adolescente, como demonstra o próximo depoimento:

Por mais que não queiramos, mas, acabamos conduzindo de um modo com que eles (os adolescentes) para que eles façam as coisas mas certinhas. Vemos que a cultura influencia bastante. **(Ariel)**

Wendy

Aos 32 anos, é solteira, não tem filhos, católica. Está formada há 10 anos, é especialista em Educação em Saúde Pública, trabalha há 04 anos nesta unidade de PSF. Relata que já tentou trabalhar com adolescentes mas que o grupo dispersou. Confessa que seus valores influenciam quando precisa trabalhar com eles. Durante nossa entrevista, demonstrou interesse em saber como trabalhar com adolescente. Seu semblante explicitava um pedido de ajuda.

Quando vamos falar, por exemplo, de sexo oral os termos que eles (os adolescentes) utilizam, vão de encontro aos nossos valores. **(Wendy)**

Demonstra muito interesse em trabalhar com adolescentes mas, explica que fica sem saber como prosseguir, o que é explicitado no depoimento seguinte:

Eu sinto a necessidade e tenho vontade de trabalhar mas, preciso ser, ainda, capacitada.
Eu gostaria de trabalhar com adolescentes. Fui até para um congresso no Rio de Janeiro. Mas, o enfoque é sempre esse: educação sexual, drogas... E depois? Vai chegar o momento que já se falou demais sobre DST, demais sobre drogas, e aí?
(Wendy)

Rapunzel

Nossa Rapunzel tem 32 anos, é solteira, não tem filhos. Está formada há 06 anos. É espírita e conta que sua criação foi permeada por muitos tabus. Lembra que, apesar de sua mãe ter tido formação universitária, foram muitos os tabus quando foram conversar.

Acredita que se tivesse tido outro tipo de criação seria mais fácil para alcançar os adolescentes. Sentiu-se culpada, durante a entrevista, por não trabalhar com adolescentes.

Estou percebendo que temos culpa e que eu, por ser uma profissional da área de saúde, enfermeira e trabalho em uma equipe de PSF, de saúde pública que tem que ter uma demanda organizada, que tem que ter uma saúde da família direcionada para o ser, para a pessoa. Estou deixando passar esse adolescente... **(Rapunzel)**

 **Alice**

Tem 34 anos, casada, católica, não tem filhos. Está formada há 07 anos, trabalha há um ano nesta unidade de PSF, é especialista em Educação em Saúde pública. Lembra que é preciso imparcialidade ao trabalhar com adolescentes

Nós não podemos recriminar, nossa função é orientar. **(Alice)**

Alerta para a situação em que se encontra a saúde do adolescente e reforça a necessidade de capacitar-se.

Não estamos visualizando esta necessidade
Eu sinto a necessidade e tenho vontade de trabalhar mas, preciso ser, ainda, capacitada **(Alice)**

4.2 PERCEPÇÕES DAS ENFERMEIRAS DAS UNIDADES DO PSF PESQUISADAS SOBRE O ADOLESCENTE E O PROCESSO DE CUIDAR DESTES

As categorias temáticas que expressam as percepções das enfermeiras sobre os adolescentes e os cuidados a eles prestados, nas unidades do PSF, serão visualizadas, inicialmente, no seu conjunto, em um quadro síntese, e, posteriormente, através da discussão de cada categoria.

4.2.1 Quadro síntese das categorias temáticas

QUADRO 3: Categorias temáticas resultantes da análise dos dados levantados junto às enfermeiras do PSF. Itabuna e Ilhéus –Ba/2003.

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
Percepção das enfermeiras do PSF sobre o adolescente.	O adolescente é percebido pelas enfermeiras como um ser em fase de transição, de transformação em formação.
	O adolescente é percebido como um ser complicado, agitado, inquieto, inconstante e desinformado.
	O adolescente está sem referência no serviço de saúde.
Sentimentos das enfermeiras do PSF acerca do cuidar do adolescente	Ao cuidar do adolescente, as enfermeiras sentem-se despreparadas, sem capacitação... necessitam de treinamento específico, educação continuada
	Ao cuidar do adolescente, as enfermeiras sentem a necessidade de parcerias com grupos da comunidade (igrejas, escolas, etc) para desenvolver o cuidar do adolescente.
	As enfermeiras não gostam de trabalhar com adolescentes... acham difícil.
	Ao cuidar do adolescente, as enfermeiras sentem-se inseguras, angustiadas e desanimadas
Situação de atendimento à saúde do adolescente nas unidades de PSF pesquisadas	A saúde do adolescente não é trabalhada, especificamente, nas unidades pesquisadas.
	A saúde do adolescente é trabalhada, apenas no contexto da saúde da mulher (planejamento familiar e pré-natal).
	O adolescente, esporadicamente, participa das palestras sobre Sexualidade realizadas pela unidade.
Fatores que influenciam na abordagem ao adolescente e no processo de cuidar deste	A necessidade de um espaço físico influencia no processo de cuidar do adolescente.
	A formação acadêmica pouco direciona para o adolescente. Não prepara o profissional para abordá-lo..
	Os tabus e os valores impregnados nas enfermeiras, influenciam na dificuldade de abordagem e no processo de cuidar do adolescente.
	A imposição de conceitos por parte das enfermeiras não dá oportunidade ao adolescente de expressar os seus próprios conceitos... de desenvolver um pensamento crítico
	Falta de capacitação específica influencia no processo de cuidar do adolescente.

4.2.2 Discussão das categorias temáticas relativas às percepções das enfermeiras sobre o adolescente e seu processo de cuidar

Sua organização ficou estabelecida conforme o quadro 3, cuja distribuição deu-se entendendo que as categorias e suas respectivas subcategorias, são reflexos e conseqüências umas das outras.

Acreditamos que as percepções das enfermeiras do PSF sobre o adolescente influenciam nos sentimentos que estas têm acerca do cuidar deste, determinando a situação em que se encontra a saúde do adolescente nas unidades pesquisadas. Identificamos, por fim, os fatores que influenciam na abordagem e no processo de cuidar deste grupo.

4.2.2.1 Percepção das enfermeiras do PSF sobre o adolescente

Nesta categoria emergiram três subcategorias as quais foram resultantes do agrupamento de percepções por proximidade de significado. Sendo assim, destacamos que as enfermeiras do PSF percebem o adolescente como um ser em fase de transição, de transformação; como um ser complicado, agitado, inquieto, inconstante e desinformado; e que o adolescente está sem referência no serviço de saúde.

De acordo com as considerações de Leal e Saito (2001, p. 105) que afirmam que “é comum a qualquer linha de pensamento a percepção da adolescência como uma fase evolutiva do ser humano, caracterizada por intensas transformações biopsicossociais”, as enfermeiras entrevistadas trazem uma percepção coerente com a literatura em se tratando de fase de transição e transformação. Cinderela e Iasmine assim se expressam:

Eu percebo que a adolescência é uma etapa de vida peculiar em que estão presentes, não apenas as transformações fisiológicas, as quais são bastante conhecidas, mas, principalmente, uma transição emocional do pensar e do viver...
(Cinderela)

É uma transição da infância para a fase adulta que interfere não só com os hormônios, mas, também, com a personalidade, o psicológico.. **(Iasmine)**

Coutinho Júnior (1994, p. 11) afirma que a adolescência é uma “condição vivencial de passagem, um ritual de passagem”.

Na antigüidade, como não havia, ainda, a adolescência estabelecida como etapa de vida, os ritos de passagens eram deveras significativos, sendo marcados por um período de aprendizagem pelo qual o jovem passava com seu mestre. Na Idade Média, tal ritual era sinalizado quando o jovem era ordenado cavaleiro. A partir da década de 50, as transformações emergente exigem um redimensionamento da divisão de idade. (GANDRA et. al., 2002)

O rito de passagem implica em ajustes fisiológicos e anatômicos que vão desde o desenvolvimento de órgãos vitais como coração, pulmão e rins até a mudança estatural com crescimento acentuado de extremidades, o que acaba por desencadear alguns conflitos que são característicos desta faixa etária. Esta é, realmente, uma fase transitória e de transformações que ultrapassam o cunho anatomo - fisiológico e mergulham na difícil tarefa de definição de identidade sexual, formação de personalidade e, para agravar a sua complexidade, a definição de um papel social.

Entre os 10 e os 19 anos o indivíduo precisa abandonar todos os lutos da infância, amadurecer e definir – se sexualmente, entender e aceitar as suas mudanças corporais, definir o “*que vai ser quando crescer*” entre outros pormenores. E tudo isso inserido em uma sociedade, na qual os indivíduos esquecem das angústias vivenciadas na sua própria adolescência e, cobram, indefinidamente, que o adolescente retroceda à sua infância e salte para uma postura adulta, em um espaço temporal irrisório.

Rena (2001) reafirma que todo processo de reorganização hormonal, com sucessiva reestruturação anatômica e fisiológica, acaba por proporcionar um novo corpo de homem e de mulher o qual vive a ebulição da aptidão reprodutiva acompanhada de novas sensações. E conclui, ainda, que a adolescência é uma fase na qual o indivíduo precisa reconhecer um novo corpo e um novo indivíduo, que é ele mesmo modificado, com reflexos na sua vida e na sociedade.

O PROSAD alerta que os adolescentes brasileiros estão expostos ao impacto da desestruturação sócio-política e econômica vigente no país, além da familiar onde destacam – se como doença social o abandono, a drogatização, os maus tratos em toda a sua complexidade, a prostituição e a criminalidade. (BRASIL, 1996)

Sendo assim, é de vital importância para o cuidar de adolescente que as enfermeiras inseridas neste processo reflitam acerca da diversidade das realidades e fantasias em que este está imerso. É preciso que entendam todo o seu processo de transição e transformação na busca de prevenção de danos, uma vez que mediante a esta característica é que são evidenciadas outras percepções identificadas tais como a *complicação, agitação, inquietude, desinformação* clássicas da adolescência, condições que acabam por incomodar outrens.

O adolescente é percebido como um ser complicado, agitado, inconstante e desinformado. Este sentido é encontrado no depoimento de Ariel:

O adolescente é um tanto complicado, complexo. Envolve várias questões, desde biológicas até psicológicas.... (**Ariel**)

O adolescente, hoje, está muito agitado... eles são muito inquietos...(**Wendy**)

De acordo com Feijó e Costa (2001), até a década de 70, eram poucos os serviços e profissionais de saúde que se interessavam em aprofundar seus conhecimentos acerca da saúde do adolescente, logo que esta parecia representar algo de imensa dificuldade. Dificuldade atribuída à extensão dos conhecimentos além da clínica específica para aprofundamento em questões comportamentais, no intuito de compreender as características

psicossociais, bem como os aspectos socioculturais e as relações socioambientais que envolvem esta etapa.

O processo de cuidar de adolescente torna-se ainda mais complexo devido à formação tecnicista, que nós da área de saúde recebemos, pautado em realização de procedimentos e arraigados a um modelo pragmático de cuidar e tratar da doença. Mesmo quando nos referimos à prevenção, não prevenimos o indivíduo da doença mas, prevenimos a doença.

Pode parecer insignificante tal colocação no entanto, em se tratando de enfermagem, tal fato é digno de reflexões uma vez que, segundo Waldow (2001), o cuidado humano na enfermagem não pode ser concebido como uma atividade técnica.

Um raciocínio humanista nos possibilitaria perceber, na prática diária, o indivíduo como um sujeito inserido em um contexto sócio – cultural e econômico com peculiaridades o que, por conseguinte, tornaria o adolescente em algo não tão complexo, logo que, seria uma prática constante percebermos o nosso cuidado sob um olhar multi e interdisciplinar.

Quanto à inconstância, Mulan expressa:

Ao mesmo tempo em que eles têm vontade, entusiasmo em participar, quando nós convidamos... nós convidamos, eles aparecem. Logo em seguida surge aquela inconstância, e não podemos contar mais com aquele grupo. (Mulan)

No que tange à agitação e inconstância atribuídas pelas enfermeiras do PSF ao adolescente devemos lembrar que estas características são reflexos do que Knobel (1981) denominou de síndrome da adolescência normal, a qual demonstra que o adolescente passa por

(...) períodos de elação, de introversão, alternando com audácia, timidez, descoordenação, urgência, desinteresse ou apatia, que se sucedem ou são concomitantes com conflitos afetivos, crises religiosas nas quais se pode oscilar ateísmo anárquico ao misticismo fervoroso... (KNOBEL, p.28. 1981)

Ou seja, é algo inerente a esta etapa da vida que precisa ser do conhecimento das enfermeiras ou de qualquer outro profissional que pretenda trabalhar com o adolescente para que seja abolido o pejorativo termo “aborrecente”. Uma vez que tal termo pode levar à redução do interesse daqueles que devem cuidar do mesmo.

É importante considerar que a busca da sua autodefinição, quer seja no aspecto fisiológico, anatômico ou psicossocial é algo traumático. Vencer, sozinho tal etapa, sem seqüelas, é um desafio para todos.

Saito (2001) frisa que a dificuldade enfrentada pelo adolescente provoca algumas idas e vindas as quais levam alguns a criar, como solução, uma nova pessoa ou pessoas, em um processo fantasioso, para que, através da experimentação, possa construir uma identidade definitiva.

Tal fato é mais uma evidência da inconstância não – patológica, clássica da adolescência cuja compreensão é de fundamental importância para a abordagem ao adolescente.

Quanto ao processo de desinformação, afirma a depoente:

Os adolescentes são muito desinformados... **(Esmeralda)**

Em uma época onde, segundo Reato (2001), estudos evidenciam a capacidade dos meios de comunicação de transmitir informações e de moldar atitudes e cujos estudos demonstram que nos EUA os adolescentes passam entre 35 e 55 horas por semana na frente da televisão entre redes convencionais, TV a cabo, vídeo cassete e jogos, é um tanto contraditório dizer que os adolescentes são desinformados.

Enquanto, em outra época, as informações chegavam paulatinamente, dando tempo para serem assimiladas, atualmente, o avanço dos meios de comunicação emitem, a cada instante, uma infinidade de saberes com especial destaque para a internet o que acaba por dar às informações novas dimensões e volume exacerbado. (ANTUNES, 2001)

Isto posto, podemos concluir que nossos adolescentes não são desinformados, mas, assoberbados de informações que precisam serem “transformadas em conhecimentos, habilidades, práticas cívicas e, enfim, sabedoria”. (ANTUNES, p. 11. 2001) Fato confirmado pelo depoimento de Wendy:

A televisão, os meios de comunicação, ... têm muitas informações chegando até eles (os adolescentes) o que acaba bagunçando a cabeça deles. Então, eles ficam inquietos. (Wendy)

O referido autor esclarece que o cérebro humano não aprende de uma única forma e, portanto, é preciso utilizar, em todas as oportunidades a *aprendizagem significativa* o que implica no processo pelo qual uma nova informação relaciona-se com a estrutura cognitiva do aprendiz, de uma forma não arbitrária e substantiva. É possível se aprender de duas formas:

- ✓ Mecanicamente, repetindo a informação até que o cérebro a registre. A qual é relativamente, eficaz, no entanto de duração limitada na memória.
- ✓ Significativamente, associando uma informação a uma outra já existente em nosso conhecimento de modo a construir uma conexão. Neste caso, a duração na memória é bem mais longa.

