

PLANEJAMENTO FAMILIAR NA ADOLESCÊNCIA NA PERCEÇÃO DE ENFERMEIRAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

FAMILY PLANNING IN ADOLESCENCE IN THE PERCEPTION OF NURSES OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA ADOLESCENCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE ENFERMERAS DE LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

INGRID NEPOMUCENO BEZERRA QUEIROZ¹

MARIA CECÍLIA FREITAS CESARINO DOS SANTOS²

MARIA DE FÁTIMA ANTERO DE SOUSA MACHADO³

MARIA DO SOCORRO VIEIRA LOPES⁴

CARMEM CEMIRES CAVALCANTE COSTA⁵

O estudo objetivou conhecer como acontece o atendimento de planejamento familiar ao adolescente, sob a óptica dos enfermeiros dos Centros de Saúde da Família (CSF) da Secretaria Executiva Regional VI, do Município de Fortaleza-CE. Estudo descritivo, realizado com oito enfermeiras nos CSF, nos meses de março e abril de 2009. Utilizamos como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e para organização destes, utilizamos a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados evidenciaram que o atendimento ao planejamento familiar de adolescentes ocorre, porém, pouco direcionado para as especificidades desse público, caracterizando-se também por disponibilidade limitada dos métodos contraceptivos e fragilidade na organização do serviço, com demora no atendimento, horário compatível com o da escola, falta de tempo e de espaço para profissionais realizarem atividades grupais.-

DESCRITORES: Planejamento Familiar; Adolescentes; Enfermagem em Saúde Comunitária.

The aim of this study was to understand how the attendance of family planning to the adolescent happens on the point of view of nurses who work in the Family Healthcare Units (FHU) of the Regional Executive Secretariat VI in Fortaleza-CE. It is a descriptive study carried out with eight nurses of the FHU in March and April 2009. Semi-structured interviews were carried out and the data were organized through the discourse of the Collective Subject technique and analyzed with literary review. The results evidenced that the attendance to the adolescent occurs in these units, but not in a specific way. It is characterized by limited accessibility to contraceptive methods and fragility in the organization of the service, too much delay in client service besides lack of time or space to accomplish group activities.

DESCRIPTORS: Family Planning; Adolescents; Community Health Nursing.

El estudio planteó como objetivo conocer cómo funciona la atención de la planificación familiar del adolescente, desde el punto de vista de los enfermeros de los Centros de Salud de la Familia (CSF) de la Secretaría Ejecutiva Regional VI, del municipio de Fortaleza-CE. Se trata de un estudio descriptivo, realizado con ocho enfermeras en los CSF, en los meses de marzo y abril de 2009. Para recoger los datos se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada, dichos datos fueron organizados a través de la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo. Los resultados probaron que si bien ocurre la atención a la planificación familiar del adolescentes, no está totalmente orientada a las especificidades de ese público, también se caracteriza por una disponibilidad limitada de métodos anticonceptivos y fragilidad en la organización del servicio, retraso en la atención, horario compatible con el de la escuela, falta de tiempo y espacio para que los profesionales realicen actividades de grupo.

DESCRIPTORES: Planificación Familiar; Adolescentes; Enfermería en Salud Comunitaria.

¹ Enfermeira Assistencial, graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Rua Elvira Pinho, 288 — Fortaleza-CE. CEP: 60041-000. Brasil. E-mail: ingridnqueiroz@bol.com.br

² Enfermeira Assistencial, graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Pós- Graduada em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UVA). Brasil. E-mail: ceciliafcs@hotmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora dos Cursos de Enfermagem da UNIFOR e da URCA e da Pós-Graduação da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP). Coordenadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva-GRUPESC(URCA) e membro do Núcleo de Pesquisa Saúde da Criança — NUPESC (UNIFOR). Brasil. E-mail: fatimaantero@uol.com.br

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da UNIFOR e da URCA; membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva-GRUPESC (URCA). Brasil. E-mail: socorrovirira@hotmail.com

⁵ Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Enfermeira de Saúde da Família e técnica do Sistema Municipal de Saúde-Escola de Fortaleza-CE. Brasil. E-mail: carmem.cemires@gmail.com

INTRODUÇÃO

A adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) circunscreve a adolescência à segunda década da vida (10 a 19 anos) e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos⁽¹⁾.

Embora a lei brasileira considere como adolescência a faixa etária de 12 a 18 anos, o Ministério da Saúde toma por base a definição da OMS, considerando este público como o contingente da população entre dez e 24 anos de idade, tendo este conceito desdobramentos, identificando-se adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos)⁽²⁾.

