



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - DOUTORADO**

MARIA GLÊDES IBIAPINA GURGEL

**TENDÊNCIA DOS RISCOS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ENFERMEIROS
ACERCA DA PREVENÇÃO**

FORTALEZA

2011

MARIA GLÊDES IBIAPINA GURGEL

TENDÊNCIA DOS RISCOS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ENFERMEIROS
ACERCA DA PREVENÇÃO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em enfermagem. Linha de Pesquisa: Enfermagem e as Políticas e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Dalva Santos Alves.

FORTALEZA

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

G987t Gurgel, Maria Glêdes Ibiapina Gurgel.
Tendência dos riscos da gravidez na adolescência: representações sociais dos enfermeiros
acerca da prevenção / Maria Glêdes Ibiapina Gurgel. – 2011.
209 f. : il., enc. ; 30 cm.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Tecnologia, Faculdade farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2011.
Área de Concentração: Enfermagem e as Políticas e Práticas de Saúde
Orientação: Profa. Dra. Maria Dalva Santos Alves.

1. Gravidez na adolescência. 2. Enfermagem obstétrica. 3. Promoção da saúde.
4. Representações sociais. 5. Informação em saúde I. Título.

CDD 618.20835

MARIA GLÊDES IBIAPINA GURGEL

TENDÊNCIA DOS RISCOS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ENFERMEIROS
ACERCA DA PREVENÇÃO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em enfermagem. Linha de Pesquisa: Enfermagem e as Políticas e Práticas de Saúde

Aprovado em: 30 / 11 / 2012

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Dalva Santos Alves (Presidente)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite (Membro efetivo)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Paulo Cesar de Almeida (Membro efetivo)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof.^a Dr.^a Maria Irismar de Almeida (Membro Efetivo)
Universidade Estadual do Ceará

Prof.^a Dr.^a Maria Jésia Vieira (Membro Efetivo)
Universidade Federal de Sergipe

Dr.^a Maria Suêuda Costa (1^a Suplente)
Secretaria de Saúde de Fortaleza

Prof.^a Dr.^a Patrícia Neyva da Costa Pinheiro (2^a Suplente)
Universidade Federal do Ceará

Dedico este estudo

Ao meu DEUS,
fonte de vida, amor, proteção,
esperança e inspiração.

Aos meus pais, Deolino de Sousa Ibiapina e
Florência Cipriano Ibiapina (*In memoriam*),
que me ensinaram o valor da família e investiram
todas as suas esperanças em minha formação
como pessoa e profissional.

Ao meu marido Agnor Nunes Gurgel Junior,
pelo companheirismo, incentivos, partilhas
e cumplicidades em todos os momentos
deste caminhar.

Aos meus amados filhos, Lorena Ibiapina Gurgel e
Felipe Anderson Ibiapina Gurgel,
por entenderem as minhas ausências
ainda que presente
enquanto estava a dividir
com a Tese a minha atenção

A Prof.^a Dr.^a Maria Dalva Santos Alves,
pelo convívio estimulante, e sob
a sua orientações, meu sonho tornou-se realidade.

“Comece fazendo o que é necessário,
depois o que é possível
e, de repente,
você estará fazendo o impossível”.

(São Francisco de Assis)

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu conforto e refúgio.

À Prof.^a Dr.^a Maria Dalva Santos Alves, por confiar nas minhas possibilidades e compreender os meus limites, e com tanta competência e dedicação me conduziu pelos caminhos da sedimentação do saber científico, na sublime função de orientadora.

Ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da UFC, coordenado pela Prof.^a Dr.^a Lorena Barbosa Ximenes, pela busca incessante de elevar o padrão de ensino, ensejando sempre o estudo de alto nível.

Aos membros da Banca examinadora desta Tese pelas contribuições ao aperfeiçoamento das minhas ideias.

A Secretária de Saúde de Fortaleza, coordenador da CEVEPI, gerentes dos Distritos de Saúde, Coordenadoras da Vigilância Epidemiológica e coordenadoras dos Centros de Saúde da Família da SER II e SER VI, que permitiram e facilitaram o acesso aos ambientes de investigação.

Às colegas enfermeiras da SER II e SER VI, que mui gentilmente se disponibilizaram na realização da pesquisa.

Á Dr.^a Cícera Borges coordenadora do Núcleo de Informação em Saúde, que, em nome da SESA, permitiu e facilitou o acesso às bases de dados do SINASC e SIM.

Ao Dr. Euzébio, à Dra. Ineida e a toda a equipe do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana. por acreditarem em mim como profissional e pelo incentivo e compreensão.

À colega Dr.^a Cristina Helena Camurça Correia Pinto, minha irmã de ofício, pela presença, força e apoio nas horas certas

Á Dr.^a. Sâmia Coutinho, Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart, pelo apoio em momento essencial.

A Dr.^a. Norma Linhares da Biblioteca da Universidade Federal do Ceará, pela sua contribuição valorosa.

A Jeane Dias e Dr.^a Ediania (SESA) pela valorosa e oportuna colaboração no relacionamento das bases SINASC e SIM com a utilização do *relink*.