O segundo processo é, sem dúvida, mais fácil e interessante uma vez que permite ao aprendiz relacionar o que está sendo aprendido a algo que lhe seja familiar. Em se tratando de adolescente, tal processo é uma estratégia ainda mais eficaz visto que esta é a fase da acentuação do desenvolvimento cognitivo.

Surge, aqui, a nossa crítica às práticas educativas freqüentemente adotadas por nós, profissionais de saúde, quando acreditamos que a repetição de propagandas, palestras e distribuição de folhetos educativos é educação em saúde.

O processo de ensino implica em troca. Não é possível ensinar nada a ninguém sem que estes possam interagir e ensinar a quem está ensinando. (FREIRE, 1996)

Então, é ingênuo afirmar que realizamos educação em saúde quando discorremos nossos conhecimentos em determinado ambiente, adequado ou não, sem um planejamento da atividade a ser desenvolvida ou sem estar predisposto a aprender o que aquele grupo traz consigo de conhecimento acerca do que se pretende ensinar. Como comenta Alice:

O adolescente, hoje, tem muitas informações, os meios de comunicação falam a qualquer horário falando sobre sexo mas... eles continuam errando. Então, o que está errado? a nossa metodologia de trabalho. **(Alice)**

Este depoimento confirma, mais uma vez, que o adolescente não é desinformado. Pelo contrário. A gama de informações que chega até eles, na atualidade, é de difícil mensuração. O que acontece é a falta de um espaço para discussão, interpretação e reflexão sobre as informações recebidas. Se a família está, constantemente, desestruturada, resta à escola e ao serviço de saúde interagirem como mediadores na construção do conhecimento. Em se tratando de conhecimento sobre saúde, tal responsabilidade é, evidentemente, do serviço de saúde o qual precisa oferecer um processo de educação em saúde na essência da sua definição.

Educação em saúde como um trabalho dirigido para atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que elas desenvolvam um pensamento crítico e capacidade de intervenção em suas vidas e no ambiente, com o qual interagem no intuito de criar-se condições para a apropriação da sua própria existência. (LEVY et. al., 1999)

Talvez, o que falte ao adolescente seja uma mediação entre a informação e a construção do conhecimento. Um processo que permita reflexões permeadas de valores como ética, cidadania e auto estima, sem, contudo, direcionar ou impor os nossos valores.

Podemos, então, afirmar que o adolescente não é desinformado... Talvez, mal orientado!

A última subcategoria identificada nesta categoria, é de que o adolescente está sem referência no serviço de saúde.

Eles não estão encontrando espaço para serem trabalhados. Não sei se eles acham que o serviço de saúde é mais direcionado ao idoso, à criança... **(Anastácia)**
Ele é solto. Eu o percebo solto no universo. Ele não tem referência dentro da família, dentro da escola, tampouco na área de saúde. Eu o percebo solto, sem parâmetros para seguir... O adolescente não tem uma referência na área da saúde. **(Rapunzel)**

Esta percepção pode ser confirmada ao analisarmos os indicadores de saúde para a adolescência.

Brunacci e Carneiro (1998) comentam que os indicadores retratam uma situação em determinado texto e contexto. Em se tratando de saúde, os dados de morbidade e mortalidade, índice de amamentação, utilização dos serviços de saúde, entre outros, são produtos da articulação de políticas com outros segmentos, tais como habitação, saneamento, geração de renda, educação, meio ambiente. Sem estes, é impossível assegurar saúde e bem estar.

Em se tratando de saúde do adolescente, de acordo com os referidos autores, é necessário o conhecimento, por parte dos profissionais de saúde, das condições socioculturais e econômicas em que estes vivem, bem como, das suas necessidades e demandas de saúde, no intuito de possibilitar a que eles vivam com qualidade. São considerados indicadores de saúde para a adolescência a mortalidade, morbidade, DST/AIDS e uso de álcool/tabaco/drogas.

Brunacci e Carneiro (1998) nos trazem alguns comentários acerca destes indicadores. No que tange à mortalidade, estes afirmam que no Brasil, dados do Ministério da Saúde demonstram que as causas externas tais como, homicídios, acidentes de trânsito e suicídios, são os principais causadores de mortalidade de adolescentes (75% do sexo masculino e 40% do sexo feminino). Em se tratando de morbidade, os autores ressaltam que os registros dos motivos de procura do adolescente ao serviço de saúde são insuficientes e não sistematizados, denotando realidades distintas. Sendo a principal causa de consultas de adolescente, na rede pública, as cáries dentárias, enquanto na rede privada são inclusas a cefaléia, acne, obesidade, ginecomastia, distúrbios alimentares, gastrite, além dos problemas psicológicos e da sexualidade. Com relação aos dados relativos às internações, percebemos que a maior causa

de internações na adolescência deve-se aos partos, seguidos de acidentes, violência doméstica e social, transtornos psiquiátricos, uso de drogas/álcool e DST/AIDS (2,5% dos casos notificados em 1996). Em se tratando de drogas, tanto o uso na vida (usou pelo menos uma vez na vida) quanto o uso freqüente (usou seis ou mais vezes nos últimos dias) tem aumentado.

Para a adolescência, consideram os autores, que a educação, o trabalho, assistência social e violência ainda são indicadores importantes uma vez que o espaço escolar ultrapassa as necessidades da educação formal; em nosso país, crianças e adolescentes são inseridos, precocemente, no mercado de trabalho procurando contribuir com a renda familiar e lutar pela sobrevivência (17,92 % da população economicamente ativa é composta por adolescentes). A assistência social voltada para a criança e o adolescente são da responsabilidade do Ministério da Previdência Social, através da Secretaria de Assistência Social a qual desenvolve o Programa Criança Cidadã e Erradicação do Trabalho Infantil.

Quando se afirma que os adolescentes que procuram o serviço público de saúde são, em sua maioria, para tratamento de cárie dentária estamos constatando a desarticulação deste, pois, a partir do momento que o PROSAD preconiza, não apenas a prevenção de cáries mas, uma política, ampla, de identificação de agravos, tratamento adequado e reabilitação através da articulação de áreas prioritárias como acompanhamento de crescimento e desenvolvimento; sexualidade; saúde bucal; saúde mental; saúde reprodutiva; saúde do escolar adolescente; prevenção de acidentes, a abordagem da violência e maus tratos, a família, o trabalho, cultura, esporte e lazer (Brasil, 1996), constatamos que os adolescentes enfatizam a saúde bucal, ou parte dela, isto demonstra que, realmente, ele está solto, sem referência no serviço de saúde.

Quando contamos com uma normatização oficial, detalhada, e articulável como é o PROSAD e nos referimos ao Programa de Saúde da Família é incoerente este adolescente apresentar-se, ainda, solto e sem referência no serviço de saúde.

Em especial, quando o PROSAD afirma que

O adolescente, em qualquer situação de risco ou de atenção à saúde, tem um contexto familiar que deve ser considerado na sua abordagem, tanto como um fator facilitador das ações como um desencadeador dos problemas vivenciados pelo adolescente. (BRASIL, p. 28, 1996)

E o PSF, preconiza que “essa perspectiva faz com que a família passe a ser objeto precípuo de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive”. (BRASIL, p.08. 1997)

Assim, o PSF vem a ser um local propício para a consolidação de uma atenção integral à saúde do adolescente, mesmo que nesta estratégia não seja contemplada a implantação de programas como o PROSAD. Logo que, para trabalhar a saúde do adolescente é imprescindível o envolvimento da família e para se trabalhar a saúde da família é preciso o envolvimento, também, com o adolescente.

Não estamos apontando as colegas enfermeiras como responsáveis pela situação em que se encontra o adolescente no serviço de saúde mas, alertando-as para reflexões do tipo:

Eu estou deixando passar esse adolescente! Por que não, eu, abrir este espaço para o adolescente? (**Rapunzel**)

Precisamos retomar nosso compromisso com a saúde do adolescente. Entendermos a complexidade deste cuidado é fundamental, para que possamos rever nossas percepções acerca do adolescente e contribuir para que ele possa passar a ter uma referência no serviço de saúde.

4.2.2.2 Sentimentos das enfermeiras do PSF acerca do cuidar do adolescente

Nesta categoria, identificamos que ao cuidar de adolescentes, as enfermeiras sentem-se despreparadas, sem capacitação, necessitam de treinamento específico, educação continuada; necessidade de parcerias da comunidade (igrejas, escolas, etc.); não gostam de trabalhar com adolescentes... acham difícil; sentem-se desanimadas, angustiadas e inseguras. Tais sentimentos caracterizam-se como subcategorias deste estudo.

Reportando-nos a colocações anteriores, o cuidar do adolescente implica em entendê-lo além dos aspectos anátomo - fisiológicos e clínicos específicos, o que significa embrenhar-se pelo universo da psicologia, da sociologia e da educação, entre outros.

O cuidar profissional pressupõe a execução de procedimentos técnicos, com atenção, visando um atendimento de qualidade, mas a ele precisa se associar às características do cuidar amigo, ou seja, aquele caracterizado pelo tratamento carinhoso, delicado e compreensivo, em uma relação de aconselhamento e interesse. (ARRUDA, 1999)

Considerando este prisma, é possível que se possa alcançar a dimensão dos *problemas de saúde do adolescente*. Tal necessidade, exige, em verdade, que não se dê uma denotação tecnicista ao cuidar, de modo que este possa ser desempenhado em toda a sua amplitude. As enfermeiras, no entanto, não se sentem preparadas para tal, o que acaba por desencadear nelas o sentimento de despreparo, como demonstram os sujeitos da pesquisa:

Despreparada. Para ser bem sincera, eu me sinto despreparada. **(Cinderela)**

Eu não me sinto à vontade para lidar com determinados assuntos, principalmente, relacionados à sexualidade. **(Bela)**

Emerge, aqui, um outro entrave nas implicações com o cuidar do adolescente que é além do repensar a sua forma de cuidar, a proximidade com tabus, tais como, drogas, violência e sexualidade, entre outros.

Em se tratando da sexualidade, então, são pertinentes as reflexões de Jesus (2000) de que esta exerce uma força milenar de repressão, interferindo no comportamento das pessoas e desencadeando, nessas, um conflito interior entre os preconceitos herdados de seus antepassados e a perspectiva de se viver à sexualidade plenamente e com responsabilidade, isenta de culpas e medos.

Neste particular, justifica-se o sentimento de despreparo por parte das enfermeiras acerca do cuidar do adolescente, desde que a situação exigirá da enfermeira a compreensão de aspectos da sua própria sexualidade, para que possa orientar o adolescente de uma forma democrática e livre de preconceitos.

O despreparo para trabalhar com adolescentes, identificado pelas próprias enfermeiras do PSF, poderia ser sanado se houvesse um programa de treinamento mais eficaz. Esta é a solução oferecida pelas nossas entrevistadas.

O PROSAD preconiza, ainda, que para se garantir o funcionamento de um programa dentro das diretrizes básicas, é necessária a manutenção de profissionais capacitados e supervisão periódica por uma equipe preparada para tal. (BRASIL a, 2001).

No entanto, é importante considerarmos que não adianta realizar treinamentos se o indivíduo tem bloqueios emocionais intrínsecos, que lhe impedirão de assimilar conhecimentos.

Ou seja, não adianta se tentar discutir com o profissional de saúde o que vem a ser orgasmo, ou se o sexo anal poderá ou não causar corrimento vaginal, se a pessoa tiver idéias preconcebidas de que sexo anal é necessariamente doloroso e nocivo e de que orgasmo é algo por demais íntimo e pessoal para ser abordado e discutido. Tentaremos um diálogo de surdos, se esta barreira pessoal, intrínseca, não for rompida (GAUDERER. 1996, p. 119)

Romper estas barreiras implica em reconstruir valores que foram construídos ao longo de três décadas (que é a média de idade das nossas personagens) o que é, realmente, uma tarefa difícil. Mas, não impossível!

Não podemos descartar a necessidade de treinamento específico e de educação continuada para qualquer serviço. Em especial, quando os próprios indivíduos que o compõem cobram e sentem a falta desta, como demonstra o depoimento que segue:

É preciso a capacitação de toda a equipe. Não a capacitação de dois dias ou uma semana. Precisamos, muito, de um programa de educação continuada. **(Bela)**

Oliveira (2001) explica que a educação continuada, para o desenvolvimento dos recursos humanos no setor de saúde, deve acontecer de uma forma ampla e permanente, sistematizada, no intuito de que os profissionais adquiram, incrementem e mantenham atualizados os seus conhecimentos, habilidades e atitudes de forma criativa, possibilitando mudanças individuais, coletivas e da própria instituição, de modo a envolver todos na construção e apropriação do saber científico.

Bezerra (1999), acrescenta que a educação continuada, permanente, promove a manutenção de competências visando 'encantar' os usuários, proporcionando aos mesmos um atendimento de alto nível de qualidade. Ou seja, qualificam a vida daquele que cuida e do que é cuidado.

As considerações das autoras supra citadas e da própria depoente ilustram a importância da educação continuada para qualquer setor de recursos humanos.

Em nosso meio, nos municípios em foco no estudo, praticamente não temos instituída a cultura da educação continuada. Na rede hospitalar, ainda de uma forma muito tímida, discute-se a importância do serviço, mas é algo que parece estar distante da realidade da rede básica. Existem treinamentos estanques, não periódicos, o que não caracteriza um serviço de

educação continuada. Sua ausência possibilita o surgimento de lacunas na atenção à população, bem como uma não - interação entre as enfermeiras de um mesmo município. Nessa lacuna, desponta a atenção ao adolescente uma vez que no processo de educação continuada há espaço para a discussão acerca dos aspectos que envolvem o mesmo, além de permitir o envolvimento de uma equipe multidisciplinar nas discussões globais.

Aqueles que analisarem os critérios básicos de implantação do PROSAD (Brasil b, 1991), podem questionar acerca da equipe multidisciplinar alegando o custo para manter estes profissionais.

No entanto, podemos argumentar que toda equipe do PSF, obrigatoriamente, deve ser composta, no mínimo, por uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, um médico e agentes comunitários, com incorporações, em algumas unidades, do odontólogo. Este contingente já é suficiente para a implantação do cuidar do adolescente. Quanto ao psicólogo, assistente social e outros profissionais afins, não precisam existir, necessariamente, fixos em cada unidade. Um trabalho de acompanhamento das equipes por estes profissionais poderia ser solicitado e promovido pela educação continuada, caso esta exista, de modo a assessorar o planejamento e desenvolvimento das atividades necessárias, e, ocasionalmente, acompanhar algum caso específico, quando necessário.