Esta fase muitas vezes expõe os adolescentes a riscos para sua saúde. Em relação à vulnerabilidade dos adolescentes no plano individual, social ou programático, algumas questões se mostram relevantes, como a gravidez na adolescência, um significativo aumento da infecção pelo HIV/aids, o uso e abuso do álcool, desencadeando situações como acidentes, suicídios, violência, consumo de drogas, além da problemática associada ao tráfico de drogas ilícitas, o qual representa, no Brasil e em outros países, uma séria ameaça à estabilidade social⁽¹⁾.

Entendemos que políticas devem ser implementadas no sentido de reduzir esses agravos aos quais os adolescentes estão expostos, entre eles os riscos relacionados a uma iniciação sexual precoce.

A iniciação sexual dos adolescentes ocorre cada vez mais cedo. Segundo estudos do Fundo das Nações Unidas para a Infância — UNICEF (2002), dentre adolescentes brasileiros com faixa etária entre 12 e 17 anos, 32,8 % já haviam tido relações sexuais. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE (2000), 9,5% de adolescentes entre 15 e 19 anos (82% mulheres, 18% homens) vivenciam algum tipo de união, com vida

sexual. Entre jovens de 20 a 24 anos, 36,5% vivenciam também uniões conjugais⁽²⁾.

O tempo aproximado entre o início das relações sexuais de uma jovem e a busca por um serviço de saúde para orientação anticoncepcional é de cerca de 12 meses. Aproximadamente, metade das gestações na adolescência ocorre nos primeiros seis meses, após a adolescente se tornar sexualmente ativa, e um quinto destas ocorrem no primeiro mês de contato sexual⁽³⁾.

Quanto à prática do sexo seguro (uso do preservativo nas relações sexuais), dados de 2002 (UNICEF) apontaram que 52% dos adolescentes com vida sexual utilizaram o preservativo nas relações sexuais vivenciadas, porém, muitos adolescentes iniciam a vida sexual sem se proteger contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS), o que é confirmado pela expansão da aids entre os jovens⁽⁴⁾.

O aumento da incidência de gravidez na adolescência é identificado como um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil, especialmente na faixa etária entre 10 e 14 anos⁽⁵⁾.

Estes aspectos há pouco destacados denotam a vulnerabilidade a que estão expostos este público-alvo e certamente, reforçam a necessidade de um olhar voltado para esta clientela no sentido de minimizar os agravos decorrentes, quer seja de ausência de políticas públicas ou de estratégias que possibilitem os adolescentes mudarem de comportamento para a promoção de sua saúde.

Em muitos casos, a gravidez não planejada é interrompida por aborto, frequentemente praticado em péssimas condições higiênicas e técnicas, com risco de apresentar sérios agravos, podendo levar até mesmo ao óbito materno. Embora a maternidade no início da vida reprodutiva antecipe a maturidade biológica e precipite consequências sociais e psicológicas importantes, para muitas adolescentes a gravidez se torna uma forma de mudar de vida e sair de um ciclo vicioso bastante conhecido nos grupos sociais de mais baixa renda⁽⁶⁻⁷⁾.

O reconhecimento do fato de que a gravidez pode expressar o desejo dos jovens não significa retirar a importância das políticas de contracepção para ambos, uma vez que se trata de assegurar que a escolha possa acontecer no momento certo (desejado e planejado) de adolescentes e jovens⁽²⁾.

Com o objetivo de minimizar estas e outras questões relacionadas à sexualidade dos adolescentes, foi lançado em 1989, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde do Adolescente — PROSAD, fundamentado em uma política de promoção à saúde, identificação dos grupos de risco, detecção precoce de agravos, tratamento adequado e reabilitação, com práticas educativas permeando todas as ações. Encontram-se entre as áreas deste programa a sexualidade e a saúde reprodutiva^(4,8).

No entanto, com relação à assistência em planejamento familiar, poucos serviços oferecem uma atenção com qualidade e menos ainda aos jovens. Tanto a família quanto os sistemas educacionais e de saúde parecem não estar adequados para oferecer informações e/ou orientações suficientes às reais necessidades desta população⁽⁵⁾.

O elevado número de partos entre as adolescentes, o início cada vez mais precoce das relações sexuais, o aumento das DST/AIDS nessa faixa etária e a assistência deficiente prestada ao adolescente justificam estudos para investigar o acesso desta população ao serviço de saúde no que se refere ao planejamento familiar, na tentativa de conhecer a assistência prestada ao adolescente e suas reais necessidades.

Diante as reflexões aqui apresentadas, alguns questionamentos parecem ser importantes: Os serviços de saúde têm oferecido atendimento de planejamento familiar aos adolescentes? Os adolescentes têm procurado os serviços de saúde? O serviço de saúde tem respondido as demandas dos adolescentes referentes ao planejamento familiar?