À Dr.^a Lindélia Sobreira Coriolano, pelas importantes contribuições no *linkage*, buscando focar no que havia de mais essencial.

Ao amigo Osmar do Nascimento Silva, em nome de quem agradeço aos colegas da CEVEPI/SMS e NUHEPIs, pelo otimismo e incentivo.

À Prof.^a Dr.^a Escolástica Rejane Ferreira Moura, pela amizade e estímulo.

Aos Padres Francisco, Josieldo e MESC - Paroquia N^ªS^ªda Glória, pelo ensinamentos e fortalecimento espiritual.

As minhas amigas Leonice, Cristina, Valdelice, Tânia, Fabianne, Elaine, Divanilda, Geanne, Regina, Raquel, Maria Rodrigues, Eveline, Fernanda e Lilian, companheiras de todas as horas, pela felicidade de saber que torceram por mim.

Ao amigo Michell Ângelo Marques Araújo, em nome de quem agradeço aos outros colegas do Doutorado, pelos momentos de convívio e elaboração de um novo conhecimento.

À colega Dr.^a Jaqueline Macedo, pelas contribuições oportunas no EVOC, sempre com muito carinho.

Aos professores Vianney Mesquita (UFC e Academia de Língua Portuguesa) pela revisão gramatical e estilística, Paulo Cesar Almeida, pela organização dos dados estatísticos, Marcos Cavalcante pela elaboração do abstract e Eliene Moura, pela normalização bibliográfica.

Agradeço a todos aqueles que, embora não mencionados acima, ajudaram a construir este percurso, oferecendo seus saberes e vivências e acredito que essa foi uma feliz oportunidade de crescimento e trocas valiosas.

Aos meus pais e irmãos, sempre presentes, pelo incentivo, dedicação e apoio na busca da instrução e do conhecimento, em especial meu irmão Deolino Junior, Alessandra (cunhada), Ellen, Débora e Thiago (sobrinhos) pelo amor que nos une.

À minha família, marido e filhos, que souberam entender as minhas ausências e embarcaram juntos neste sonho.

RESUMO

A gravidez na adolescência e os desfechos desfavoráveis advindos deste fenômeno constituem tema oportuno, pertinente, que enseja interesse e proporciona debate. Isso decorre não só dos aspectos biológicos e epidemiológicos que definem o perfil de saúde desse grupo, mas, acima de tudo, pela ampliação do conceito de saúde e concepções da promoção da saúde, vinculados à qualidade de vida, aliados ao enfoque dos direitos sexuais e reprodutivos e protagonismo juvenil. A gravidez precoce é considerada um problema social e de saúde pública, é associada a uma frequência aumentada de resultados adversos materno e infantil. Com o objetivo de analisar a tendência dos riscos da gravidez na adolescência para o recém-nascido e as representações sociais dos enfermeiros acerca da prevenção, realizou-se estudo quantitativo de coorte, retrospectivo e qualitativo, descritivo, norteado pela Teoria das Representações sociais com uso de multimétodos. Os dados foram coletados em Fortaleza Ceará, de julho a outubro de 2011, nas bases de dados do SINASC e SIM referentes aos anos de 1999 a 2008, e utilizando-se como recurso o *linkage*, o modelo de regressão linear simples e coeficiente de correlação r de Pearson. Com 96 enfermeiros da Saúde da Família, foram aplicados o Teste de Associação Livre de Palavras e um questionário, cujos resultados foram analisados por meio das práticas discursivas e o mapa de associação de ideias. A tendência de nascidos vivos em Fortaleza não foi crescente nesse período, no entanto, houve redução dos nascidos vivos na adolescência tardia e um aumento na adolescência precoce, denotando que as adolescentes estão engravidando cada vez mais cedo. Os nascidos vivos de mãe adolescente apresentaram maiores riscos de nascer com baixo peso, prematuro e morrer antes de completar seis dias de vida, do que os de mãe adulta. Esse risco é maior para os filhos de mães de dez a 14. Com a triangulação de métodos evidenciaram-se os riscos da gravidez na adolescência e a hipótese foi confirmada: as adolescentes concentram maiores proporções de nascidos com fatores de risco para a prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal precoce, constituindo-se a gravidez na adolescência um fator de risco. O *linkage* é uma ferramenta importante e que deve ser utilizada para a completude das informações, pois o uso da técnica entre os bancos SINASC e SIM se mostrou bastante útil; igualmente, o processo facilitado pelo *software* Reclink III. A representação social dos enfermeiros quanto à prevenção da gravidez na adolescência está vinculada à educação, família, grupo e preservativo. Quanto aos riscos foram associados à educação e à prematuridade. As reflexões em torno dessas dimensões não se constituem apenas na avaliação da problematização dos temas estudados, pois possibilitam, também, a formulação de uma abordagem teórica que permita melhor compreensão dos fenômenos psíquicos e da própria dinâmica da produção do sentido pelos enfermeiros da Saúde da Família, na atenção à saúde sexual e reprodutiva do adolescente, com vistas à prevenção da gravidez e os riscos para a mãe e recém-nascido. Há ainda muito a avançar para se alcançar uma atenção à saúde adequada aos direitos dos adolescentes, expressos na legislação brasileira e nas políticas de saúde, que seja digna, equânime, resolutiva, de qualidade e humanizada ao adolescente na perspectiva da promoção da saúde.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência. Enfermagem. Promoção da saúde Representações sociais. Informação em saúde.