Neste sentido, uma enfermeira, sujeito da pesquisa, alerta para a necessidade de parcerias com grupos da comunidade.

Enquanto não tiver parcerias que possam colocar o trabalho da saúde engajado em outras coisas, acho que não funciona... Nós não conseguimos andar sozinhos e o adolescente tem que ser trabalhado em outros grupos da sociedade, como a igreja, a escola, o esporte, para que possa ver realmente à parte da saúde. É preciso parceria para trabalhar, por exemplo, com teatro. Trabalhar o adolescente com teatro, com capoeira, coisas que o adolescente gosta. **(Wendy)**

O PROSAD preconiza que,

(...) para discussão de assuntos de interesse dos adolescentes, em todos os contatos com os serviços de saúde, deverá se garantir um espaço para intercâmbio de informações sobre a adolescência. Para execução dessa atividade, os serviços poderão optar por discussões individuais, em grupo, na comunidade, com setores organizados com os quais os serviços tenham contato, nas escolas ou outras formas mais compatíveis com sua estrutura organizacional. (BRASIL, p.14.1996)

Podemos perceber que, a exemplo da percepção de **Wendy**, é imprescindível a interação do serviço de saúde com outros segmentos da sociedade na busca de uma atenção eficiente e eficaz, voltada para o adolescente. Entendemos que a enfermeira, por diversas vezes, sente-se sozinha, assoberbada e sufocada entre as funções gerenciais e assistenciais, em especial, com as funções burocráticas. O sentido de trabalhar em equipe parece que não é entendido e, assim, os seus componentes podem se sentir isolados, sós. A fala de Bela, expressa isto.

O enfermeiro fica muito sozinho nesta questão, principalmente, o enfermeiro de PSF que tem que se envolver com gerenciamento, organização de programas... É preciso o envolvimento de toda a equipe. Eu acho que não é só o enfermeiro que tem que buscar. Toda a equipe tem que estar motivada e interessada. (**Bela**)

Acreditamos que esta sensação das enfermeiras de se sentirem sozinhas, implica em uma reflexão acerca do objeto de trabalho da enfermagem, ou mesmo sobre o seu processo de trabalho. Se refletirmos que este objeto de trabalho é o cuidar, e que o uso de técnicas/procedimentos são meios ou instrumentos para o desenvolvimento deste processo, passaremos a entender que a burocracia e o gerenciamento da unidade são atividades afins, na busca do cuidar, no qual devem estar envolvidos todos os componentes da equipe. O preenchimento dos consolidados e das fichas de registro, por exemplo, são apenas meios para a concretização do cuidado ao usuário.

Registrar, executar procedimentos e gerenciar são atividades que se sobrepõem no desenvolvimento do cuidar. Precisamos entender, incorporar e desenvolver a prática da enfermagem centrada no cuidar para que, mesmo que ocupemos cargos, especificamente, gerenciais não percamos de vista o sentido do cuidar e ao que nos dispomos realizar profissionalmente.

Neste processo de cuidar, compete aos profissionais, trabalhadores no setor, buscar subsídios para realizar este cuidado. Se, para cuidar de adolescentes é recomendável a busca de parcerias com outros segmentos da sociedade, é responsabilidade desses trabalhadores procurar conquistar as condições necessárias e mantê-las, no intuito de desenvolver o cuidar ao adolescente de modo integral e permanente.

Neste sentido, reportamo-nos a Chaves Júnior (1999) quando, se relacionando à problemática hebeátrica, chama a atenção para a necessidade de uma política de juventude que envolva todos os atores sociais. Estes, de alguma maneira, direta ou indiretamente, podem colaborar com responsabilidade nas estratégias de atendimento ao adolescente em nossa sociedade.

É importante reforçar que o PROSAD preconiza que a atenção ao adolescente deve abranger todo o contexto de sua vida, tais como a família, escola, trabalho e comunidade (setores organizados, artísticos, culturais e desportivos, entre outros).

Esta visão deve ser trabalhada, também, por trabalhadores da saúde. Eles precisam estimular as parcerias. Não podem esperar que contatos e a busca sejam realizados só por outros. Não podem esperar que a escola, a igreja, ou seja qual for o outro segmento da sociedade, bata à porta se oferecendo para ajudar pois, raramente, isto acontecerá. É importante que pensemos naqueles adolescentes que, a cada reunião com os ACS, tomamos conhecimento que abandonaram a escola, que se envolveram com drogas, se marginalizaram e/ou iniciaram uma vida sexual sem a menor orientação. É preciso que a atenção seja voltada para os que estão vulneráveis à hipertensão ou a diabetes e cuja detecção pode ser antecipada para que recebam o cuidado necessário. Na adolescência podem estar patentes patologias fisiológicas, psicológicas e sociais cujos reflexos e seqüelas eclodirão na juventude e que os cuidadores negam, ignoram, ou não estão preparados para o seu cuidar.

Ainda no que se refere a sentimentos da enfermeira no ato de assistir, merece atenção especial o fato de algumas delas não gostarem de trabalhar com adolescentes:

Acho muito difícil a convivência com adolescente e, se eu tivesse que priorizá-lo, eu não o faria. Eu não gosto muito mas... **(Mulan)**

Eu acho um pouquinho difícil... **(Esmeralda)**

A sociedade Brasileira de Pediatria estabelece que os requisitos do profissional que atende ao adolescente devem ser "gostar desta tarefa, motivação profissional em lidar com adolescente, interesse, busca de conhecimentos e experiência, interação com outros grupos profissionais e um trabalho contínuo de renovação pessoal". (BRASIL, [2002])

Tais requisitos contradizem a percepção que as enfermeiras têm acerca do adolescente, o que, de um certo modo, pode dificultar a inserção deste no processo de cuidar, nas unidades de saúde da família. No entanto, no PSF e em qualquer serviço de saúde pública, o profissional que nele trabalha, não pode restringir as suas ações só a grupos, com os quais estabelece uma afinidade.

Essa atitude vai de encontro aos princípios e diretrizes do SUS, em especial, no que tange aos princípios da universalidade, atendimento para *todos* de acordo com suas necessidades e sem cobrar por esse atendimento; e no que se refere, ainda, à integralidade da assistência e à equidade.

Não podemos perder de vista que o PSF, onde se encontra inserida profissionalmente a enfermeira, objetiva eleger a família e o seu espaço social como um núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; e que, além de prestar assistência integral, contínua, proporciona a possibilidade do estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais. (BRASIL, [2002])

Por um acaso estaria o adolescente fora desta população adscrita? Ou fora desta família eleita como estratégia de alcance da saúde da comunidade? Certamente que não!

Estas questões nos levam a refletir sobre a filosofia do PSF e a postura assumida pelos profissionais de saúde que aí atuam, no que diz respeito à atenção ao adolescente. A colocação das enfermeiras reflete esta realidade em seu serviço, quando expressam quanto à atenção ao adolescente:

Estruturada como programa de saúde do adolescente, não (**Mulan**)

Embutida no programa de planejamento familiar (**Rapunzel**)

Nós não temos um programa direcionado para trabalhar com adolescentes. (**Bela**)

E, realmente, não poderia ter implantado no PSF um programa de qualquer espécie, uma vez que este não é uma intervenção vertical, tampouco comporta atividades paralelas às ações do serviço de saúde. Pode parecer algo irrelevante mas é uma questão que perpassa pela incorporação da filosofia do serviço. A partir do momento em que não se tem incorporada à filosofia de que as atividades desenvolvidas no PSF vão além e, devem ser realizadas de forma diferente de uma unidade básica tradicional, não se percebe, também, que trabalhar com a saúde da família não significa trabalhar com segmentos desta, de forma fragmentada. Implica, sim, em trabalhar com cada segmento desta (pai, mãe, filhos, avô, avó) contextualizando - os e promovendo os seus interesses e envolvimento recíproco.

Talvez, este possa ser o primeiro passo para mudar a situação da saúde do adolescente nas unidades de PSF dos municípios em questão. Refletir sobre o que nos dispomos a fazer quando assumimos um serviço, o que este serviço espera de nós, bem como as expectativas da comunidade acerca do nosso trabalho e da atenção a ser recebida. Esta postura nortearia o planejamento das atividades de saúde a serem desenvolvidas, independente dos trabalhadores

do setor saúde gostarem ou não deste ou daquele grupo. Permitiria, uma análise das exigências e das carências da comunidade a que nos dispomos a trabalhar. Tal atitude é, ainda, uma questão ética, que implica um sentido de responsabilidade, de justiça, de alteridade.

A responsabilidade frente ao direito à saúde, segundo Maliandi (1997, p.02), "se estabelece quando este direito é rompido em circunstâncias que poderiam ser evitadas (prevenção)... é relevante, portanto, sempre vincular esse direito com determinadas responsabilidades concretas".

O trabalho para se maximizar a saúde, em qualquer faixa etária, é uma responsabilidade social - política, a qual não se atem só aos profissionais da saúde mas a toda a sociedade. A estes precisam ser dadas as condições nos serviços para que atuem com competência e responsabilidade.

A responsabilidade ética é, segundo Siqueira (2003, p.42), "a articulação entre duas realidades, subjetiva e outra objetiva. É forjada por essa fusão entre o sujeito e a ação... a ordem ética está presente não como uma realidade visível mas como apelo providente que pede calma, prudência e equilíbrio".

Ramos e Santana (1998) afirmam que a saúde do adolescente é o produto do modo como se dá o processo de crescimento e desenvolvimento deste, durante a sua infância, bem como, das oportunidades permitidas pelo ambiente familiar e social em que este indivíduo está inserido durante o processo de adolecer. Esta perspectiva, implica na transcendência do cuidar do adolescente além do atendimento formal nas unidades de saúde.

O fato de a enfermeira, como profissional da saúde, precisar desmistificar os seus conceitos e preconceitos acerca da adolescência, de superar a sua pouca afinidade com o grupo e, ainda, por algumas vezes, sair do seu habitat natural para interagir e atuar com outros

segmentos da sociedade, acaba desencadeando nelas os sentimentos de insegurança, angústia e, por vezes, desânimo, como expressam os depoimentos que seguem:

Eu me sinto um pouco insegura. Eu não sei se é em relação ao que eles anseiam ou pelo que tenho para oferecer... **(Pocahontas)**

Nós nos sentimos meio receosas, não nos sentimos muito seguras em estar direcionando os adolescentes. **(Anastácia)**

É fácil admitirmos que enfrentar o novo é algo assustador. Em especial, se cultivarmos, por este, concepções negativas e fantasiarmos uma complexidade inexorável. É mais ou menos isto o que parece acontecer com as enfermeiras acerca do cuidar do adolescente. É uma área nova, que envolve reflexões além da que tem sido desenvolvida na sua prática, desde atitudes profissionais até as pessoais, e para a qual ela nunca foi capacitada.

Nada mais plausível que apareça o receio e a insegurança. Precisamos trabalhar para que estes sentimentos não se tornem obstáculos intransponíveis para o cuidar do adolescente. Afinal, acreditamos que, como somos seres, potencialmente, munidos de emoções as mais diversas, a insegurança em se trabalhar com adolescentes deve ser encarada como mais uma etapa de nossa vida pela qual passamos, cotidianamente, no nosso caminhar pessoal e profissional e que precisamos superá-la.

Considerando que o cuidar do adolescente, como já citamos tantas vezes neste trabalho, implica no desenvolvimento de atividades com uma coletividade para se alcançar o individual, implica, ainda, transpor as fronteiras da unidade de saúde. O trabalho é árduo e exige perseverança. Tende a tornar-se algo desanimador e este desânimo acaba por causar angústia, como mostram os depoimentos:

Eu me sinto desanimada, principalmente, quando se trata de trabalho em grupo. **(Wendy)**

O sentimento que me traz é o de angústia... O que estamos fazendo? (**Rapunzel**)

A construção de uma cultura implica em um processo histórico, lento e com desencontros em demasia. Imagine, então, reconstruir uma cultura que está impregnada há décadas em uma sociedade. Assim é trabalhar com educação, assim é abraçar a saúde como área de atuação. Trabalhar com saúde, em especial na promoção e prevenção, é desenvolver educação em saúde e diríamos, educação na saúde para que fique claro que o nosso propósito, em verdade, é estimular o processo de educar a população com a qual trabalhamos, acerca dos conceitos de saúde. Este é o cenário de um processo educativo, que é ou deveria ser desenvolvido, em toda a sua complexidade e tempo. Tempo sim. Pois não podemos ignorar que a mudança de hábitos é um processo longo e gradativo e que exige supervisão e atuação contínua, para que seja eficiente.

Certamente, este tempo e esta complexidade de participar do processo educativo provoque o desânimo mas não podemos permitir que este se transforme em desistência. Ao contrário, devemos usá-lo a nosso favor, para que seja fonte de renovação para a nossa caminhada.

4.2.2.3 Situação de atendimento à saúde do adolescente nas unidades de PSF pesquisadas

As percepções e sentimentos das enfermeiras acerca do adolescente e do seu cuidar, parecem sugerir que a saúde do adolescente, nas unidades pesquisadas, ainda, não é trabalhada, especificamente. E quando isto se verifica, acontece apenas no contexto da saúde da mulher (planejamento familiar e pré-natal); ou, esporadicamente, através das palestras sobre sexualidade realizadas pela unidade.

Pelos depoimentos que seguem, podemos perceber esta situação de atendimento:

... atendimento não voltado, especificamente, para o adolescente. (**Alice**)

Não. Nenhum tipo de ação é desenvolvida... O serviço não oferece nada para o adolescente. (**Cinderela**)

Especificamente, saúde do adolescente, não. (**Rapunzel**)

Precisamos refletir considerando duas vertentes. Uma pela perspectiva do PROSAD, programa voltado especificamente para o adolescente desde 1989, e a outra, por se tratar de PSF, um programa que preconiza o atendimento de toda a família.

O PROSAD, traça diretrizes de atendimento com sugestões de ações detalhadas, em uma linguagem clara e objetiva, que visa o atendimento básico à saúde do adolescente nos aspectos de promoção, prevenção e reabilitação. Oferece subsídios suficientes para orientar, concomitante a algumas leituras, a inserção de ações prioritárias necessárias para o acolhimento daqueles que, segundo as nossas personagens, têm ficado sem referência nos serviços de saúde.

A outra perspectiva que requer uma análise é o fato de que a estratégia do PSF já contempla o acompanhamento do adolescente, assim como os demais grupos componentes da família. E entre as atribuições básicas da enfermeira do PSF está a de "executar, no nível de suas competências, ações de assistências, ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso." (BRASIL, 1997, p. 16).

Isto posto, questionamo-nos sobre o modo como vem sendo desenvolvido o trabalho de saúde da família e retomamos a reflexão acerca dos programas implantados nas unidades do PSF.