Assim, este estudo apresentou como objetivo conhecer o atendimento ao adolescente no serviço de planejamento familiar, sob a ótica dos enfermeiros.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva, a qual expõe as características de determinada população ou fenômeno, estabelece correlações entre variáveis e define sua natureza. Os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles⁽⁹⁻¹⁰⁾.

O estudo foi realizado nos meses de março e abril de 2009, no Município de Fortaleza-CE, nos serviços de atenção primária, em três Centros de Saúde da Família (CSF) da Secretaria Executiva Regional VI.

Foram selecionadas para o estudo oito enfermeiras inseridas nos CSF, conforme a presença no serviço no momento da coleta de dados.

Utilizamos como técnica para coleta de dados a entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas, dando liberdade ao pesquisador para desenvolver cada situação, podendo repetir e reformular perguntas de maneira diferente, especificar algum significado, garantindo o entendimento do entrevistado⁽¹⁰⁾.

Os dados foram organizados com suporte no Discurso do Sujeito Coletivo — DSC. Esta técnica torna mais clara uma dada representação social e o conjunto das representações que confirma um dado imaginário. Esse discursivo permite visualizar melhor a representação social na medida que aparece, não sob a forma mais viva de um discurso, mas o modo como os indivíduos reais pensam. Assim, os procedimentos para análise envolveram: seleção das expressões-chave de cada discurso particular, identificação da idéia central de cada uma delas, que é a síntese do conteúdo dessas expressões, reunião das expressões-chave referentes as idéias centrais semelhantes ou complementares, em um discurso síntese que é o discurso do sujeito coletivo⁽¹¹⁾.

Para a realização do estudo, as questões éticas de que tratam as pesquisas com seres humanos foram observadas, tendo sido o Projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza — UNIFOR, aprovado pelo parecer nº. 044/2009.

ANÁLISE DOS DISCURSOS

Caracterização do Sujeito

Participaram do estudo oito enfermeiras, cuja faixa etária variou de 28 a 51 anos, com tempo de conclusão da graduação de seis a 30 anos (média de 18 anos), destas, seis entrevistadas possuem Especialização em Saúde da Família, e todas realizam o atendimento de Planejamento Familiar.

A capacitação dessas profissionais pareceu compatível a área de atuação, já que sete delas tem formação em Saúde da Família e certamente estão aptas a atuar nesta estratégia. É uma preocupação do Ministério da Saúde a educação continuada dos profissionais que atuam nesse cenário, e, para tanto, uma política voltada para a educação permanente no setor da saúde foi criada em 13 de fevereiro de 2004 e alterada recentemente pela Portaria GM/MS nº. 1996, de 20/08/2007, propondo ações estratégicas que visem a contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde⁽¹²⁾.

- Discurso do Sujeito Coletivo

Para elaborar esta seção do estudo, lançamos mão dos depoimentos das entrevistadas e assim foi possível formular os DSC a seguir apresentados.

IC/DSC I — O atendimento de planejamento familiar voltado para o adolescente nos Centros de Saúde da Família

Existe na Unidade de Saúde o atendimento de planejamento familiar, porém não existe atendimento específico para o adolescente, ele é atendido como todo mundo. Às vezes, um grupo deste público alvo é formado, no entanto não se estabelece.

Segundo o DSC I, fica evidente que, no serviço, não há um atendimento de planejamento familiar

específico, voltado para o público adolescente, no entanto, se nota que, até de forma ampla, este atendimento acontece.

De acordo com o Ministério da Saúde, não existe uma obrigatoriedade da criação do planejamento familiar específico para o adolescente, porém o serviço deve estar preparado para entender e atender a esta clientela, pois a adolescência é uma fase de grandes mudanças, que determinam especificidades emocionais e comportamentais, repercutindo na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes de ambos os sexos⁽⁴⁾.

Ainda segundo o Ministério da Saúde, o serviço de saúde sexual e reprodutiva deve proporcionar aos adolescentes o direito a uma atenção eficaz, onde a qualidade desta atenção pressupõe minimamente uma boa comunicação, com linguagem simples e sem julgamentos morais ou valorativos; confidencialidade das informações; privacidade no atendimento; disponibilidade constante de insumos, levando-se em consideração a necessidade de dupla proteção; facilidade de acesso aos serviços; profissionais qualificados; ênfase para a educação em saúde com metodologia que motive mudanças; atenção especial para as faixas etárias mais precoces (dez a 14 anos), avaliação integral dos adolescentes e permitir aos adolescentes o direito de decidir acerca da presença ou não dos pais ou familiares⁽⁴⁾.