ABSTRACT

Teenage pregnancy and adverse outcomes arising from this phenomenon are timely topic, relevant, that raises interest and provides discussion. This stems not only from biological and epidemiological aspects that define the health profile of this group, but, above all, by broadening the concept of health and health promotion conceptions, linked to the quality of life, combined with the approach of sexual and reproductive rights, and youth leadership. The early pregnancy is considered a social and public health problem, is associated with an increased frequency of adverse maternal and infant outcomes. In order to analyze the trend of the risks of adolescent pregnancy and social representations of nurses about prevention, there was a quantitative cohort study, retrospective and qualitative, descriptive, guided by the theory of social representations with the use of multimethods. Data were collected in Fortaleza Ceara from July to October 2011, in databases SINASC and SIM for the years 1999-2008, and as a resource using the linkage model of simple linear regression and correlation coefficient r Pearson's. With 96 nurses of the Family Health were applied Test of Free Association of Words and a questionnaire, whose results were analyzed by means of discursive practices and statement of association of ideas. The trend of live births in Fortaleza was not increased in this period, however, there was a reduction of births in late adolescence and an increase in early adolescence, suggesting that teenagers are getting pregnant younger and younger. The live births to teenage mothers had higher risks of low birth weight, premature and die before completing six days of life, than those of adult mothers. This risk is higher for mothers of children of ten to 14. With the triangulation of methods, was showed the risks of teenage pregnancy and the hypothesis was confirmed: the teenagers concentrate higher proportion of born with risk factors for prematurity, low birth weight and early neonatal mortality, becoming adolescent pregnancy a risk factor. The linkage is an important tool and should be used for the completeness of the information, because the use of technology among databanks SIM and SINASC proved quite useful, also, the process facilitated by the software Reclink III. The social representation of nurses and the prevention of adolescent pregnancy is linked to education, family, group and condoms. The risks were associated with education and prematurity. The discussions on these dimensions were not only problematic in the evaluation of the subjects studied, as it allows also the formulation of a theoretical approach that allows better understanding of psychic phenomena and the dynamics of production of meaning by the nurses of the Family Health in attention to sexual and reproductive health of adolescents, with a view to preventing pregnancy and the risks to mother and newborn. There is still much to be done to achieve an adequate health care to adolescents' rights, expressed in Brazilian legislation and health policies, it is worthy, equable, resolute, quality and humane perspective on adolescent health promotion.

Keywords: Pregnancy in adolescence. Nursing. Health promotion. Social representations. Information on health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Proporção da incompletude dos campos peso ao nascer e idade gestacional na declaração de nascidos vivos em Fortaleza-CE, 1999 a 2008.....	54
Figura 2-	Proporção da incompletude do campo idade da mãe na declaração de óbito infantil, Fortaleza-CE, 1999 a 2008.....	56
Figura 3-	Proporção da incompletude do campo idade da mãe na DO de óbito neonatal precoce antes e depois do <i>linkage</i> , Fortaleza-CE, 1999 a 2008.....	59
Figura 4-	Proporção de ganho da informação do campo idade da mãe, na DO de óbito neonatal precoce, Fortaleza-CE, 1999 a 2008.....	59
Figura 5-	Incidência de nascidos vivos segundo a idade da mãe adolescente e adulta, Fortaleza-CE, 1999 a 2008.....	63
Figura 6-	Incidência de nascidos vivos segundo a idade da mãe adolescente precoce, tardia e adulta, Fortaleza-CE, 1999 a 2008	63
Figura 7-	Incidência de baixo peso ao nascer de coorte de RN de mãe adolescente e adulta de Fortaleza-CE, 1999 a 2008.....	64
Figura 8-	Incidência de baixo peso ao nascer de coorte de RN de mãe adolescente precoce, tardia e adulta, Fortaleza-CE, 1999 a 2008.....	64
Figura 9-	Incidência de prematuridade de coorte de RN de mãe adolescente e adulta, Fortaleza-CE, 1999 a 2008.....	65
Figura 10-	Incidência de prematuridade de coorte de RN de mãe adolescente precoce, tardia e adulta, Fortaleza-CE, 1999 a 2008.....	65
Figura 11-	Taxa de mortalidade infantil por componente, Fortaleza-CE, 1999 a 2008.....	66
Figura 12-	Incidência da mortalidade neonatal precoce de coorte de RN de mãe adolescente e adulta, Fortaleza-CE, 1999 a 2008.....	67
Figura 13-	Incidência da mortalidade neonatal precoce de coorte de RN de mãe adolescente precoce, tardia e adulta, Fortaleza-CE, 1999 a 2008.....	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Características do sistema central e do sistema periférico de uma representação.....	39
Quadro 2- Características dos participantes da pesquisa, Fortaleza-CE, 2011.....	74
Quadro 3- Apresentação da frequência e ordem média de importância das evocações a partir do estímulo prevenção da gravidez na adolescência, Fortaleza-CE, 2011.....	77
Quadro 4- Apresentação da frequência e ordem média de importância das evocações a partir do estímulo riscos da gravidez na adolescência, Fortaleza-CE, 2011..	80
Quadro 5- Apresentação das categorias e subcategorias provenientes da representação social das práticas discursivas dos enfermeiros, Fortaleza-CE, 2011.....	84
Quadro 6- Apresentação das subcategorias simbólicas do significado de desenvolvimento de habilidades como estratégia de prevenção da gravidez precoce. Fortaleza-CE, 2011.....	85
Quadro 7- Apresentação das subcategorias simbólicas da representação social sobre as responsabilidades na prevenção da gravidez precoce, Fortaleza-CE, 2011.....	91
Quadro 8- Apresentação das subcategorias simbólicas da representação social sobre o significado dos riscos da gravidez na adolescência, Fortaleza-CE, 2011	98
Quadro 9- Apresentação das subcategorias simbólicas da representação social dos enfermeiros sobre grupo de adolescente, Fortaleza-CE, 2011.....	104
Quadro 10- Apresentação das subcategorias simbólicas da representação social dos enfermeiros sobre educação em saúde individual – consulta de enfermagem, Fortaleza-CE, 2011.....	109
Quadro 11- Apresentação das subcategorias simbólicas da representação social dos enfermeiros sobre não realizam ações de promoção da saúde com adolescente, Fortaleza-CE, 2011.....	110
Quadro 12- Apresentação das subcategorias simbólicas da representação social do enfermeiro sobre a contribuição do SIM e SINASC no planejamento das ações de prevenção da gravidez precoce, Fortaleza-CE, 2011.....	113
Quadro 13- Apresentação das subcategorias simbólicas das representações sociais dos enfermeiros sobre as dificuldades para realizar ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente, Fortaleza-CE, 2011.....	119