Não pretendemos analisar o PSF no seu todo. No entanto, é impossível deixarmos de destacar que, a partir do momento que as diretrizes deste não são incorporadas, ficaremos sempre esperando que a Secretaria Municipal de Saúde ou qualquer outro órgão, hierarquicamente, superior à equipe, determine a implantação deste ou daquele programa, independente da realidade da sua área de atuação.

É claro que deverão ser sinalizadas para estes órgão as necessidades para a melhoria do trabalho. Precisamos cobrar o serviço de educação permanente, que foi indicado como uma solução pelas próprias enfermeiras, solicitar os materiais e demais recursos necessários ao bom desempenho do cuidar. A enfermeira conquistou uma autonomia que a possibilita ir muito além do que uma simples implantação de programas. É este o maior legado do PSF, a autonomia para utilizarmos a nossa criatividade e este poder de inovação é a possibilidade de que seja dada uma personalidade ao serviço.

Então, surgem os questionamentos: se é conferida a cada equipe a autonomia de planejamento, mediante a necessidade da sua área, por quê a saúde do adolescente não é trabalhada de modo específico nas unidades pesquisadas? Por quê o adolescente, quando trabalhado, é apenas na saúde da mulher?

(...) Só na saúde da mulher ... **(Ariel)**

Eu faço, pré-natal e, durante os programas, nós atendemos adolescentes, principalmente adolescentes gestantes. **(Esmeralda)**

A única coisa que temos, mas não é voltada para o adolescente é a distribuição de camisinha e o pré-natal. Não temos o pré-natal voltado para o adolescente. **(Cinderela)**

Constatamos nos depoimentos que o adolescente é atendido no pré-natal ou no planejamento familiar porém, não de uma forma específica.

Segundo Guimarães (2001), alguns antropólogos brasileiros têm alertado aos profissionais de saúde sobre a necessidade da re - significação do sentido da gravidez na adolescência, uma vez que esta tem significados diferentes e diferenciados a depender de quando a gravidez ocorre, se no início ou no fim da adolescência; de acordo com o status social no qual a adolescente está inserida: classe média, classe trabalhadora urbana, meio rural ou população de alto risco, tais como meninos de rua.

Esta autora reforça, ainda, o pensamento da psicanalista Helen Deustch, quando esta afirmou que as "gravidezes indesejadas na adolescência são muitas vezes compulsivas e, portanto, de difícil prevenção". (GUIMARÃES, p. 292. 2001). A autora ressalta, ainda, o conceito de fatores de risco, em se tratando de gravidez na adolescência, que é o risco para ao ambiente social e para o comportamento, portanto, o seu acompanhamento deve ser feito considerando os aspectos biológicos, antropológicos e psicossociais.

É pertinente reforçar que o PROSAD preconiza a inserção de um profissional da saúde mental (psicólogo ou psiquiatra) bem como o educador, no processo de acompanhamento pré-natal.

O que confirma e reafirma que a gravidez na adolescência é diferente da gravidez na fase adulta, em especial, por envolver aspectos psicossociais e econômicos marcantes. Além de implicar em conseqüências para a sua família.

Tais peculiaridades e recomendações nos levam a concluir que atender a adolescente em um pré-natal voltado para mulheres adultas, não pode ser considerado um atendimento eficiente, uma vez que não serão trabalhados os maiores transtornos da gravidez na adolescência que são, não só os fatores biológicos mas, sim, a relação psicossocial que esta adolescente estabelecerá com a gravidez.

Uma outra questão abordada é que o adolescente é atendido no planejamento familiar, também, de uma forma não específica.

O PROSAD reforça que a seleção do método de planejamento familiar que o adolescente vai utilizar deve levar em conta os seguintes critérios.

- 1 - Maturidade biológica - alcançada após 2 anos de estabelecimento de ciclos regulares;
- 2 - Existência de parceiro estável;
- 3 - Aceitabilidade e participação do parceiro nas práticas de planejamento familiar;
- 4 - Se a consulta é prévia ou não ao início das relações sexuais;
- 5 - Frequência das relações sexuais
- 6 - Grau de conhecimento e atitudes frente aos vários métodos;
- 7 - Significação de uma eventual gravidez;
- 8 - Grau de conhecimento e atitude dos pais ou responsáveis sobre as práticas sexuais e contraceptivas
- 9 - Valores e base cultural no que se refere à sexualidade e à gestação (BRASIL, p. 19. 1996)

Certamente, que estas particularidades complementares ao planejamento familiar, não estão inseridas no planejamento familiar desenvolvido nas unidades de PSF pesquisadas, uma vez que já foi afirmada a não especificidade desta atenção.

Analisando a situação do cuidar do adolescente no pré-natal e no planejamento familiar, dentro do PSF estudado, podemos entender, em parte, a causa da multiplicidade de gravidez na adolescência, bem como, a sua repetição. Fato que pode ser, em parte, atribuído à deficiência nas estratégias educativas desenvolvidas pelas enfermeiras nas unidades de PSF pesquisadas. Pois se as mesmas afirmam que não foram capacitadas para tal e que não existe uma atenção específica ao adolescente, implica em afirmar que não estão sendo atendidas as reais necessidades do adolescente.

Uma outra forma igualmente, ou talvez, menos eficaz em relação às anteriores, aparece na participação, esporádica, dos adolescentes em palestras sobre sexualidade. Em

relação a esta estratégia, podemos afirmar que, por experiência própria, é um dos maiores equívocos cometidos por nós, enfermeiras, acerca da educação em saúde. Costumamos fazer palestras aleatórias em locais quase sempre, inapropriados e registramos como educação em saúde. Educar implica em muito mais do que realizar uma palestra ou outra. Educar, como já esclarecemos, é um processo gradual e contínuo que deve ser desenvolvido continuamente e não esporadicamente. Em especial, quando se trata de adolescentes, cuja inobservância e inquietude foi abordada e discutida neste mesmo capítulo.

Gostaríamos ainda de ressaltar que, por muito tempo, concentramos os nossos estudos acerca da adolescência nos fatores relacionados à gravidez, fato comprovado através dos dados do CEPEn ilustrados na introdução deste trabalho. Não queremos subestimar a relevância do assunto, entretanto, precisamos alertar que a adolescência não é uma idade saudável, do ponto de vista à saúde, como se costuma dizer. Esta é uma idade, em verdade, onde seus agravos são negligenciados devido a duas questões básicas:

1 - O fato de não se conhecer a incidência das patologias que acometem o adolescente. Estas envolvem, em sua maioria, questões do aparelho respiratório, gastrointestinal e doenças neoplásticas cujas etiologias estão relacionadas com hábitos de vida, desenvolvimento endocrinológico e psicossomatização.

2 - O fato de o adolescente estar exposto às patologias sociais tais como a violência, drogas e o abandono e às quais fomos condicionados a ignorá-las.

Está na hora de adolescentes serem vistos, estudados e trabalhados em todas os aspectos que os envolvem, desde aspectos anatomo-fisiológicos até às questões psicossociais e econômicas a que está exposto.

4.2.2.4 Fatores que influenciam na abordagem ao adolescente no processo de cuidar

Identificamos alguns fatores que influenciam na abordagem e no processo de cuidar do adolescente os quais, acabaram por se estabelecerem como influências negativas e/ou empecilho para se trabalhar com os mesmos. Dentre eles, destacamos que a necessidade de um espaço físico influencia no processo de cuidar do adolescente; a formação acadêmica pouco direcionada para o adolescente não prepara o profissional para abordá-lo; os tabus e os valores impregnados nas enfermeiras influenciam nas dificuldades da abordagem ao adolescente; a imposição de conceitos por parte das enfermeiras não dá oportunidade ao adolescente de expressar seus próprios conceitos... de desenvolver um pensamento crítico; a falta de conhecimento específica influencia no processo de cuidar deste.

Um dos fatores que influenciam, para os sujeitos da pesquisa, na abordagem e no processo de cuidar do adolescente é a necessidade de um espaço físico.

A unidade é muito pequena. Não tem espaço físico específico para atender ao adolescente. **(Bela)**

O PROSAD preconiza que a área física adequada para cuidar de adolescente seja composta de

Sala de espera facilmente identificável, preparada especificamente para esta faixa etária

Salas de atendimento estruturado para garantir privacidade, em número e/ou horário exclusivo para todos os membros da equipe, providas de material permanente e de consumo específicos para profissionais que a utilizem;

Local definido para reuniões de grupo dotado de quadro negro e sempre que possível de equipamento para uso de material áudio - visual. (BRASIL, 1996)

Na nossa realidade, infelizmente, nem todas as unidades tem capacidade instalada para atender a estas recomendações. No entanto, nada impede que busquemos aquelas parcerias que já discutimos anteriormente.

O ideal seria que se tivesse um espaço, aqui na unidade. Mas não justifica não estarmos trabalhando com adolescentes. **(Alice)**

É claro, que conseguirmos uma sala de espera, específica, para qualquer faixa etária é utópico. Porém, nada impede que organizemos dia e horário, especialmente para os adolescentes uma vez que o PSF nos permite uma demanda organizada. Também, não é impossível conseguir uma sala de atendimento para que cada profissional possa atender, individualmente, o adolescente. A dificuldade que pode causar maiores transtornos deve-se, realmente, ao local definido para as reuniões, com quadro negro, entre outros.

Acreditamos que aqui podem surgir as parcerias cujas necessidades já discutimos anteriormente. Este espaço pode ser encontrado na escola. Por que, não? Ou na igreja, ou na sede da associação de bairros? Em verdade, este não pode ser considerado um obstáculo para iniciar o cuidar ao adolescente mas, sim, uma boa oportunidade para que a enfermeira do PSF estabeleça as parcerias com segmentos sociais locais. Uma decisão cuja solução pode surgir junto com a comunidade, atendendo às recomendações da estratégia do PSF.

Outro fator que influencia, segundo as enfermeiras, na abordagem e no processo de cuidar do adolescente é o pouco direcionamento da formação acadêmica para o adolescente, não as preparando para abordá-lo.

A universidade nos prepara para um mercado de trabalho. No entanto, nós precisamos de muita coisa didática. **(Wendy)**

Na faculdade nós vemos muito pouco. Nós vemos coisas muito soltas. **(Anastácia)**

Para o Ministério da Educação e Cultura a adolescência é um dos objetivos de investimentos na formação de enfermeiro. Neste sentido, dois momentos se caracterizaram como importantes para a saúde do adolescente no processo de formação da enfermeira. Uma foi o Parecer 163/72 do Conselho Federal de Educação, o qual dispõe acerca dos conteúdos

mínimos para a graduação, quando a saúde do adolescente passa a constituir campo peculiar da formação. E o outro, a aprovação do Parecer 314/94 pela portaria 1.721/94 de 15/12/94 do Ministério da Educação, onde seu Art. 3º, determina que, na formação do enfermeiro, sejam incluídos conteúdos teórico-práticos de ensino direcionados à criança, *ao adolescente* e ao adulto, levando em consideração o perfil sanitário e epidemiológico, sob a forma de estágio supervisionado em situações: clínicas, cirúrgicas, psiquiátricas, gineco-obstétricas e coletiva. (CORRÊIA, 2000).

Oficialmente, a saúde do adolescente já deveria estar contemplada na formação acadêmica dos enfermeiros em todas as suas nuances. No entanto, temos a impressão de que todas aquelas percepções e sentimentos da enfermeira do PSF são o reflexo da sua formação na graduação de enfermagem..

Uma vez que existem determinações oficiais para o ensino do cuidar do adolescente e este não é desenvolvido, constata-se a necessidade de reflexões e de debates no espaço acadêmico para mudança da realidade vigente. Não podemos ignorar os enfermeiros que já estão no mercado e que não tiveram a oportunidade de ter contemplado, na sua formação, o cuidar do adolescente. Porém, é inegável a urgência da inserção, não esporádica, tampouco limitada, como tem sido realizada, do cuidar do adolescente na graduação.

Consideramos que para trabalhar com adolescente, será necessária a desconstrução dos estereótipos, dos tabus e valores impregnados nas enfermeiras, como esclarecemos em outro momento deste trabalho. Acreditamos que a graduação seja o lugar propício para fazê-lo logo que este é o momento da formação da personalidade profissional do enfermeiro e o espaço para reparar as imagens equivocadas que são feitas a respeito do adolescente.

Os tabus e valores impregnados nas enfermeiras foram apontados como fatores que influenciaram na abordagem e no cuidar de adolescentes.

Nós não podemos negar que os valores que trazemos da nossa infância estão influenciando na nossa vida. Por mais que tenhamos acesso a outras informações. Algumas coisas são difíceis de romper. **(Pocahontas)**

Tal fato seria atribuído "à força milenar da repressão à sexualidade humana, interferindo no comportamento das pessoas". (JESUS. 2000, p.51).

Gauderer (1996) alerta acerca da necessidade do rompimento dos tabus e preconceitos quando se pretende trabalhar com adolescentes.

Baleeiro et. al. [2001?] comentam que os valores transmitidos por nossa família e grupo social podem ser mudados no decorrer da vida. O que implica em dizer que por mais que nossos valores estejam consolidados, não é impossível que, com boa vontade, possamos reconstruí-los.

Barros e Coutinho (2001) explicam, ainda, que para abordar o adolescente é imprescindível que o profissional evite projetar os sentimentos da sua própria adolescência, bem como, assumir o papel de juiz. Também é errônea a idéia de que se deve igualar gírias pois, os adolescentes não querem ser atendidos por outro adolescente.

Não é incomum ao desenvolvermos atividades, as quais costumamos chamar de educação em saúde, que lancemos mão de todo um referencial teórico, rebuscado e complexo. Nem sempre levamos em consideração a estrutura cognitiva daquele a quem nos propomos oferecer as condições para o processo de educar, atitude esta que vai de encontro com a proposta de educar.

Antunes (2001), afirma que o educador precisa ser um pesquisador atento dos saberes que o educando possui e vinculá-lo aos temas que se pretende ensinar. Estes saberes podem ser percebidos através das suas emoções, de suas brincadeiras e de suas relações com o outro e com o mundo. E considera, ainda, que o educador deve organizar atividades que permitam

ao educando, através do desenvolvimento de diferentes habilidades, construir-se como agente de sua própria aprendizagem.

As afirmações de Antunes (2001) nos levam a identificar que esta prática que temos desenvolvido, de educar em saúde, não alcança os propósitos a que se destina. Ou seja, por mais que estudemos para dar uma palestra cheia de informações inovadoras, para "falarmos bonito" de nada adiantará como processo educativo.

Antunes lembra que

uma pintura, um texto comum, uma música, sua letra ou sonoridade, um poema, o desenho, um dado estatístico em um gráfico, um mapa qualquer, uma planta, uma dança e outras formas de comunicação constituem "linguagens" que expressam ou podem expressar conteúdos. (ANTUNES, p.20.2001)

Estas são estratégias que os adolescentes podem ser envolvidos, logo que estão muito próximas do seu cotidiano e das coisas que eles gostam. Nós, enfermeiras, precisamos inovar as nossas práticas educativas buscando observar o que está ao nosso redor, no intuito de que, uma cena de novela, uma música, uma dança da moda seja muito mais do que entretenimento mas que se transforme em conhecimento.