Com efeito, é sumamente relevante que os serviços de saúde estejam preparados para acolher os adolescentes, levando-se em consideração a individualidade de cada um, para oferecer a estes jovens um atendimento de acordo com suas necessidades.

IC/DSC II — O atendimento ao adolescente quando da procura ao Centro de Saúde da Família

Quando a adolescente procura a Unidade pela primeira vez, ela é avaliada pela enfermeira e são dadas todas as orientações acerca do planejamento familiar. Falo quais

os métodos disponíveis na unidade, deixando-as à vontade para escolher o que melhor lhes convier, embora elas não tenham muita escolha, devido à falta de métodos disponíveis. Se a escolha for por comprimidos, eu encaminho para o médico da unidade e aguardo o retorno no próximo mês para fazer o acompanhamento da usuária.

De acordo com DSC II, observa-se que a enfermeira avalia, presta todas as orientações acerca do planejamento familiar e esclarece as dúvidas dos adolescentes, estando em conformidade com a legislação. É importante lembrar que a Portaria nº. 085/2007, publicada no Diário Oficial do Município de Fortaleza, ressalta que a prescrição de métodos anticoncepcionais pode ser realizada por enfermeiros, desde que estes estejam adequadamente capacitados, e que esta rotina seja aprovada pela Secretaria Municipal, para o caso dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família, como acontece no município estudado⁽¹³⁾.

Compete ao enfermeiro, durante as consultas de Enfermagem de planejamento familiar, realizar a anamnese, o exame físico e ginecológico, investigar queixas atuais, metas reprodutivas e conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, reforçar a importância do planejamento familiar, orientar acerca do método escolhido, da saúde sexual e reprodutiva, fornecer o método, encaminhar para consulta médica (quando necessário) e aprazar retorno⁽⁴⁾.

Faz-se necessário que o enfermeiro detenha e incorpore na sua prática o que é preconizado para o exercício de suas atividades no cotidiano do serviço, atendendo de forma adequada sua clientela, proporcionando uma atenção qualificada.

IC/DSC III — Quanto aos métodos disponíveis nos Centros de Saúde da Família

Como métodos de barreira, eu conto com o preservativo masculino (condom) e o DIU. Já como métodos hormonais, conto com o comprimido e o hormônio injetável. Porém, disponho no momento apenas de comprimido; o pre-

servativo, apesar de recebê-lo, é em quantidade insuficiente para atender a demanda do mês; os outros métodos eu recebo esporadicamente.

O DSC III caracteriza a realidade encontrada nos serviços de saúde da atenção básica, no que se refere à disponibilidade de insumos contraceptivos.

Conforme o Ministério da Saúde, o gerenciamento dos insumos anticoncepcionais é um dos componentes-chave nas ações de planejamento familiar. Os serviços de saúde devem não só informar sobre todos os métodos contraceptivos disponíveis, mas também assegurar ao usuário que o contraceptivo escolhido será fornecido continuamente. É de suma importância levar em consideração as necessidades e preferências dos usuários, mas é igualmente importante que a unidade básica disponibilize todos os métodos recomendados e aprovados pelo Ministério, de modo a garantir a livre escolha de cada um⁽⁴⁾.

A falta de insumos limita a escolha dos adolescentes, e até mesmo impõe o uso de determinado método. A oferta dos métodos anticoncepcionais deve estar embasada em uma variedade que permita atender o interesse e a necessidade dos usuários, envolvendo adolescentes, mulheres na perimenopausa, em pós-parto ou pós-aborto e nutrízes. Deve-se observar, ainda, as características individuais de tolerância aos hormonais, da não-adaptação ao uso do preservativo, da necessidade de uso de método seguro em virtude da existência de fatores de risco para uma futura gestação, e/ou da opção pelo método natural ou pelos métodos comportamentais, dentre outros⁽¹⁴⁾.

Outro aspecto de igual importância é a garantia de insumos suficientes para a população, de forma a assegurar acesso igualitário de todos aos métodos contraceptivos. A ausência dos métodos configura um direito constitucional negado ao usuário e fere os princípios do Sistema Único de Saúde — SUS (equidade, universalidade, integralidade e hierarquização), já que o acesso gratuito aos métodos anticoncepcionais é condição fundamental para que a escolha do

método se realize livremente, sem restrições. Isto é particularmente importante, considerando-se que grande parte da população não pode pagar pelo método eleito de acordo com sua preferência.