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das declarações de óbito neonatal precoce, segundo a completude da variável idade materna após o <i>linkage</i> , Fortaleza-CE, 1999 a 2008.....	58
Tabela 2 - Coorte de nascidos vivos segundo a idade da mãe, Fortaleza-CE, 1999 a 2008.....	61
Tabela 3 - Análise da tendência da taxa de nascidos vivos, Fortaleza-CE, 1999 a 2008.....	62
Tabela 4 - Análise dos riscos de RN para o baixo peso, prematuridade e mortalidade neonatal precoce, segundo a idade da mãe, Fortaleza-CE, 1999 a 2008.....	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BPN	Baixo Peso ao Nascer
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CONEPi	Centro Nacional de Epidemiologia
CEVEPI	Célula de Vigilância Epidemiológica
COMEPE	Comitê de Ética em Pesquisa
CSF	Centro de Saúde da Família
DATASUS	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
DNV	Declaração de Nascido Vivo
DN	Declaração de Nascimento
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DO	Declaração de Óbito
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
EVOC	<i>Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations</i>
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HDGMM	Hospital Distrital Governador Gonzaga Mota de Messejana
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IML	Instituto Médico Legal
MEAC	Maternidade-Escola Assis Chateaubriand
MS	Ministério da Saúde
NUHEPI	Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
NV	Nascido Vivo
OMS	Organização Mundial da Saúde
OMI	Ordem Médica de Importância
PSF	Programa Saúde da Família

PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
PIB	Produto Interno Bruto
RS	Representações Sociais
RN	Recém-Nascido
RR	Risco Relativo
SER	Secretaria Executiva Regional
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde(Fortaleza-CE)
SUS	Sistema Único de Saúde
TALP	Teste de Associação Livre de Palavras
TRS	Teoria das Representações Sociais
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UVE	Unidade de Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Contextualização do objeto de estudo	16
1.2	Justificativa e importância do estudo	17
2	OBJETIVOS	21
2.1	Geral	21
2.2	Específicos	21
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
3.1	Sistema de Informação em Saúde	22
<i>3.1.1</i>	<i>Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)</i>	22
<i>3.1.2</i>	<i>Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)</i>	24
3.2	Gravidez na adolescência	27
3.3	Repercussões da gravidez na adolescência para o recém-nascido	30
<i>3.3.1</i>	<i>Prematuridade</i>	30
<i>3.3.2</i>	<i>Baixo peso ao nascer</i>	32
<i>3.3.3</i>	<i>Mortalidade Neonatal Precoce</i>	33
3.4	Teoria das Representações Sociais: gênese e concepções	35
<i>3.4.1</i>	<i>Teoria do Núcleo Central</i>	38
4	METODOLOGIA	42
4.1	Características da pesquisa	42
4.2	Ambiente de investigação	43
4.3	Participantes da pesquisa	45
4.4	Operacionalização da pesquisa	45
<i>4.4.1</i>	<i>Coleta de dados: base do SINASC e SIM</i>	45
<i>4.4.2</i>	<i>Coleta de dados: Representações Sociais</i>	46
4.5	Estratégia de organização e análise dos dados	49
<i>4.5.1</i>	<i>Base dos SINASC e SIM</i>	49
<i>4.5.2</i>	<i>Teste de Associação Livre de Palavras (TALP)</i>	50
<i>4.5.3</i>	<i>Questionários com perguntas abertas</i>	50
4.6	Aspectos éticos	52
5	RESULTADOS E ANÁLISE	54