Souza (1998) reforça que para se trabalhar com adolescente é preciso que o profissional seja provido de conhecimento técnico - científico mas, além deste, seja disponível, flexível, tenha capacidade de interação, saiba reconhecer limites e que tenha uma postura ética que assegure segurança e confiança para o adolescente e sua família. O autor traça as qualidades indispensáveis para a abordagem e o cuidar do adolescente, as quais são:

- a) ter um bom nível de conhecimento nas questões relacionadas à adolescência;
- b) assumir uma postura ética, que demonstre sensibilidade e respeito às suas queixas e aos seus problemas;
- c) aceitar o adolescente sem preconceitos de raça, posição social, hábitos e estilo de vida;
- d) ter disponibilidade e receptividade, auxiliando-o nas suas necessidades e na resolução de seus problemas;
- e) garantir confiança ou sigilo das informações, mesmo com os familiares;

- f) dividir as responsabilidades quanto às informações, à prevenção e ao tratamento, tanto com o adolescente como com a família em determinados casos;
- g) definir os limites profissionais para o adolescente e sua família;
- h) permitir que os pais ou acompanhantes participem da entrevista inicial ou das demais, deixando que decidam, entre eles, o momento da consulta individual. Garante-se dessa forma a confiança dos pais e o retorno do adolescente;
- i) aguardar o momento apropriado de propor a consulta individual para poder abordar aspectos mais delicados como a sexualidade, a relação com os pais, com o (a) namorado (a), etc;
- j) encaminhar de forma segura, com maior neutralidade possível e em momento propício, questões tais como uso de drogas, contraceptivos, gestação, doenças sexualmente transmissíveis, garantindo sigilo e aproveitando a oportunidade para orientar sobre a prevenção de agravos;
- k) respeitar o pudor do adolescente, explicando-lhes as etapas dos exames físicos e a importância para o diagnóstico, excluindo alguma das etapas caso não haja concordância;
- l) facilitar as relações e o entendimento do adolescente com sua família. (SOUZA, p.91 e 92. 1998)

Estas considerações resumem o processo de cuidar do adolescente para os quais o profissional precisa estar capacitado. Daí as enfermeiras apontarem a falta de capacitação, como fator de influência tanto na abordagem quanto no processo de cuidar do adolescente.

Eu sinto dificuldade em trabalhar com este grupo porque não fui preparada. (**Branca de Neve**)

Eu acho que preciso de um curso voltado para isso, para saber como é que vou trabalhar com adolescentes. (**Anastácia**)

A capacitação influencia... Não vamos aprender em uma capacitação a lidar 100% com esse grupo mas, uma capacitação que nos permita ouvir outras experiências de pessoas que já trabalham com esse grupo, experiências positivas. (**Wendy**)

A necessidade de capacitação e de educação continuada para se trabalhar com adolescente é uma verdade irrefutável. Todos os fatores que influenciam sobre a abordagem ao adolescente e o processo de cuidar junto a ele desenvolvido, são aspectos que, de uma certa maneira, exercem influência sobre a percepção e os sentimentos das enfermeiras acerca do cuidar do adolescente e a situação em que se encontra o atendimento à saúde deles nas unidades, cenário da nossa pesquisa.

Estes fatores se entrelaçam, e agem, tanto sobre o adolescente, quanto sobre as enfermeiras.

Sendo assim, acreditamos que para se desenvolver o processo de cuidar do adolescente, é preciso que todos estejam engajados, dispostos a realizá-lo de uma forma ampla e completa. Para tanto, não é necessária, exatamente, a implantação do PROSAD. Até porque o PSF não contempla, como já discutimos, a implantação de programas, mas a atenção integral à saúde de todos os componentes da família.

Esquemáticamente, poderíamos representar o processo de cuidar do adolescente, como visto na figura que segue.

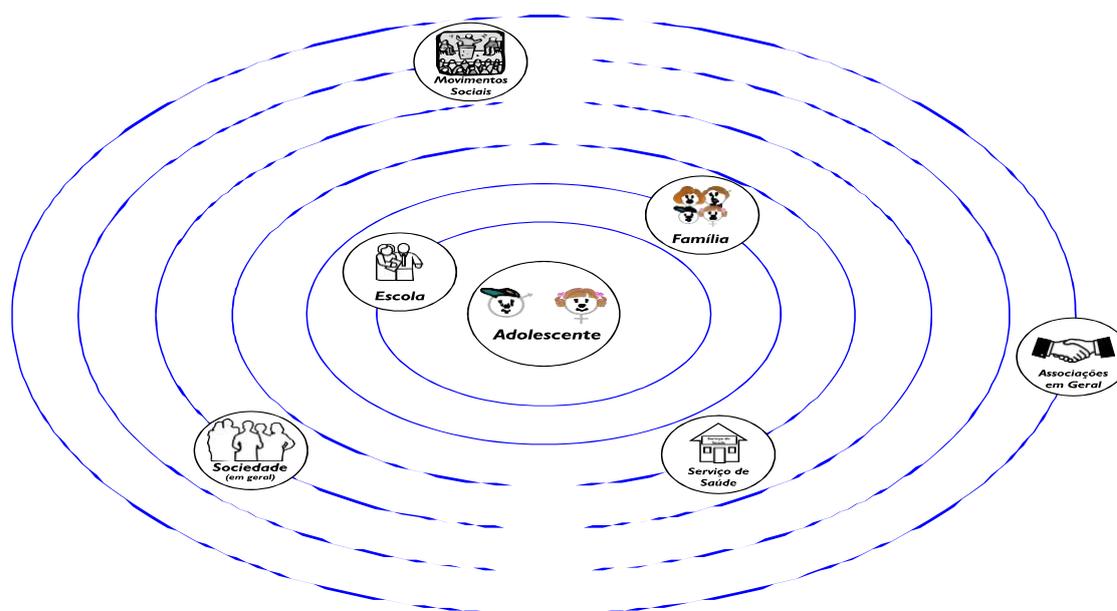


Figura nº 1 Processo de cuidar do adolescente

O adolescente é o nosso cuidando. Para alcançá-lo, é necessária a interação entre os serviços de saúde, sociedade, família e escola de modo que todos estes componentes se interrelacionem, simultaneamente, para que, a partir deste movimento, o adolescente seja alcançado. Ou seja, é preciso que o serviço de saúde integre-se com os diversos recursos da sociedade, especificamente, com a família e a escola, na mesma proporção em que a escola

integra-se com a família, a sociedade e o serviço de saúde, e assim, sucessivamente. Uma integração que implica em um compromisso com um cuidar mútuo e coletivo.

O processo de cuidar proposto permite a divisão de responsabilidades, proporcionando um maior alcance da atenção em direção aos problemas que atingem e afligem o adolescente. Em verdade, é um cuidar que partirá das periferias para atingir o núcleo do problema. É a criação de uma base sólida para que o adolescente possa ser acolhido e ter assegurado o seu direito de adolecer com qualidade.

5 REFLEXÕES FINAIS E SUGESTÕES

Este trabalho foi à oportunidade XC de aprofundar nossos estudos acerca da hebeatria, considerando o seu objetivo de apreender e analisar as percepções das enfermeiras que atuam nas unidades de PSF, das cidades de Itabuna e Ilhéus, sobre o adolescente e o seu processo de cuidar.

Através da abordagem qualitativa, desenvolvemos um estudo de caráter descritivo, onde utilizamos a entrevista semi - estruturada como técnica de coleta de dados. Estes foram trabalhados segundo a análise de conteúdo de Bardin. A partir dos conteúdos das entrevistas, extraímos 04 categorias que atenderam ao objeto e objetivos do estudo.

Quanto à primeira categoria, *Percepção das enfermeiras de PSF sobre o adolescente*, as enfermeiras perceberam o adolescente como um ser em fase de transição e transformação. Isto está coerente com a literatura, visto que esta fase pode ser considerada como um rito de passagem seguido de mudanças anátomo – fisiológicas e psicossociais que podem ser responsáveis pelo desencadeamento de inquietude, inconstância que podem levar o indivíduo a ser percebido como sendo complicado.

As enfermeiras perceberam, ainda, os adolescentes como desinformados. Na verdade, este grupo é assoberbado por uma infinidade de informações que chegam até eles, mas não encontram espaço ou ambiente propício para discuti-las e associá-las de forma correta. Este

fato nos indicou a necessidade de compreendermos como se dá o processo de aprendizagem, não só do adolescente mas, do indivíduo de um modo geral. É possível que, a partir desta compreensão passemos a implementar a educação em saúde nos seus diversos aspectos, e, em especial, no processo de cuidar do adolescente.

A segunda categoria, *Sentimentos das enfermeiras do PSF acerca do cuidar do adolescente*, nos colocou em frente aos sentimentos de despreparo das enfermeiras e da necessidade que sentem de treinamento específico, de educação continuada, o que emergiu em diversos momentos durante as entrevistas. Nossas personagens informaram que este despreparo veio da graduação, quando não tiveram um direcionamento para o cuidar deste grupo e persistiu durante a vida profissional pela ausência de um treinamento específico e/ou de um serviço de educação continuada que lhes proporcionassem um acompanhamento e treinamento sistemático acerca do assunto.

Devemos considerar, que, apesar de toda a responsabilidade da graduação, das lacunas no período de formação, os serviços, no caso o PSF, sob a responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde, não parecem proporcionar condições para o desenvolvimento de uma atenção à saúde do adolescente. Isto acrescido do fato de algumas enfermeiras não gostarem de trabalhar com adolescentes e acharem difícil tal função, fato que pode se constituir em obstáculo para o desenvolvimento do processo de cuidar desses usuários.

Pela diversidade das implicações do cuidar do adolescente, as enfermeiras expressam a necessidade de parcerias, o que não deixa de representar um grande avanço. Entretanto, é preciso que esses profissionais tomem consciência do seu poder político, saiam e busquem articular estas parcerias. A impressão que nos passa é que, como profissionais, as enfermeiras não conseguiram, ainda, incorporar o seu poder junto à comunidade, de modo a contribuir com as mudanças necessárias à saúde da população brasileira.

Quanto à terceira categoria, *Situação de atendimento à saúde do adolescente nas unidades do PSF*, pesquisadas, encontramos a saúde do adolescente sendo trabalhada esporadicamente ou de forma inespecífica, o que, ao nosso ver, é extremamente preocupante uma vez que este é um grupo em que urge a necessidade de atenção. Por muito tempo, fomos condicionadas a cumprirmos programas verticalizados e normatizados. O PSF desponta como uma possibilidade de autonomia e não podemos perder a oportunidade de desenvolver e colocar em prática toda a nossa capacidade de criar, recriar e inovar. Entretanto, nos pareceu que as enfermeiras do PSF, trazem consigo, ainda, as concepções anteriores de Unidade Básica, referindo-se sempre à implantação e ao desenvolvimento de programas, fato irrevelante se não fosse o reflexo da não incorporação da filosofia do serviço. Será que está se dando, nas unidades de PSF, ao invés da substituição do modelo assistencial, a reprodução das práticas desenvolvidas nas unidades básicas de saúde, baseadas em implantação de programas? Será que está sendo preconizado o desenvolvimento da atenção aos grupos etários inseridos no processo familiar?

Nós, enfermeiras, precisamos resgatar a inquietude da nossa própria adolescência para utilizá-la, de uma forma madura, na promoção de mudanças. É preciso desmistificar nossos tabus, repensar nossos valores... Não estamos nos referindo a desconstrução dos valores positivos tais como auto - estima, ética e respeito ao próximo.

No que se refere à quarta categoria, *Fatores que influenciam na abordagem ao adolescente e no processo de cuidar deste*, alguns deles foram expressos. Entre eles, o não impor conceitos é uma necessidade, quando se trata de práticas educativas, em especial, em se tratando de adolescentes. A comunidade a ser educada deve ter a oportunidade de construir seus próprios conceitos, de desenvolver a sua consciência crítica. Os profissionais de saúde, não devem ser os detentores do saber e das verdades absolutas, desde que esta atitude pode criar um abismo entre o profissional e a comunidade.

Um ponto crucial que interfere no processo de cuidar do adolescente, apontado pelas enfermeiras do PSF é a formação acadêmica. A pouca abordagem acerca das características da adolescência, suas peculiaridades, as estratégias de abordagem, nem sempre respeitam as portarias que determinam a inserção da saúde do

adolescente na formação do enfermeiro, trazendo prejuízos à formação do profissional no que se refere à compreensão e à condução do processo de cuidar nas unidades de PSF. Precisamos investir em estudos e pesquisas acerca do processo de cuidar do adolescente, para que possamos intervir na modificação da realidade vigente. Não há melhor lugar para iniciarmos este movimento do que o espaço acadêmico.

Para cuidar do adolescente é preciso que o enfermeiro tenha formação, busque atualização através de leituras, discussões e participação em congressos e seminários. Estabelecer parcerias e interação com os diversos segmentos da sociedade tais como a escola, família, e sociedade em geral (igreja, grupos de teatro, etc) também é imprescindível.

Mediante as percepções das enfermeiras do PSF acerca do cuidar do adolescente, emergiram algumas sugestões a serem pensadas: 1) a implantação de um Serviço de Educação Permanente na rede básica possibilitaria o acompanhamento das equipes de PSF a partir da sua inserção no serviço, proporcionando a atualização e formação constante. Através deste, seria possível o desenvolvimento da capacitação específica para o cuidar do adolescente, periódica e ampla de modo a alcançar todas as nuances da adolescência; 2) inserir no planejamento das unidades do PSF, atividades consistentes, bem articuladas com os demais segmentos da sociedade voltadas para o adolescente o que possibilitaria tempo hábil para o preparo destas, de modo a atender todos os requisitos exigidos a uma atenção de qualidade. Neste planejamento, poderiam estar previstas reuniões periódicas para avaliação sistemática das atividades desenvolvidas e o intercâmbio de experiências entre as equipes, bem como a reestruturação das estratégias que não tiverem bons resultados; 3) a inserção da disciplina específica sobre o cuidar de enfermagem ao adolescente na graduação, que possa permitir a compreensão teórica e prática acerca do cuidar de adolescentes, a desmistificação de tabus, eliminação dos estereótipos e possibilitando conclusões críticas acerca desta prática; 4) formação de núcleos de estudos interdisciplinares possibilitando o aprofundamento acerca da adolescência. Interagindo com outras áreas de conhecimento poderemos adquirir diversidade de saberes e implementarmos o cuidar de forma holística. Para a divulgação e atualização

deste núcleo, deveriam ser realizados eventos científicos, as quais funcionariam, também, como um alerta para os profissionais e governantes, da necessidade de investimentos nesta área.