IC/DSC IV — A percepção das enfermeiras acerca do envolvimento dos adolescentes com o atendimento prestado

No começo eles têm vergonha, talvez pelo medo de serem reconhecidos pela comunidade e de surgir algum comentário, por isso não ficam muito à vontade, mas é mais no primeiro encontro. A maioria tem muitas dúvidas, vem com muitos tabus, condutas erradas decorrente de informações erradas. Porém, quando você conversa com eles, aí eles passam a lhe perguntar, demonstrando interesse em aprender. A maioria destes adolescentes volta, só que é complicado porque depois de você falar sobre tudo o que existe, você é obrigada a dispor daquilo que realmente tem, então, mesmo não querendo você acaba por induzir na escolha devido a falta de opção.

O DSC IV evidencia a importância do vínculo profissional-usuário para que ocorra o fortalecimento das relações entre estes, favorecendo a participação do adolescente no planejamento familiar.

A recepção ao adolescente configura-se como um momento de garantia de acesso aos serviços e ações de saúde. Para que se estabeleça um clima de confiança e compromisso que possa resultar na adesão deste adolescente ao serviço de saúde, torna-se fundamental a adoção de atitudes acolhedoras, cordiais e compreensivas, visando a proporcionar segurança e tranquilidade, bem como a constituição da autonomia nos cuidados com a saúde. O acolhimento consiste na postura a ser adotada pelos profissionais e equipes de saúde que realizam atendimentos aos adolescentes. Durante o processo coletivo ou individual, faz-se necessário o desenvolvimento de relações de empatia, o que oportunizará a constituição de vínculos e compromissos⁽¹⁵⁾.

A adolescência deve ser considerada como um período em que o adolescente é convidado a participar, dinamicamente, da construção do seu projeto de vida. Neste processo, a família, o grupo de amigos, os valores, a experiência e a experimentação de novos papéis tornam-se importantes nas relações do adolescente com o mundo⁽¹⁶⁾.

Com efeito, ressaltamos a importância de incluir o adolescente no serviço de saúde como sujeito participativo do seu desenvolvimento, fazendo com que estes tenham a capacidade de se reconhecerem como sujeitos de sua saúde e transformação.

IC/DSC V — Queixas dos adolescentes acerca da assistência ao planejamento familiar relatadas às enfermeiras

Na verdade eles reclamam da dificuldade de acesso devido ao horário das consultas, muitos não conseguem conciliar o horário com a escola ou trabalho. Outra queixa é com relação à falta dos métodos existentes, que acaba por gerar poucas opções de escolha, e pela falta do profissional no dia marcado para a consulta, principalmente as meninas, porque elas acabam não pegando os comprimidos, tendo que remarcar as consultas ou passar por outros profissionais em outros horários, tornando o atendimento demorado, fragilizando a organização do serviço neste sentido.

De acordo com o DSC V, observa-se que a organização do serviço de planejamento familiar voltado ao adolescente ainda é precária, o que pode levar a não-adesão destes adolescentes ao serviço de saúde. Além disso, a ausência dos métodos contraceptivos é uma preocupação constante entre estes jovens.

A organização do processo de trabalho é de grande relevância para o estabelecimento das rotinas a serem realizadas. Desta forma, considera-se importante o estabelecimento de um fluxograma que permita representar o serviço de saúde, incluindo-se aí o atendimento de planejamento familiar ao adolescente. Isto contribui tanto como elemento facilitador da

movimentação do adolescente na unidade de saúde, quanto para a equipe de saúde, servindo de instrumento de visualização do cotidiano, sendo útil para avaliar diversas situações e auxiliar no planejamento e execução das atividades deste processo⁽¹⁵⁾.

Em relação ao fluxograma de atendimento, recomenda-se que os novos adolescentes, ao ingressarem no programa de planejamento familiar da unidade básica de saúde, sejam encaminhados ao grupo educativo, que deve funcionar sistematicamente e, em seguida, para a Consulta de Enfermagem que inclui a orientação individual e/ou do casal, de preferência. Encaminhamentos médicos serão feitos de acordo com a necessidade individual. Se possível, a primeira consulta deverá ser realizada no mesmo dia da escolha do método, entretanto, caso não seja possível, o adolescente deverá receber atendimento individual, dado pela Enfermagem ou médico, de modo a garantir algum tipo de atenção no seu primeiro contato com o serviço⁽⁴⁾.

Com relação à ausência de métodos, como já expresso anteriormente, é de primordial importância a disponibilidade de todos os métodos aprovados pelo Ministério da Saúde nas unidades de saúde, para que a escolha aconteça de forma livre e consciente.