5.1	Bases de dados do SINASC e SIM.....	54
5.1.1	<i>Análise da qualidade das informações do SINASC</i>	54
5.1.2	<i>Linkage entre os bancos de dados SINASC e SIM.....</i>	55
5.1.3	<i>Tendência da gravidez na adolescência, prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal precoce em filho de adolescentes.....</i>	60
5.1.4	<i>Riscos da prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal precoce em filho de adolescentes.....</i>	68
5.2	Representações sociais dos enfermeiros.....	73
5.2.1	<i>Perfil demográfico e profissional dos enfermeiros.....</i>	73
5.2.2	<i>Teste de Associação Livre de Palavras (TALP).....</i>	74
5.2.3	<i>Representação social dos enfermeiros sobre a da prevenção da gravidez na adolescência.....</i>	83
5.2.4	<i>Representação social dos enfermeiros sobre os riscos as da gravidez na adolescência.....</i>	97
5.2.5	<i>Representação social dos enfermeiros sobre as ações desenvolvidas pelos enfermeiros para prevenção da gravidez na adolescência.....</i>	102
5.2.6	<i>Representação social dos enfermeiros sobre da contribuição do SINASC e SIM no planejamento das ações de prevenção da gravidez na adolescência.....</i>	112
5.2.7	<i>Representação social dos enfermeiros sobre as dificuldades encontradas para o desenvolvimento das ações de prevenção da gravidez na adolescência.....</i>	118
5.3	Triangulação de Métodos.....	131
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	134
	REFERÊNCIAS.....	142
	APÊNDICES.....	160
	ANEXOS.....	197

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do objeto de estudo

Nos últimos anos, aumentou significativamente a preocupação de vários setores da sociedade com a gravidez na adolescência, considerada um problema social e de saúde pública, por contribuir para a manutenção da pobreza e pelos efeitos prejudiciais à saúde da mãe e do recém-nascido que, quando ocorre na faixa etária de dez a 14 anos, os riscos são ainda maiores (PINTO E SILVA, 2001).

O risco gestacional na adolescência tem determinantes biológicos, psicológicos, culturais e socioeconômicos. A idade inferior a 17 anos é considerada um dos fatores de risco na gravidez e é associada a uma frequência aumentada de resultados obstétricos adversos, tais como baixo peso ao nascer, parto prematuro, morte materna e perinatal, eclâmpsia e parto cirúrgico (CONDE-AGUDELO; BERLIZAN; LAMMERS, 2005). Recomenda-se, então, o acompanhamento em unidades de atendimentos especializados (BRASIL, 2000; CEARÁ, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1977), o baixo peso é o mais importante fator associado à mortalidade e morbidade perinatais quando se avalia o desfecho da gravidez na adolescência; segue em importância a prematuridade, à medida que pode predispor a problemas imediatos ao nascimento ou tardio como: hipóxia, síndrome da membrana hialina, toco-traumatismos, hemorragias intracranianas, infecções e atraso no desenvolvimento.

Mesmo havendo alguns relatos na literatura acerca das repercussões da gravidez na adolescência com desfecho desfavorável à saúde materno-infantil, o assunto ainda permanece controverso. Al-Ramahi, Saleh (2006), sugerem que a gestante adolescente apresenta resultados obstétricos favoráveis e não devem ser consideradas de alto risco.

Em estudo procedido por Gama, Szwarcwald e Leal (2002), não foi encontrada associação entre a baixa idade materna e o baixo peso ao nascer, destacando-se a estreita relação dos efeitos adversos da gestação com a assistência prestada no pré-natal. Concluem os autores que a gravidez na adolescência aparece mais como um problema social do que biológico, ao mesmo tempo em que enfatizam a relevância de se ampliar a cobertura e o número de consulta de pré-natal como um dispositivo que contribuirá para alcançar melhores resultados da gestação para a mãe e o recém-nascido.

Descrevem ainda os pesquisadores:

[...] no grupo de pior cobertura do atendimento de pré-natal (0 a 3 consultas), as adolescentes se mostraram como grupo de maior sensibilidade em relação ao baixo peso ao nascer e a prematuridade, evidenciando um papel diferenciado do pré-natal dessas mulheres. Esse efeito desaparece quando cresce a frequência ao pré-natal. (GAMA; SZWARCOWALD; LEAL, 2002, p. 161).

Sem questionar a relevância do pré-natal, estudo realizado em 2005 ressalta que a elevação da chance da ocorrência de prematuridade e baixo peso ao nascer são inversamente associados à idade, entre mães que apresentavam níveis adequados de frequências ao pré-natal. Os autores expressam que “[...] a adequada frequência a esse serviço não seria suficiente pra garantir a ausência dessas complicações na gravidez precoce” (GOLDENBERG; FIGUEIREDO; SILVA, 2005, p. 1083) e confirmam a hipótese de concentração da presença de prematuridade e baixo peso ao nascer nas idades mais jovens e, em particular, na adolescência precoce.