Esperamos que este estudo possa servir de subsídio para as reflexões e ações que visem mudanças da realidade em que se encontra a saúde do adolescente, de modo que todos possam compreender que o problema da adolescência não está absolutamente no adolescente, mas na forma como o temos percebido e conduzido o seu cuidar.

6 REFERÊNCIAS

ANTUNES, C.. **Como transformar informações em conhecimento**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

ABERASTURY, A., KNOBEL, M. e colaboradores. **Adolescência normal: um enfoque psicanalítico**. 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

ABEn. RAMOS, F.R.S.; MONTICELLI, M; NITSCHKE, R.G. (org.) **Projeto Acolher – Um encontro de enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEn. 2000.

ANTUNES, M^a J. M.; EGRY, E. Y.. **O Programa de Saúde da Família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 54, n. 1, p. 98-107, jan./mar. 2001.

ARRUDA, E. N.. A pesquisa como instrumento de qualificação no processo de cuidar: a experiência do grupo cuidando e confortando – UFSC. **Anais /50º Congresso Brasileiro de Enfermagem: cuidar – ação terapêutica da enfermagem**. Salvador: ABEn – Seção Bahia, 1999.

BAHIA, S. de S.. **Centro de Referência do Adolescente Isabel Souto – CRADIS**. Disponível em “<http://www.saude.ba.gov.br>” Acessado em 24/03/2002.

BALEEIRO, M. C.; SIQUEIRA, M. J.; CAVALCANTI, R. C.; SOUSA, V. de. **Sexualidade do adolescente. Fundamentos para uma ação educativa**. Fundação ODEBRECHT. [2001?]

BARDIN, L.. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, R. do R.; COUTINHO, M^a de Fátima Goulart. A consulta do adolescente. In: COUTINHO, M. F. G.; BARROS, R. R. **Adolescência: uma abordagem prática**. São Paulo: Atheneu, 2001.

BEZERRA, A. L. Q.. **Educação permanente: a manutenção da qualidade**. In: Anais/ 50º

Congresso Brasileiro de Enfermagem: cuidar – ação terapêutica da enfermagem. ABEn – Seção Bahia, 1999.

BOFF, L.. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: vozes, 1999.

BRASIL, M. da S., **Programa de Saúde do Adolescente: bases programáticas**. Brasília, 1996.

BRASIL, M. da J.. **Estatuto da criança e do adolescente**. Comissão Sentinela do Estatuto da Criança e do Adolescente. Anápolis, 1991. A

BRASIL, M. da S., **Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) Módulo de sensibilização**. Brasília, 1991. B

BRASIL, M. da S.. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Bioética. V. 04, n.02, p. 15-25. Suplemento – 1996. A

BRASIL, M. da S.. Secretaria de Assistência à saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL, M. da S., **Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos de aluno: saúde da mulher, da criança e do adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. A

BRASIL, M. da S., **Programa de Saúde do Adolescente**. Disponível em [www. saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em: 20 de julho de 2001.

BRASIL, M. da S.. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e a diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. B

BRASIL, M. da S.. **Saúde do Adolescente**. Disponível em [www. saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em: 24 de março de 2002.

BRASIL, M. da S.. **Guia de adolescência. Orientação para profissionais da área médica**. Departamento de adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria. [2002]

BRUNACCI, J. M.; CARNEIRO, R. M. M.. Indicadores de saúde para a infância e adolescência. *In*: COSTA, Maria Conceição Oliveira; SOUZA, Ronald Pagnocelli (org.) **Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

CALLIGARIS, C.. **A adolescência**. São Paulo: Publifolha, 2000.

CAMARGO, C. L. de; BURALLI, K. O.. **Violência familiar**. Salvador: Ultragraph, 1998.

CAVALCANTI, R. da C.. **Adolescência**. *In*: VITIELLO, N.. **Adolescência hoje**. CEICH (Centro de Ensino e Investigação em Comportamento Humano). 1997.

CHAVES JÚNIOR, E. de O.. **Políticas de Juventude:** revolução histórica e definição. In: SCHOR, N.; MOTA, M^a S. F. T.; BRANCO, V. C. (org.) Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999.

COREN-BAHIA (Conselho Regional de Enfermagem da Bahia). **Presente Investindo na Qualidade.** Salvador: 1999/2002

CORRÊIA, A.C. de P. A enfermagem brasileira e a saúde do adolescente. In: RAMOS, F.R.S.; MONTICELLI, M; NITSCHKE, R.G. (org.) **Projeto Acolher – Um encontro de enfermagem com o adolescente brasileiro.** Brasília: ABEn. 2000.

COUTINHO JÚNIOR, W.. **Adolescência, ritual de passagem.** ? Vol. 7. N°1 Janeiro/fevereiro, 1994.

DECLARAÇÃO DE ALMA – ATA. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 6 – 12 de setembro de 1978; Alma – Ata, URSS; Organização Mundial de Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância.

DONAS, S.. **Marco epidemiológico – conceptual da saúde integral do adolescente.** Brasília: Organização Pan –Americana da Saúde/ OMS. 1992

ELIAS, M. et. al.. **A adolescência e a inteligência emocional:** como criar filhos com amor, bom humor e firmeza. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

FEIJÓ, R. B.; COSTA, M^a C. O.. **Ensino e assistência em adolescência:** realidade e perspectivas. *Jornal de Pediatria.* Vol. 77, Supl.2, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2001.

FEREIRA, A. B. de H.. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa.** 1^a edição, (3^a impressão). Rio de Janeiro: Editora Fronteiras, 1988.

FONSECA, A. P. F. da. S. In: COUTINHO, M. F. G.; BARROS, R. R.. **Adolescência: uma abordagem prática.** São Paulo: Atheneu, 2001.

FREIRE, P.. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 18^a edição. São Paulo: Paz e Terra S/A, 1996.

GANDRA, F. R.; PIRES, C. V.; LIMA, R. C. V.. **O dia-a-dia do professor:** Adolescência, afetividade, sexualidade e drogas. V.5. 1^a edição. Belo Horizonte: FAPI, 2002.

GAUDERER, E. C.. **Sexo e sexualidade da criança e do adolescente.** Rio de Janeiro: Record: Rosa dos tempos, 1996.

GOLDENBERG, M.. **A arte de pesquisar:** como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 3^a ed.. Rio de Janeiro: Record, 1999.

GUIMARÃES, E. B.. **Gravidez na adolescência:** fatores de risco. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. *Adolescência : prevenção e risco* São Paulo: Atheneu, 2001.

JESUS, M. C. P. de. *Educação sexual e compreensão da sexualidade na perspectiva da*

enfermagem. *In*: RAMOS, R.S. MONTICELLI, M; NITSCHKE, R.G. (org.) **Projeto Acolher – Um encontro de enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEn. 2000.

KNOBEL, M. A Síndrome da Adolescência Normal. *In*: ABERASTURY, A., KNOBEL, M. e colaboradores. **Adolescência normal: um enfoque psicanalítico**. 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

LAVILLE, C. DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda.1999.

LEAL, M. M.; SILVA, L.E.V.. Crescimento desenvolvimento puberal. *In*: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. **Adolescência : prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu, 2001.

LEAL, M. M. L.; SAITO, M. I. Síndrome da adolescência normal. *In*: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. **Adolescência: prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu, 2001.

LEOPARDI, M. T.. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palotti, 2001.

LEVY, S. N.; SILVA, J. J. C. da; CARDOSO, I. F. R.; WERBERICH, P. M.; MOREIRA, L. L. ; MONTIANI, H.; CARNEIRO, R. M.. **Educação em saúde: histórico, conceito e propostas**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns>. Acessado em: 17/09/99.

MACKENZIE, R. G.. Abordagem ao adolescente em condições clínicas. *In*: FARROW, J. A.. **Clínicas Médicas da América do Norte. Medicina do adolescente**. Vol. 5. Rio de Janeiro: Interlivros, 1990.

MANDÚ, E. N. T.; PAIVA, M. S.. Consulta de Enfermagem a adolescentes. *In*: RAMOS, F.R.S. **Adolescer: compreender, atuar, acolher**. Brasília: ABEn. 2001.

MALIANDI, R.. La salud como problema moral. *In*: CAPONI, G. A; LEOPARDI, M. T; CAPONI, S. N. C. (Org.) **A saúde como desafio ético**. Anais 1. SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE FILOSOFIA E SAÚDE. Florianópolis, SC: SEFES, 1997.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitech – Abrasco. Rio de Janeiro, 1992.

NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M.. **O cuidado à criança centrado na família**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Rio de Janeiro, v. 6, Suplemento n. 1, p. 107-114, dezembro de 2002.

NEVES, E. P.. **Editorial**. Revista texto e contexto enfermagem. Florianópolis, v. 10, n. , p. 9 – 10. Janeiro a abril de 2001.

NEVES, E. P.. **As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico – filosóficas**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Rio de Janeiro, v. 6, Suplemento n. 1, p. 79 - 92, dezembro de 2002.

NURSING, Atualidades. **Projeto Acolher: compromisso da enfermagem com a saúde do adolescente**. Nursing, março de 2000.

OLIVEIRA, N. S.. **Educação continuada e permanente em enfermagem: participação do enfermeiro**. Salvador – Ba: UFBA, 2001.

PERES, E. M.. **A estratégia saúde da família e sua ajuda na consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Rio de Janeiro, v. 6, Suplemento n. 1, p. 115-124, dezembro de 2002.

PIROTTA, W. R. B.; PIROTTA, K. C. M.. **O adolescente e o direito à saúde após a Constituição de 1998**. In: SCHOR, N.; MOTA, M^a S. F. T.; BRANCO, V. C. (org.) Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P.. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3^a edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RAMOS, F.R.S. **Adolescer: compreender, atuar, acolher**. Brasília: ABEn. 2001.

RAMOS, T. A. G.; SANTANA, J. S. da S.. O papel da enfermagem na infância, na adolescência, na família e na equipe multiprofissional. In: COSTA, M. C. O.; SOUZA, R. P. (org.) **Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

REATO, L. de F. N.. **Mídia x Adolescência**. *Pediatria Moderna*. Vol. XXXVII. Edição Especial. Maio/2001.

RENA, L. C. C. B.. **Sexualidade e adolescência – as oficinas como prática pedagógica**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

RICHARDSON, R. J.. **Pesquisa social: métodos e técnicas**, 2^a ed.. São Paulo: Atlas. 1989.

ROCHA, C. R. M.. O acompanhamento do adolescente no meio social. In: RAMOS, F.R.S. **Adolescer: compreender, atuar, acolher**. Brasília: ABEn. 2001.

ROCHA, C. R. M.; TASSITANO, C. M. L.M. e SANTANA, J.S.S. **O acompanhamento do adolescente na família**. In: RAMOS, F.R.S. **Adolescer: compreender, atuar, acolher**. Brasília: ABEn. 2001.

ROCHA, C. R. M.; et. al.. Acompanhamento do adolescente na escola. In: RAMOS, F.R.S. **Adolescer: compreender, atuar, acolher**. Brasília: ABEn. 2001.

SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V.. **Medicina de adolescentes: visão histórica e perspectiva atual**. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V.. **Adolescência : prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu, 2001.

SAITO, M. I.. **Adolescência, cultura, vulnerabilidade e Risco. A prevenção em questão**. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V.. **Adolescência : prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu, 2001. b

SALES, J. M. de.. Os pais dos adolescentes. In: VITIELLO, N.. **Adolescência hoje**. CEICH (Centro de Ensino e Investigação em Comportamento Humano). 1997.

SANTANA, J. S. de S.; FERRIANI, M^a das G. C. Violência rima com adolescência? In: RAMOS, F.R.S. **Adolescer: compreender, atuar, acolher**. Brasília: ABEn. 2001.

SIA/SUS. Disponível em : <http://www.saude.gov.br>. Acessado em: 17/11/2002.

SIGAUD, C. H. S.; VERÍSSIMO, M. D. L. R.. **O adolescente**. In SIGAUD, C. H. S. (org.). *Enfermagem Pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente*. São Paulo: EPU, 1996.

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

SILVA, C. V. da; ZEITOUNE, R. C. G. A prática de cuidar/cuidado à saúde dos adolescentes em unidade básica de saúde. In: RAMOS, .R.S. MONTICELLI, M; NITSCHKE, R.G. (org.) **Projeto Acolher – Um encontro de enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEn. 2000.

SIQUEIRA, J. E. de. H. J. e a ética da responsabilidade. In: URBAN, Cícero de Andrade. **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

SOUZA, R. P. de. Abordagem do adolescente. In: COSTA, M. C. O.; SOUZA, R. P. (org.) **Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

STROILI, M. H. M. Escola: o aprendizado em questão. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V.. **Adolescência: prevenção e risco** São Paulo: Atheneu, 2001.

TIBA, I.. **Disciplina: o limite na medida certa**. São Paulo: Editora Gente, 1996.

VITIELLO, N.. Caracterização biológica de adolescência. In: VITIELLO, N.. **Adolescência hoje**. CEICH (Centro de Ensino e Investigação em Comportamento Humano). 1997.

ZAGURY, T.. **O adolescente por ele mesmo**. 7^a edição. Rio de Janeiro: Record, 1996.

ZAPPA, A. A. et. al. **Estatísticas e epidemiologia da violência Estatuto da Criança e do adolescente**. *Pediatria Moderna*. Rio de Janeiro, v. XXXVI – Nº 11, novembro de 2000.

WALDOW, V. R.. **Cuidado: uma revisão teórica**. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto alegre 13 (12); 29-35, julho 1992.

WALDOW, V. R.. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Editora Sagra Luzzatto, 1999. 2^a edição.

WALDOW, V. R.. **O cuidar humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus processo de cuidar**. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 9, p. 284 – 293, set./dez. 2001.

WIISTHOF, R.. **As dores e humores do crescimento II**. Disponível em: <http://www.corpohumano.hpg.ig.com.br>. Acessado em: 17/03/2002.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA

ESCOLA DE ENFERMAGEM - UFBA

ANEXO A

Ilhéus, 18 de junho de 2003.

Ilmº Sr.

Paulo Medauar

Secretário de Saúde do município de Ilhéus – Ba

Vimos, por meio deste, solicitar da V. Sa. a apreciação do projeto de pesquisa intitulado “O cuidar do adolescente: percepção dos enfermeiros do PSF”, de autoria da mestrandia Aretusa de Oliveira Martins, com respectiva autorização, por escrito, para a coleta de dados nas unidades de PSF, para fins de elaboração da dissertação do Mestrado em Enfermagem – convênio UFBA/UESC. Será utilizado como instrumento de coleta de dados a entrevista semi –estruturada com as enfermeiras que atuam nas referidas unidades de PSF, deste município. Por fim, os dados coletados serão trabalhados e utilizados.

Certa da colaboração da V. Sa., agradecemos desde já.