IC/DSC VI — Início da vida sexual dos adolescentes X busca por orientação anticoncepcional

Todos já haviam iniciado a vida sexual. Em toda a minha vida de PSE, eu nunca vi nenhum adolescente vir para o planejamento familiar antes de iniciar sua vida sexual, mesmo porque muitos deles nem sabem o significado de planejamento familiar, ele acham que é vir e pegar o comprimido ou a camisinha, como eles mesmos afirmam. O máximo que eu já presenciei foi eles virem após terem tido a primeira relação sexual.

O DSC VI evidencia o risco destes adolescentes à gravidez precoce e DST. A maioria dos adolescen-

tes procura a unidade para iniciar o uso do método contraceptivo após a ocorrência de gestação ou da exposição a fatores de risco. Por isso, é crucial que estes jovens recebam informações adequadas relativas à sexualidade e a assuntos direta ou indiretamente ligados a isto, sendo a educação em saúde estratégia indispensável para se alcançar este objetivo.

Para o Ministério da Saúde, a educação em saúde é um dos elementos fundamentais na qualidade da atenção prestada em saúde sexual e reprodutiva para garantir a escolha livre e informada do método anticoncepcional. As ações educativas devem estimular mulheres e homens, adultos e adolescentes, ao próprio conhecimento e auto cuidado, fortalecendo a auto-estima e a autodeterminação, contribuindo, desta forma, para que eles possam exercer seus direitos sexuais e reprodutivos⁽⁴⁾.

Todo profissional de saúde é um educador em saúde em potencial, sendo condição essencial a sua prática o próprio reconhecimento como sujeito do processo educativo, bem como o reconhecimento dos usuários como sujeitos em busca de autonomia. Por outro lado, os profissionais de saúde não encaram como sua a tarefa de participar na formação dos jovens, limitando-se ao atendimento de acordo com sua área de competência técnica⁽¹²⁾.

Sabe-se que, quanto mais cedo ocorre o início da atividade sexual, maiores são as chances de se engravidar, seja pela vulnerabilidade dessas adolescentes, em razão da falta de contraceptivos, pelo desconhecimento de práticas preventivas ou em virtude do possível não-fortalecimento emocional, podendo fazer com que estas meninas aceitem as chantagens que seus parceiros muitas vezes fazem como prova de sua afetividade⁽¹⁷⁾. Daí a necessidade de estratégias que visem à educação destes jovens, como forma de orientá-los e informá-los com relação à sexualidade, conhecimento do corpo, questões de gênero, vulnerabilidade à DST/HIV, violência e direitos sexuais e reprodutivos, a fim de que estes sejam conscientes, seguros e preparados para assumir suas responsabilidades, embasados em

informações adequadas, que os torne aptos a superar os desafios que cercam sua realidade.

IC/DSC VII — Estratégias para a captação dos adolescentes para o atendimento de planejamento familiar

A estratégia mais utilizada de captação é a busca ativa realizada pelas ACS. O ideal seria a formação de grupos, porém isso não acontece, pois falta tempo, espaço físico adequado para estas atividades e interesse por parte dos jovens. Durante as consultas tento abranger o planejamento familiar, a prevenção de DST e a realização do exame preventivo, através de atividades educativas nas escolas e na comunidade, com apoio de algumas ONG.

O DSC VII destaca a importância da captação destes jovens mediante a busca ativa, a necessidade da formação de grupos de adolescentes e a realização da educação em saúde como estratégia para diminuir os riscos a que estes jovens estão expostos.

A captação envolve diferentes estratégias, entre elas a busca ativa dos potenciais usuários do serviço, não se limitando apenas ao atendimento da demanda espontânea, sendo as Agentes Comunitárias de Saúde — ACS um dos principais instrumentos utilizados para a realização destas ações. Outra estratégia também empregada e recomendada é a formação de grupos educativos, nos quais seja possível trabalhar de forma educativa questões relacionadas ao planejamento familiar, com o objetivo de promover a escolha livre e informada dos métodos contraceptivos pelos adolescentes⁽⁴⁾. Esta modalidade de grupo, na qual quem ensina aprende e quem aprende ensina, é muito válida, pois, assim como a educação, a formação de grupos deve ser algo permanente, inacabado, constante e dinâmico, onde ao jovem seja permitida a participação como agente da sua transformação⁽¹⁸⁾.

As ações educativas, independentemente da metodologia adotada, devem manter o caráter participativo, permitindo a troca de informações e experiências

baseadas nas vivências de cada indivíduo do grupo, contribuindo, assim, com o fortalecimento das relações entre os participantes e com os vínculos entre usuários e profissionais de saúde.