Estudo realizado em um centro de atendimento terciário no Ceará, com o objetivo de verificar os resultados obstétricos da gravidez na adolescência precoce e tardia, revelou em seus resultados que as gestantes adolescentes apresentaram evolução da gestação e desempenho obstétrico semelhantes, exceto pela diferença nos ancores de Apgar no primeiro minuto (MAGALHÃES, 2004).

1.2 Justificativa e importância do estudo

A gravidez precoce e os riscos perinatais para mães e recém-nascido constituem temas oportunos, pertinentes, que ensejam interesse e proporcionam debates. Isso decorre não só dos aspectos biológicos e epidemiológicos que definem o perfil de saúde desse grupo, mas, acima de tudo, pela ampliação do conceito de saúde e concepções da promoção da saúde, vinculados à qualidade de vida, aliados ao enfoque dos direitos sexuais e reprodutivos, gênero, violência doméstica e sexual e protagonismo juvenil (GURGEL *et al.*, 2008).

A gravidez na adolescência é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade do adolescente, pelas repercussões decorrentes desse fenômeno para a saúde da mãe e dos filhos. No Brasil, a gravidez precoce e suas complicações representam a principal causa de mortalidade entre as adolescentes de 15 a 19 anos, sendo o terceiro motivo de óbito entre mulheres adolescentes, perdendo apenas para homicídio e acidente de trânsito (IBGE, 2000).

No Município de Fortaleza, em 2008, no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) dos 34.277 partos, 6.432 foram em adolescentes, e, destes, 362 na faixa

etária de dez a 14 anos. Os indicadores de partos em adolescentes, no Brasil, Ceará e Fortaleza, no ano de 2006, foram de 25%, 26,4% e 20%, respectivamente (FORTALEZA, 2010).

Desempenhando, atualmente, as funções de coordenadora do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NUHEPI) do Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana (HDGMM), membro do Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna, da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS), e do Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal do HDGMM e da Secretaria Executiva Regional VI (SER VI) temos uma vivência cotidiana com a temática em investigação.

Na prática profissional junto aos sistemas de informação, indicadores de saúde e relatórios dos comitês de prevenção de mortalidade materna e infantil, observamos elevado índice de gravidez na adolescência em Fortaleza, ou seja, em torno de 20%, no ano de 2008. Dos 82 óbitos de filhos de adolescentes em 2008, 61 óbitos foram de crianças de menos de 28 dias de nascidas, o que veio aumentar a inquietação e o interesse pela temática, instigando ao aprofundamento dos estudos dos riscos perinatais de filhos de mães adolescentes no Município de Fortaleza, a fim de buscarmos e aprimorarmos conhecimentos no cuidar/cuidado do adolescente e dos seus filhos, na perspectiva da promoção da saúde.

A motivação deste estudo sobreveio, também, da elaboração do relatório dissertativo de mestrado, intitulado: Prevenção da gravidez na adolescência: atuação da enfermeira na perspectiva da promoção da saúde, defendido em novembro de 2008, o qual proporcionou o aprofundamento de aspectos relacionados à gravidez na adolescência, surgindo indagações a respeito dos riscos da gravidez precoce para o recém-nascido. Guardamos essa idéia como embrião, vislumbrando desenvolvê-la na tese de doutorado.

Com o ingresso no Doutorado, adveio o desejo ampliar o conhecimento do objeto de estudo com a participação no Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior, denominado doutorado Sanduíche, que teve como órgão de fomento a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

O doutorado sanduíche ocorreu na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro-Portugal de novembro de 2010 a fevereiro de 2011, com o projeto de tese resumida - Repercussões da gravidez na adolescência para o recém-nascido, que objetivou analisar a gravidez na adolescência e as repercussões para o neonato e traçar um paralelo entre a realidade brasileira e portuguesa (APENDICE A).

A temática em foco é relevante, ao considerarmos que a iniciação sexual dos adolescentes é cada vez mais precoce e a gravidez na adolescência é uma realidade, para a

qual a sociedade, academia e profissionais de saúde devem ter perspectiva ampliada para suas nuances. Para tanto, é prioridade investir em pesquisa da saúde materno-infantil desse segmento.

O estudo poderá contribuir no campo da saúde sexual e reprodutiva do adolescente, pois este parte da experiência profissional como coordenadora do NUHEPI, e representa a tentativa de conectar o trabalho de vigilância à saúde à investigação científica.

O desenvolvimento deste estudo se reveste, também, da perspectiva de contribuição nas práticas sociais que norteiam as condutas dos enfermeiros que atendem adolescentes, pela possibilidade de identificação e reflexão das representações que orientam a atuação desses enfermeiros.

A originalidade desta pesquisa está em conhecer as repercussões perinatais da gravidez na adolescência na última década no Município de Fortaleza, pela utilização do *software Reclink* para o cruzamento do SINASC e SIM. E, ainda, nas representações sociais de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) quanto à gravidez precoce e suas repercussões.