Atenciosamente,

Therezinha Teixeira Vieira

Coordenadora Local do Mestrado em Enfermagem

UFBA/UESC



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA

ESCOLA DE ENFERMAGEM - UFBA

ANEXO B

Ilhéus, 18 de junho de 2003.

Ilmº Sr.

Paulo Bicalho

Secretário de Saúde do município de Ilhéus – Ba

Vimos, por meio deste, solicitar da V. Sa. a apreciação do projeto de pesquisa intitulado “O cuidar do adolescente: percepção dos enfermeiros do PSF”, de autoria da mestranda Aretusa de Oliveira Martins, com respectiva autorização, por escrito, para a coleta de dados nas unidades de PSF, para fins de elaboração da dissertação do Mestrado em Enfermagem – convênio UFBA/UESC. Será utilizado como instrumento de coleta de dados a entrevista semi –estruturada com as enfermeiras que atuam nas referidas unidades de PSF, deste município. Por fim, os dados coletados serão trabalhados e utilizados.

Certa da colaboração da V. Sa., agradecemos desde já.

Atenciosamente,

Therezinha Teixeira Vieira

Coordenadora Local do Mestrado em Enfermagem

UFBA/UESC



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA

ESCOLA DE ENFERMAGEM - UFBA

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA

1- Identificação

Nome:

Idade:

Sexo:

Grau de instrução:

Especialização:

Religião:

Profissão:

Ocupação:

Endereço:

Telefone:

Tempo de serviço no PSF

2- Perguntas da entrevista

1. A saúde do adolescente é trabalhada nesta unidade[De que forma] A partir de que ações
Pôr quem
2. Como você percebe o adolescente
3. Como você se sente quando cuida de adolescente
4. Quais são os fatores que influenciam na sua abordagem ao adolescente
5. Que outros fatores influenciam no processo de cuidar do adolescente
6. Você se sente preparado para cuidar de adolescente.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA

ESCOLA DE ENFERMAGEM - UFBA

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO DE LIVRE ESCLARECIMENTO

Expresso através deste a minha aceitação em participar como sujeito da pesquisa que pretende estudar a percepção do enfermeiro frente ao processo de cuidar do adolescente de autoria da mestrandia Aretusa de Oliveira Martins, a qual poderá utilizar-se do conteúdo de minhas informações para fins científicos, sem, contudo, desrespeitar o meu direito à privacidade, através do sigilo quanto às informações confidenciais.

Foi-me esclarecido que esta pesquisa trata-se de um estudo realizado como exigência do curso de Mestrado em Enfermagem, da UFBA, e terá como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, que será gravada em fita K-7 e transcrita a seguir, a fim de que possa ser por mim apreciada para a confirmação das informações aí contidas e até acréscimo de outras que eu julgue necessárias.

Fica aqui claramente expresso o meu direito, enquanto sujeito, de recusar-me a participar desta pesquisa, ou tendo aceitado e assinado este termo, o de retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que seja submetido a penalidades. Sem mais,

Sujeito da pesquisa

Aretusa de Oliveira Martins

APENDICE C - Dados Metodológicos

QUADRO 1: Estratificação dos dados das entrevistas realizadas junto aos sujeitos

- Anastásia 1 ■ Esmeralda 7
- Bela 2 ■ Iasmine 8
- Wendy 3 ■ Cinderela 9
- Ariel4 ■ Branca de Neve 10
- Mullan 5 ■ Rapunzel 11
- Pocahontas 6 ■ Alice 12

PERGUNTAS	UNIDADES DE REGISTRO (trechos das entrevistas dos sujeitos)	SUB-CATEGORIAS
<p>A saúde do adolescente é trabalhada nesta unidade? De que forma? Por quem?</p>	<p>1-Nós, ainda não implantamos esse serviço direcionado ao adolescente.</p> <p>2-Nós não temos um programa direcionado para a saúde do adolescente, por várias questões. Mas, não tem assim, um trabalho direcionado para a saúde do adolescente.</p> <p>3-No momento, assim, um grupo específico, não.</p> <p>4-Não. Grupo específico, não.</p> <p>5-Estruturada como programa de saúde do adolescente, não.</p> <p>6-Não. Especificamente para o adolescente, não.</p> <p>8-Não.</p> <p>9-Não. Nenhum tipo de ação é desenvolvida... O serviço não oferece nada para o adolescente.</p> <p>10-Tentei. Tentei várias vezes mas, não consegui.</p> <p>11-Especificamente, a saúde do adolescente, não.</p> <p>12-Não, especificamente, voltado para o adolescente.</p>	<p>A saúde do adolescente não é trabalhada, especificamente, nas unidades pesquisadas.</p>
<p>A saúde do adolescente é trabalhada nesta unidade? De que forma? Por quem?</p>	<p>1-Apesar de não estar implantado , ainda, na unidade, o programa de planejamento familiar, mas nós temos atendido algumas paciente adolescentes...em relação aos métodos contraceptivos.</p> <p>2-A atividade que agente consegue envolver o adolescente é com um planejamento familiar.</p> <p>4-Só na saúde da mulher.</p>	<p>A saúde do adolescente, Quando trabalhada, é, apenas, no contexto da</p>

	<p>5-Nós temos um trabalho com adolescentes, assim, esporádico, ... palestra sobre sexualidade com os adolescentes na escola.</p> <p>6-Agente tem um número grande de gravidez em adolescente. Então, trabalhamos com palestras, na escola.</p> <p>7-Eu faço, pré-natal e, durante os programas, nós atendemos adolescentes, principalmente gestantes. Atende, também, na saúde da mulher.</p> <p>9-A única coisa que temos, mas que não é voltado para o adolescente é a distribuição de camisinha e o pré-natal. Que não temos o pré – natal voltado para o adolescente.</p> <p>11-Embutido no programa de planejamento familiar e quando fazemos o pré-natal. Nós trabalhamos com o adolescente mas de uma forma esporádica.</p>	<p>saúde da mulher (planejamento familiar, pré-natal) ou esporadicamente em palestras sobre sexualidade.</p>
<p>A saúde do adolescente é trabalhada nesta unidade? De que forma? Por quem?</p>	<p><u>1-Eu não sei se eles não estão encontrando espaço para serem trabalhados... Ou se eles acham que o serviço de saúde é mais direcionado para a criança e o idoso... O adolescente está entrando nas drogas por não estar encontrando espaço para ele.</u></p> <p><u>10- Eles se vêem assim: não são mais crianças, não são adultos e são incompreendidos de todos os lados.</u></p> <p><u>11- Ele está solto. Eu percebo o adolescente solto no universo. Ele não tem referência dentro da família, nem na escola, nem na área de saúde. Então eu percebo o adolescente solto, sem um parâmetro para seguir... Então ele vai procurar um coleguinha dele que, também, não tem.</u></p>	<p>O adolescente está sem referência no serviço de saúde</p>
<p>COMO VOCÊ PERCEBE O ADOLESCENTE?</p>	<p><u>2-É um ser complicado...</u></p> <p><u>3-O adolescente de hoje está muito agitado, agente não consegue compreender...</u></p> <p><u>4-É um ser muito complicado, complexo...</u></p> <p><u>5-Ao mesmo tempo que eles têm boa vontade, entusiasmo que nós convidamos e eles comparecem, de repente não contamos mais com aquele grupo. Aquela coisa da inconstância...</u></p>	<p>O adolescente é percebido pelas enfermeiras do PSF com um ser complicado, agitado, inquieto e</p>

		inconstante.
COMO VOCÊ PERCEBE O ADOLESCENTE?	8-É uma fase de transição da infância para a fase adulta... <u>09-Ele está em uma fase de transição emocional, do pensar, do viver...</u> <u>10-É uma fase de transição muito complicada.</u>	O adolescente é percebido pelas enfermeiras do PSF como um ser em fase de transição.
COMO VOCÊ PERCEBE O ADOLESCENTE?	<u>7-Os adolescentes são assim... pelo menos na área que eu atuo, eles são muito desinformados.</u>	O adolescente é percebido pelas enfermeiras do PSF como desinformado.
COMO VOCÊ PERCEBE O ADOLESCENTE?	<u>2-Para mim é um ser em transformação...</u> <u>12-É um ser humano em fase de formação...</u>	O adolescente é percebido pelas enfermeiras do PSF como um ser em fase de formação ou em transformação.
Como você se sente quando cuida de adolescentes?	1-Nós nos sentimos meio receiosa, não nos sentimos muito segura em estar direcionando os adolescentes. 6-Eu me sinto um pouco insegura... 12-Eu, ainda me sinto assim... um pouco recuada.	Ao cuidar de adolescentes, as enfermeiras do PSF, sentem - se inseguras.
Como você se sente quando cuida de adolescentes?	<u>2-Eu não me sinto capacitada para lidar com determinados assuntos, principalmente, relacionado a sexualidade. É preciso a capacitação de toda a equipe. Não a capacitação de dois dias ou uma semana. Precisamos, muito, de um programa de educação continuada.</u> 6-Eu gostaria que tivesse uma orientação mais sistemática. <u>9-Despreparada. Para ser bem sincera, eu me sinto despreparada.</u>	Ao cuidar de adolescentes, as enfermeiras do PSF, sentem - se despreparadas

	<p><u>12-Eu acho que, para trabalhar com adolescentes, você precisa ser, também, capacitada.</u></p>	<p>, sem capacitação./T reina-mento específico e de terem educação continuada nesta área</p>
<p>Como você se sente quando cuida de adolescentes?</p>	<p>3-Eu me sinto dasanimada...</p> <p>8-Eu me sinto impotente, porque não tenho experiência nenhuma em trabalhar com adolescentes.</p> <p>11-Eu me sinto impotente. Eu estou percebendo que nós temos culpa e que eu, por ser uma profissional da área de saúde, enfermeira e trabalhar em uma equipe de PSF, ...que tem que Ter uma demanda organizada... eu estou deixando passar esse adolescente. O sentimento que me traz é de angústia. O que é que estamos fazendo?</p>	<p>Ao cuidar de adolescentes, as enfermeiras do PSF, sentem - se impotentes, angustiadas e desanimadas.</p>
<p>Como você se sente quando cuida de adolescentes?</p>	<p>5-Eu acho muito difícil a convivência com adolescente e, pessoalmente, se eu tivesse que priorizá-lo, eu não o faria. Eu não gosto muito mas...</p> <p>7-Eu acho um pouquinho difícil...</p>	<p>As enfermeiras do PSF acham difícil ou não gostam de trabalhar com adolescentes.</p>
<p>Como você se sente quando cuida de adolescentes?</p>	<p>2-O enfermeiro fica muito sozinho nesta questão, principalmente, o enfermeiro de PSF que tem que se envolver com gerenciamento, organização de programas... É preciso o envolvimento de toda a equipe. Eu acho que não é só o enfermeiro que tem que buscar. Toda a equipe tem que estar motivada e interessada.</p> <p>3-Enquanto não tiver parcerias que possam colocar o trabalho as saúde engajado em outras coisas, eu acho que não funciona... Nós não conseguimos andar sozinhos e o adolescente tem que ser trabalhado em outros grupos da sociedade com a igreja , com a escola, na questão do esporte para</p>	<p>Ao cuidar de adolescentes, as enfermeiras do PSF, sentem - se sozinhas.</p>

	<p>... possa ver realmente a parte da saúde. E preciso parceria para trabalhar, por exemplo, com teatro. Trabalhar o adolescente com teatro, com capoeira, coisas que o adolescente gosta.</p>	<p>Sentem que necessitam de parcerias.</p>
<p>Quais são os fatores que influenciam na abordagem ao adolescente?</p>	<p>2-Ainda tem muito tabu em relação a isso...Tem muito essa questão, ainda, está muito impregnada... Eu tenho , ainda, aquela coisa do preconceito. Algumas situações me chocam 8-Tem coisas que nós agente acaba não aceitando e depois não sabe como tratar aquilo ali como normal. Talvez por tabu, por não aceitar aquilo. 9-Até para eles é um tabu.</p>	<p>Os tabus das enfermeiras e dos adolescentes influenciam na abordagem ao adolescente.</p>
<p>Quais são os fatores que influenciam na abordagem ao adolescente?</p>	<p>3-A Universidade nos prepara para o mercado de trabalho. Só que hoje nós precisamos de muito mais coisa didática. Tem que aprender a trabalhar com o lúdico, com coisa que possam fazer com esse grupo sinta vontade de participar, motivado para participar. 4-O que nós víamos na graduação era, realmente, planejamento familiar... Não que tivesse alguma coisa voltada para o trabalho com o adolescente, só o planejamento familiar. 10-É aquele preparo geral na graduação mas, que não dá respaldo para trabalhar, assumir um grupo de adolescente. 1-Na época da faculdade agente vê muito pouco. São coisas mais soltas...O que agente vê na faculdade, como já falei, é muito pouco.</p>	<p>A formação acadêmica não direcionada para o adolescente influencia na abordagem ao adolescente.</p>
<p>Quais são os fatores que influenciam na abordagem ao adolescente?</p>	<p>7-A abordagem é muito importante. A depender de como você aborda, o adolescente pode ficar inibido.</p>	<p>A comunicação influencia na abordagem ao adolescente (criar uma</p>

		identificação) Receio de criar uma barreira.
Quais são os fatores que influenciam no processo de cuidar do adolescente?	3-Tudo que agente faz na unidade é pela própria experiência de vida.	A experiência de vida influencia no processo de cuidar do adolescente
Quais são os fatores que influenciam no processo de cuidar do adolescente?	3-É comum que agente, da área de saúde, pegue nossos conhecimentos e jogue para que o adolescente absorva. Agente nunca busca o contrário, o que ele já sabe para que, a partir daí, ele desenvolva o pensamento crítico. 12-Nós estamos colando conceitos nossos. Não dá a oportunidade dele criar seu próprio conceito, nós temos que respeitar o lado individual do adolescente.	A imposição de conceitos, por parte da enfermeira, não dá oportunidade, ao adolescente, da criação de novos conceitos.
Quais são os fatores que influenciam no processo de cuidar do adolescente?	2-A unidade é muito pequena. Não tem um espaço físico específico para atender ao adolescente e ele não quer se expor. 12-O ideal seria que tivesse um espaço, aqui na unidade. Mas, não justifica não estarmos trabalhando com adolescentes.	A necessidade de um espaço físico apropriado influencia no processo de cuidar do adolescente.
Quais são os fatores que influenciam no processo de cuidar do adolescente?	10-A preparação dos profissionais influencia no processo de cuidar O profissional não está preparado. 1-Não somos preparados, suficientemente, para trabalhar com isso. Às vezes, também, nós não tivemos essa abordagem na nossa criação. 8-A nossa criação acaba influenciando. Como eu fui pouco abordada em casa, eu tive que aprender tudo na cara e na coragem Hoje fico sem saber como chegar	A falta de preparo formal e informal influencia no processo de cuidar do adolescente.