IC/DSC VIII — A percepção da enfermeira acerca da existência de barreiras no serviço que possam dificultar o atendimento aos adolescentes

Eu acho que as barreiras já começam no atendimento ao adolescente. Eles têm vergonha, são tímidos e precisam que as pessoas entendam isso. Alguns aspectos contribuem para isto, como: medo de serem reconhecidos pelos servidores da unidade; talvez haja menos profissionais fazendo a busca ativa do que o necessário; falta de insumos; dificuldade de acesso e o espaço físico também são barreiras existentes no serviço. Outro aspecto importante é a organização do serviço, que deve ser capaz de atender esta clientela.

Segundo o DSC VIII, as profissionais identificam a existência de barreiras no atendimento de planejamento familiar ao adolescente, porém parecem não conseguir transpor estas barreiras, o que pode levar ao comprometimento do atendimento destes jovens.

Compreendemos que identificar barreiras é um bom começo para as enfermeiras entrevistadas proporem mudanças no serviço, porém é necessário que estratégias sejam criadas para a superação destas dificuldades. Para que isto ocorra de forma efetiva, é necessário a participação e o envolvimento de todos aqueles que colaboram para que o atendimento ao adolescente aconteça, desde sua chegada à unidade até a entrega do método e o agendamento do seu retorno. Esta conscientização por parte de todos os profissionais envolvidos poderá refletir uma valiosa mudança de comportamento, podendo levar a maior qualificação do atendimento direcionado a estes jovens e, conseqüentemente, a um aumento da adesão dos adolescentes ao serviço de saúde.

IC/DSC IX — Sugestões das enfermeiras para tornar o atendimento mais eficaz

Seria importante montar grupos voltados, especificamente, aos adolescentes para que pudéssemos falar a respeito dos assuntos que influenciam sua saúde, como drogas, DST, gravidez, entre outros, e reforçar nossos vínculos com estes jovens. Poderíamos trabalhar com outros profissionais em uma equipe multiprofissional. É preciso aumentar a captação por busca ativa e não ficar esperando apenas a demanda espontânea, procurar aqueles que não nos procuram. Disponibilizar os métodos existentes e reorganizar os horários para facilitar o acesso destes adolescentes também é uma sugestão. Outro aspecto importante é melhorar o conhecimento que se tem da área adscrita. Isso iria me ajudar a planejar melhor as minhas ações, saber quem eu devo atingir, o que eu posso fazer e como eu posso fazer.

Com base neste DSC IX, denota-se o reconhecimento, por parte das profissionais, da necessidade da formação dos grupos de adolescentes, da atuação multiprofissional da equipe de saúde, do aumento da captação da busca ativa, não só pelas ACS, como também pelos demais profissionais da Estratégia Saúde da Família (médicos e enfermeiros), assim como da organização do serviço, disponibilidade de todos os métodos contraceptivos e apropriação da área adscrita para o planejamento das ações.

Considerando as características próprias dos adolescentes e jovens em procurar no grupo e, entre seus pares, a sua identidade individual, grupal e social e as respostas para as suas ansiedades, podemos concluir que o atendimento em grupo é uma das melhores formas de acompanhar e entender a expressão de seus problemas, dúvidas e buscas, encontrando uma solução no próprio grupo ou por meio dele. A utilização de uma metodologia lúdica e participativa favorece a participação dos adolescentes, contribuindo para a reflexão e o aprendizado. Assim sendo, os adolescentes têm a possibilidade de se integrar no processo educativo com suas vivências, colocações,

valores e opiniões, não recebendo modelos prontos, mas um espaço para a problematização e reflexão, valorizando, assim, o seu papel de participante do grupo e fortalecendo sua autoestima⁽¹⁵⁾.

Pensamos que o atendimento grupal dos adolescentes constitui uma forma privilegiada de facilitar a expressão de seus sentimentos, a troca de informações e experiências, bem como a busca de soluções para seus problemas, conduzindo em direção a uma ação mais participativa e também responsável. Igualmente importante é a necessidade de se realizar ações educativas com suporte nas necessidades identificadas no próprio grupo e nas características epidemiológicas, sociais e culturais destes adolescentes e da sua comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento ao planejamento familiar de adolescentes acontece de forma não específica salientando-se a necessidade deste serviço estar preparado para receber estes jovens e prestar-lhes uma assistência adequada, baseada nas suas necessidades e na realidade social, cultural e epidemiológica.

A atenção ao planejamento familiar nos CSF cujos enfermeiros participantes atuam caracteriza-se pela indisponibilidade de vários métodos contraceptivos aprovados pelo Ministério da Saúde, o que compromete a livre escolha destes jovens, a qual deve se basear na opção pelo uso, por parte dos adolescentes, assim como nas suas características fisiológicas.