Considerando a análise das repercussões da gravidez na adolescência e a prática do enfermeiro na prevenção desse fenômeno, pretendemos conhecer a relação entre o saber e o fazer, com base nas representações sociais. Essa articulação de conhecimento, busca, portanto, a compreensão das formas utilizadas por esses enfermeiros, na prática na ESF, com suporte em concepções e percepções de valores, atitudes e informações compartilhadas na experiência profissional, por meio de variadas formas de comunicação.

Estudar essas duas vertentes possibilitará verificar as tendências e apreender os aspectos subjetivos da prática profissional, tendo como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS), em que ancora seus fundamentos, não apenas por aspectos teóricos-científicos, mas também naqueles relacionados às normas, com uma visão voltada para a constituição do senso comum compartilhada pelo grupo de enfermeiros da ESF de Fortaleza.

A opção pela inclusão da TRS neste estudo ocorreu pela compreensão de que as Representações Sociais (RS) da prática desenvolvida pelos enfermeiros da ESF na prevenção da gravidez na adolescência são compartilhadas coletivamente.

Ante a contextualização do objeto de estudo, questionamos as repercussões da gravidez na adolescência para o recém-nascido e formulamos hipóteses, que orientam o caminho metodológico desta investigação. Richardson (2008, p. 27) considera que a “hipótese é uma resposta possível de ser testada e fundamentada para uma pergunta feita relativa ao

fenômeno escolhido”. Para Minayo *et al.* (2002) a formulação de hipóteses pode ser vista como elaboração de pressupostos ou questões resultantes do diálogo estabelecido entre a visão do pesquisador e a realidade a ser investigada. Desse modo, a pesquisa baseia-se nas conjecturas delineadas na sequência.

Os partos em adolescentes apresentam tendência crescente no Município de Fortaleza; prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal são mais elevados em filhos de adolescentes; a adolescência precoce (dez a 14 anos) concentra maiores chances desses desfechos adversos do que a adolescência tardia (15 a 19 anos).

Com base no exposto as hipóteses são:

As adolescentes concentram maiores proporções de nascidos com fatores de risco para a prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal.

As adolescentes não concentram maiores proporções de nascidos com fatores de risco para a prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a tendência e riscos da gravidez na adolescência e as representações sociais dos enfermeiros acerca da prevenção.

2.2 Específicos

Verificar a tendência da prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal precoce do recém-nascido de mães na adolescência precoce e tardia.

Correlacionar à prematuridade o baixo peso ao nascer, a mortalidade neonatal precoce de recém-nascido de mães adolescentes precoce e tardia e adultas.

Descrever as representações sociais de enfermeiros sobre a prevenção da gravidez na adolescência e os riscos para o recém-nascido.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Sistema de Informação em Saúde

A informação é um instrumento essencial à tomada de decisão, ferramenta imprescindível na vigilância a saúde, por ser um fator desencadeador do processo informação-decisão-ação (BRASIL, 2009a).

O avanço no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a municipalização, resultou na descentralização de ações e o gerenciamento dos sistemas de informação pelos municípios. Esses avanços têm permitido melhor definição de competências e responsabilidades na esfera municipal, sobretudo no fortalecimento das estruturas gerenciais, com vistas, não só, ao planejamento e programação, mas também no processo de acompanhamento, monitoramento e avaliação (ALMEIDA; ALENCAR; SCHOEPS, 2009).

Os sistemas de informação em saúde desempenham papel relevante para a organização dos serviços, pelas possibilidades de profissionais, gestores e comunidade, de posse das informações, traçarem um diagnóstico e adotarem de forma ágil, no planejamento de ações, medidas de promoção, prevenção e controle. A aquisição e ampliação do conhecimento, mediado pelos sistemas de informação, resultam:

[...] em profissionais mais capacitados, criativos, capazes de mudar a realidade e melhorar o atendimento dos serviços de saúde através de ações de inovação de processos de saúde potencializando assim suas competências pessoais e coletivas no trabalho em saúde (BENITO, LICHESKI, 2009, p. 5).

3.1.1 Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)

O SINASC é um sistema de informação de base nacional, gerada pelo Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em cooperação com o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), que propicia um aporte significativo de dados sobre o parto e o nascimento. Essas informações são fundamentais à análise epidemiológica e gestão dos serviços de saúde, sendo utilizada nas atividades de planejamento da assistência à criança e à mãe, assim como na formulação de indicadores de saúde e demográficos. Portanto, o SINASC possibilita traçar o perfil dos partos e nascimentos e subsidiar a política de saúde materna infantil (BRASIL, 2004b; PAIVA *et al.*, 2008).

O documento-padrão de entrada e operacionalização do sistema é a Declaração de Nascido Vivo (DNV), preenchida por um profissional de saúde, das maternidades públicas ou

privadas (ANEXO A). A emissão da DNV tornou-se obrigatória, por meio da Lei 8.069/90, de 13 de julho de 1990, em seu título II, cap. I, Art.10, p. 12, onde estabelece que os hospitais e demais estabelecimentos de atenção a gestantes, públicos e particulares, são obrigados a fornecer a declaração de nascimento, onde constem necessariamente as intercorrências do parto e do desenvolvimento do recém-nascido (BRASIL, 1990, 2004b).