	ao adolescente.	
Quais são os fatores que influenciam no processo de cuidar do adolescente?	<p>3-Nós temos valores que no momento da consulta... Por exemplo, eu nunca experimentei drogas mas, eu posso atender alguém, com 13 anos, que esteja experimentando. Às vezes, nós não procuramos saber o que foi que o levou àquela experiência. Apenas na nossa cabeça: "droga é coisa ruim".</p> <p>9-Nós não podemos negar que os valores que trazemos da nossa infância estão influenciando na nossa vida. Por mais que tenhamos acesso a outras informações. Algumas coisas são difíceis de romper.</p>	Os valores individuais influenciam no processo de cuidar do adolescente.
Quais são os fatores que influenciam no processo de cuidar do adolescente?	5-Tem que ter uma equipe multidisciplinar.	A falta de uma equipe multidisciplinar influencia no processo de cuidar do adolescente.
Quais são os fatores que influenciam no processo de cuidar do adolescente?	<p>10-Eu sinto dificuldade em trabalhar com o grupo porquê eu não fui preparada.</p> <p>1-Eu acho que preciso de um curso voltado para isso, para saber como é que eu vou trabalhar com adolescentes.</p> <p>3-A capacitação influencia... Não que agente vá aprender numa capacitação a lidar 100% com esse grupo mas, uma capacitação que nos permita ouvir outras experiências de pessoas que já trabalham com esse grupo, experiências positivas. Para que possamos ser direcionados por alguma estratégia que já deu certo, em algum lugar.</p> <p>4-Falta, realmente, assim... alguma coisa específica para que possamos atuar.</p>	A falta de uma capacitação influencia no processo de cuidar do adolescente.
Quais são os fatores que influenciam no processo de cuidar do adolescente?	7-Você faz todas as orientações durante o pré-natal: aleitamento, o que se deve fazer, o que não se deve fazer e quando você chega lá, estão fazendo tudo diferente. "Porquê: minha avó disse isso, minha mão	O não cumprimento, por parte dos usuários, das orientações

	disse aquilo..."	dadas pelas enfermeiras influencia no processo de cuidar do adolescente.
Quais são os fatores que influenciam no processo de cuidar do adolescente?	5-O estilo de cada pessoa ajuda muito. Quando a pessoa é mais extrovertida, brinca, consegue a simpatia com o grupo. Então, ajuda muito.	O estilo da cada pessoa influencia no processo de cuidar do adolescente.(ser introvertida ou extrovertida)
Quais são os fatores que influenciam no processo de cuidar do adolescente?	5-Outra coisa que ajuda muito no cuidar do adolescente é essa capacidade de escutar. De ouvir, sem julgar... acolher o adolescente sem preconceito.	A capacidade de escutar sem julgar, sem preconceitos influencia no processo de cuidar do adolescente.
Quais são os fatores que influenciam no processo de cuidar do adolescente?	3-Nós, da área de saúde, não conseguimos falar a mesma linguagem do adolescente... Na faculdade é mais aquela coisa técnica... Essa linguagem nós precisamos esquecer e utilizar toda a orientação numa linguagem popular, acessível àquele grupo. É uma dificuldade...	A linguagem técnica dificulta a comunicação com o usuário.
A saúde do adolescente é trabalhada? De que forma? Por quem?	7-Durante o programa de pré-natal nós atendemos algumas adolescentes. 11-Embutido assim, no programa de planejamento familiar. 5-Estruturada como programa de saúde do adolescente, não. 2-Nós não temos um programa direcionado para trabalhar com adolescentes. 1-Na unidade, o programa de planejamento familiar...	As enfermeiras utilizam linguagem de programa, mesmo e m se tratando de PSF.

--	--	--	--

APENDICE D
DADOS METODOLÓGICOS

QUADRO 2: Delimitação das categorias temáticas

Legenda: Sujeitos do estudo

■ Anastásia 1 ■ Bela 2 ■ Wendy 3 ■ Ariel4 ■ Mullan 5 ■
Pocahontas6
■ Esmeralda 7 ■ Iasmine 8 ■ Cinderela9 ■ Branca de Neve10 ■ Rapunzel 11 ■
Alice12

PERGUNTAS	UNIDADES DE REGISTRO (trechos das entrevistas)	SUB CATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>Você se sente preparada para cuidar de adolescentes?</p>	<p>7-Não. Só de adolescentes, não. Eu teria que me preparar.</p> <p>8-Não. Nem um pouco.</p> <p>9-Eu me sinto despreparada.</p> <p>11-Eu não. Acho que ainda falta muito...</p> <p>12-Eu não teria tanta segurança em dizer que sim.</p> <p>6-Totalmente, não.</p> <p>5-Em algumas coisas sim, em outras não.</p> <p>4-Não. Nem um pingo.</p> <p>3-Não. Tudo que agente faz na unidade é pela própria experiência de vida.</p> <p>2-Não. Eu acho que ainda falta muita coisa.</p> <p>10-Eu sinto dificuldades em trabalhar com o grupo porque eu não fui capacitada.</p> <p>8-É uma fase de transição da infância para a fase adulta...</p> <p>09-Ele está em uma fase de transição emocional, do pensar, do viver...</p> <p>10-É uma fase de transição muito complicada.</p> <p><u>2-Para mim é um ser em transformação...</u></p> <p><u>12-É um ser humano em fase de formação...</u></p>	<p>O adolescente é percebido pelas enfermeiras como um ser em fase de transição, de transformação em formação.</p>	<p>As enfermeiras do PSF não se sentem preparadas para cuidar de adolescentes.</p> <p>Percepção das enfermeiras do PSF sobre o adolescente</p>

	<p><u>2-É um ser complicado...</u></p> <p><u>3-O adolescente de hoje está muito agitado, agente não consegue compreender...</u></p> <p><u>4-É um ser muito complicado, complexo...</u></p> <p><u>5-Ao mesmo tempo que eles têm boa vontade, entusiasmo que nós convidamos e eles comparecem, de repente não contamos mais com aquele grupo. Aquela coisa da inconstância...</u></p> <p><u>7-Os adolescentes são assim... pelo menos na área que eu atuo, eles são muito desinformados.</u></p>	<p>O adolescente é percebido como um ser complicado, agitado, inquieto, inconstante e desinformado.</p>	
	<p><u>1-Eu não sei se eles não estão encontrando espaço para serem trabalhados... Ou se eles acham que o serviço de saúde é mais direcionado para a criança e o idoso... O adolescente está entrando nas drogas por não estar encontrando espaço para ele.</u></p> <p><u>10-Eles se vêem assim: não são mais crianças, não são adultos e são incompreendidos de todos os lados.</u></p> <p><u>11-Ele está solto. Eu percebo o adolescente solto no universo. Ele não tem referência dentro da família, nem na escola, nem na área de saúde. Então eu percebo o adolescente solto, sem um parâmetro para seguir... Então ele vai procurar um coleguinha dele que, também, não tem.</u></p>	<p>O adolescente está sem referência no serviço de saúde.</p>	

	<p><u>2-Eu não me sinto capacitada para lidar com determinados assuntos, principalmente, relacionado a sexualidade. É preciso a capacitação de toda a equipe. Não a capacitação de dois dias ou uma semana. Precisamos, muito, de um programa de educação continuada.</u></p> <p><u>6-Eu gostaria que tivesse uma orientação mais sistemática.</u></p> <p><u>9-Despreparada. Para ser bem sincera, eu me sinto despreparada.</u></p> <p><u>12-Eu acho que, para trabalhar com adolescentes, você precisa ser, também, capacitada.</u></p>	<p>Ao cuidar de adolescentes, as enfermeiras sentem-se despreparadas, sem capacitação... necessitam de treinamento específico, educação continuada.</p>	<p>Sentimento das enfermeiras do PSF acerca do cuidar do adolescente</p>
	<p><u>2-O enfermeiro fica muito sozinho nesta questão, principalmente, o enfermeiro de PSF que tem que se envolver com gerenciamento, organização de programas...</u></p> <p><u>É preciso o envolvimento de toda a equipe. Eu acho que não é só o enfermeiro que tem que buscar. Toda a equipe tem que estar motivada e interessada.</u></p> <p><u>3-Enquanto não tiver parcerias que possam colocar o trabalho as saúde engajado em outras coisas, eu acho que não funciona... Nós não conseguimos andar sozinhos e o adolescente tem que ser trabalhado em outros grupos da sociedade com a igreja , com a escola, na questão do esporte para que se possa ver realmente a parte da saúde.</u></p> <p><u>É preciso parceria para trabalhar, por exemplo, com teatro. Trabalhar o adolescente com teatro, com capoeira, coisas que o adolescente gosta.</u></p>	<p>Ao cuidar do adolescente, as enfermeiras sentem a necessidade de parcerias com grupos da comunidade (igrejas, escolas, etc) para desenvolver o cuidar do adolescente</p>	
	<p><u>5-Eu acho muito difícil a convivência com adolescente e, pessoalmente, se eu tivesse que priorizá-lo, eu não o faria. Eu não gosto muito mas...</u></p> <p><u>7-Eu acho um pouquinho difícil...</u></p>	<p>As enfermeiras não gostam de trabalhar com adolescentes... acham difícil.</p>	

	<p>1-Nós nos sentimos meio receiosa, não nos sentimos muito segura em estar direcionando os adolescentes.</p> <p>6-Eu me sinto um pouco insegura...</p> <p>12-Eu, ainda me sinto assim... um pouco recuada.</p>	<p>Ao cuidar do adolescente, as enfermeiras sentem-se inseguras, angustiadas e desanimadas.</p>	
	<p>1-Nós, ainda não implantamos esse serviço direcionado ao adolescente.</p> <p>2-Nós não temos um programa direcionado para a saúde do adolescente, por várias questões. Mas, não tem assim, um trabalho direcionado para a saúde do adolescente.</p> <p>3-No momento, assim, um grupo específico, não.</p> <p>4-Não. Grupo específico, não.</p> <p>5-Estruturada como programa de saúde do adolescente, não.</p> <p>6-Não. Especificamente para o adolescente, não.</p> <p>8-Não.</p> <p>9-Não. Nenhum tipo de ação é desenvolvida... O serviço não oferece nada para o adolescente.</p> <p>10-Tentei. Tentei várias vezes mas, não consegui.</p> <p>11-Especificamente, a saúde do adolescente, não.</p> <p>12-Não, especificamente, voltado para o adolescente.</p>	<p>A saúde do adolescente não é trabalhada, especificamente, nas unidades pesquisadas.</p>	<p>Situação de atendimento à saúde do adolescente nas unidades de PSF pesquisadas</p>

	<p>1-Apesar de não estar implantado, ainda, na unidade, o programa de planejamento familiar, mas nós temos atendido algumas paciente adolescentes...em relação aos métodos contraceptivos.</p> <p>2-A atividade que agente consegue envolver o adolescente é com um planejamento familiar.</p> <p>4-Só na saúde da mulher.</p> <p>7-Eu faço, pré-natal e, durante os programas, nós atendemos adolescentes, principalmente gestantes. Atende, também, na saúde da mulher.</p> <p>9-A única coisa que temos, mas que não é voltado para o adolescente é a distribuição de camisinha e o pré-natal. Que não temos o pré – natal voltado para o adolescente.</p> <p>11-Embutido no programa de planejamento familiar e quando fazemos o pré-natal. Nós trabalhamos com o adolescente mas de uma forma esporádica.</p>	<p>A saúde do adolescente é trabalhada, apenas no contexto da saúde da mulher (planejamento familiar e pré-natal).</p>	
	<p>5-Nós temos um trabalho com adolescentes, assim, esporádico, ... palestra sobre sexualidade com os adolescentes na escola.</p> <p>6-Agente tem um número grande de gravidez em adolescente. Então, trabalhamos com palestras, na escola.</p>	<p>O adolescente, esporadicamente, participa das palestras sobre sexualidade realizadas pela unidade.</p>	
	<p>2-A unidade é muito pequena. Não tem um espaço físico específico para atender ao adolescente e ele não quer se expor.</p> <p>12-O ideal seria que tivesse um espaço, aqui na unidade. Mas, não justifica não estarmos trabalhando com adolescentes.</p>	<p>A necessidade de um espaço físico influencia no processo de cuidar do adolescente.</p>	<p>Fatores que influencia m na abordagem e no</p>

	<p>3-A Universidade nos prepara para o mercado de trabalho. Só que hoje nós precisamos de muito mais coisa didática. Tem que aprender a trabalhar com o lúdico, com coisa que possam fazer com esse grupo sintam vontade de participar, motivado para participar.</p> <p>4-O que nós víamos na graduação era, realmente, planejamento familiar... Não que tivesse alguma coisa voltada para o trabalho com o adolescente, só o planejamento familiar.</p> <p>10-É aquele preparo geral na graduação mas, que não dá respaldo para trabalhar, assumir um grupo de adolescente.</p> <p>1-Na época da faculdade agente vê muito pouco. São coisas mais soltas...O que agente vê na faculdade, como já falei, é muito pouco.</p>	<p>A formação acadêmica pouco direciona para o adolescente. Não prepara o profissional para abordá-lo.</p>	<p>processo de cuidar do adolescente</p>
	<p>2-Ainda tem muito tabu em relação a isso...Tem muito essa questão, ainda, está muito impregnada...</p> <p>Eu tenho , ainda, aquela coisa do preconceito. Algumas situações me chocam</p> <p>8-Tem coisas que nós agente acaba não aceitando e depois não sabe como tratar aquilo ali como normal. Talvez por tabu, por não aceitar aquilo.</p> <p>9- Até para eles é um tabu.</p>	<p>Os tabus e os valores impregnados nas enfermeiras influenciam na dificuldade de abordagem e no processo de cuidar do adolescente.</p>	

	<p>3-É comum que agente, da área de saúde, pegue nossos conhecimentos e jogue para que o adolescente absorva. Agente nunca busca o contrário, o que ele já sabe para que, a partir daí, ele desenvolva o pensamento crítico.</p> <p>12-Nós estamos colando conceitos nossos. Não dá a oportunidade dele criar seu próprio conceito, nós temos que respeitar o lado individual do adolescente.</p>	<p>A imposição de conceitos por parte das enfermeiras não dá oportunidade ao adolescente de expressar os seus próprios conceitos... de desenvolver um pensamento crítico.</p>	
	<p>10-Eu sinto dificuldade em trabalhar com o grupo porquê eu não fui preparada.</p> <p>1-Eu acho que preciso de um curso voltado para isso, para saber como é que eu vou trabalhar com adolescentes.</p> <p>3-A capacitação influencia... Não que agente vá aprender numa capacitação a lidar 100% com esse grupo mas, uma capacitação que nos permita ouvir outras experiências de pessoas que já trabalham com esse grupo, experiências positivas. Para que possamos ser direcionados por alguma estratégia que já deu certo, em algum lugar.</p> <p>4-Falta, realmente, assim... alguma coisa específica para que possamos atuar.</p>	<p>Falta de capacitação específica influencia no processo de cuidar do adolescente.</p>	