A falta de adolescentes nos serviços de saúde, inseridos no programa de planejamento familiar foi observada durante as visitas às unidades. A presença de adolescentes do sexo masculino nem sequer pôde ser constatada nestes momentos, apesar de as enfermeiras relatarem a participação deles no programa. Tal fato expõe a necessidade de serem implementadas estratégias de educação em saúde que envolvam essa clientela, como também do estreitamento de vínculos entre usuários e profissionais. A formação de grupos

de adolescentes é benéfica neste sentido, pois permite a troca, o crescimento, a educação para a cidadania, o respeito pela sua autonomia e a possibilidade de elaboração de novos saberes, tanto para os jovens quanto para a equipe de saúde.

Outro aspecto a ser evidenciado é a organização do serviço de planejamento familiar ao adolescente, que ainda é precária, o que pode comprometer a adesão destes adolescentes ao serviço de saúde. Para garantir a adesão, o retorno e o acompanhamento dos usuários inseridos no programa de planejamento familiar, é fundamental melhorar o acesso e reduzir o tempo de espera para o atendimento assistencial destes adolescentes. A pouca organização, a demora no atendimento e a escassez de métodos contraceptivos causam insatisfação no usuário, fazendo com que este perca a credibilidade no serviço de saúde, contribuindo para sua evasão.

Com este trabalho, vislumbramos não só conhecer a assistência prestada ao adolescente no planejamento familiar, sob a ótica destes enfermeiros, como também, esperamos ter contribuído para uma reflexão das profissionais entrevistadas sobre a prática da assistência voltada aos adolescentes.

Merece destacar a implicação deste estudo para o enfermeiro, no que se refere ao seu papel no âmbito da Estratégia Saúde da Família, especificamente ao atendimento do adolescente, pelo fato de representar um público que demanda atendimento diferenciado dado as características já citadas no estudo.

Sugerimos que esse mesmo estudo seja desenhado sob a ótica do adolescentee recomendamos a utilização da pesquisa-ação, realizada em estreita associação com uma ação, com o intuito de dar encaminhamento a um problema coletivo. A partir dos resultados apresentados e discutidos com os profissionais e gestores dos centros de saúde, poder-se-ia traçar um projeto de intervenção para implementar o atendimento em planejamento familiar ao adolescente, construído coletivamente nas rodas de gestão.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Área de saúde do adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
2. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Bié APA, Diógenes MAR, Moura ERF. Planejamento familiar: o que os adolescentes sabem sobre este assunto. *Rev Bras Prom Saúde*. 2006; 19(3):125-30.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência em Planejamento Familiar: manual para o gestor. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
6. Belo MAV, Silva JLP. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(4):479-87.
7. Marciano E, Chao GF, Chao OWH, Câmara PO, Monego ET. Influências e motivações na exposição à gravidez na adolescência. Axixá do Tocantins, 2003. *Rev UFG [periódico na Internet]*. 2004 [citado 2009 mar 17]; 6(n.esp.). Disponível em: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/M_influencias.html.
8. Davim RMB, Germano RM, Menzes EMV, Carlos DJD. Adolescente/Adolescência: Revisão Teórica sobre uma fase crítica da vida. *Rev Rene*. 2009; 10(2):131-40.
9. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2007.
10. Figueredo NMA. Método e metodologia na pesquisa científica. São Paulo: Difusão; 2004.

11. Lefevre F, Lefebvre AMC. Sujeito coletivo que fala. *Interface — Comunic Saúde Educ.* 2006; 10(20):517-24.
12. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Portal da Saúde [Internet]. [citado 2009 maio 15]; Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1265.
13. Prefeitura Municipal de Fortaleza (CE). Portaria nº. 085/2007. Diário Oficial do Município de Fortaleza. [citado 2007 jun 01]; Disponível em: http://www.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=42&Itemid=99999999.
14. Moura ER, Silva RMS. Qualidade da assistência em planejamento familiar na opinião de usuárias do Programa Saúde da Família. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(2):150-6.
15. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (CE). Normas operacionais para as equipes de saúde da família. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará; 2003.
16. Ximenes Neto FRG, Dias MAS, Rocha J, Cunha ICKO. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(3):279-85.
17. Busanello J, Silva M R S, Oliveira A M N. Sexualidade na adolescência: realidade de uma comunidade rural. *Rev Rene.* 2009; 10(1):62-71.
18. Pereira QLC, Silva CBDCA, Pelzer MT, Lunardi VL, Siqueira HCH. Processo de (Re)construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. *Texto & Contexto Enferm.* 2007; 16(2):320-5.

RECEBIDO: 01/02/2010

ACEITO: 13/07/2010