Para a padronização das informações de nascimento, convém dispor de definição clara e precisa, a qual consta no verso da DNV. A definição dos eventos vitais é regulamentada pela Lei dos Registros Públicos, de 1973, e incorpora o que é estabelecido pela Organização Mundial da Saúde. Assim, a definição de nascido vivo é:

A expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical, e estando ou não desprendido da placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva. No caso de gravidez múltipla, deve ser preenchida uma DN para cada produto da gestação, ou seja, para cada nascido vivo. (BRASIL, 2004b, p.13).

O potencial de uso das informações do SINASC é grande e resultada em pesquisas em diversas regiões e municípios do País. Várias dimensões foram abordadas, das quais destacamos: perfil epidemiológico dos nascidos vivos e qualidade do sistema de informação (OLIVEIRA; MOURA; SILVA 2007; SILVA; LEITE; ALMEIDA, 2009), e Apoio a gestão e o trabalho em saúde (BENITO; LISHESKI, 2009; PINTO; RODOLPHO; SCOSHI, 2004).

Paiva *et al.* (2008) realizaram um estudo de revisão, com o objetivo de identificar as produções científicas no período de 1994 a 2005, que empregavam o SINASC como fonte de dados. Encontraram 41 artigos.

Evidenciaram um aumento do número de publicações em períodos mais recentes, bem como o crescimento de estudos, cujos autores estavam ligados a instituições de assistência e gestão. Sobre esses achados, os autores fazem a seguinte inferência “[...] pode estar refletindo o reconhecimento do SINASC como fonte de dados relevantes para a avaliação de programas e serviços de saúde”. E completam: “O envolvimento desses profissionais na execução de estudos é essencial, já que as instituições de assistência e gestão são responsáveis pela produção e garantia da qualidade dos dados do SINASC”. (PAIVA *et al.*, 2008, p. 3).

3.1.2 Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)

A gênese das estatísticas de mortalidade data dos tempos da Grécia e da Roma antigas. Eram usadas com finalidades administrativas, dentre elas as referentes a pagamento de imposto e serviço militar. Foi na Inglaterra em 1662, que Graunt iniciou estudos mostrando do que as pessoas morriam, bem como as relações dessas mortes com variáveis como sexo, idade, local de residência (BRASIL, 2009a).

No final do século XVIII, na Inglaterra, Willian Farr trabalhou com os registros de mortalidade e sistemas de informação, com três aspectos importantes: de que houvesse uniformização internacional de definições sobre os eventos vitais, do uso de um modelo único de atestado de óbito e de uma classificação de causas de morte (BRASIL, 2009a).

No Brasil, o primeiro ato governamental sobre registros de óbito data de 1814, e a Lei de 1870 que instituía a Diretoria-Geral de Estatística, com a competência de trabalhar com dados de nascimentos, casamentos e óbitos; no entanto, a obrigatoriedade do registro civil de óbito só foi estabelecida em 1888. Sucederam-se, a partir daí, algumas modificações, sem, contudo, alterar substancialmente o espírito inicial das normas (BRASIL, 2009a).

As informações de mortalidade são importantes para o conhecimento dos agravos que afetam as populações, refletindo suas condições de vida e saúde. Podem contribuir para o desenvolvimento de ações preventivas e planejamento de ações assistenciais. São também essenciais para o monitoramento, pois permitem a avaliação de tendências e o acompanhamento do impacto das intervenções voltadas para sua redução (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2006; BRASIL, 2007b).

O Sistema de Informação da Mortalidade, também de base nacional, tem como objetivo coletar dados de óbito. O principal instrumento do SIM é a declaração de óbito (DO). O formulário da DO é um instrumento básico, individualizado e padronizado em todo o Território Nacional, pelo Ministério da Saúde (ANEXO B). A emissão é uma prerrogativa exclusiva do médico (LAURENTI, MELO-JORGE, 2004).

A base legal da emissão da DO ancora-se na Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, modificada pela Lei nº 6.216, de 30 de junho de 1975, ainda em vigor, que aborda este aspecto em seu artigo 77:

Nenhum sepultamento será feito sem certidão do oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte. (BRASIL, 1973).

A Resolução nº 1.601/00, do Conselho Federal de Medicina, determina que a DO deve ter todos os seus campos devidamente preenchidos pelo médico. Essa regulamentação foi alterada e acrescida de algumas novas especificações, cujo teor, dado pela Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.779, de 2005 (publicada no Diário Oficial da União, de 5 de dezembro de 2005, Seção I, p. 121), regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da declaração de óbito (MELO-JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2009; LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2006).

A Declaração de Óbito deve ser preenchida, segundo recomendação do Código de Ética Médica, considerando três situações distintas, no Serviço de Verificação de Óbito (SVO) para os óbitos de causas naturais e assistência médica, no Instituto Médico Legal (IML) por perito legista pós-necropsia, em caso de morte por causa não natural, ou seja, por as causas externas: violências e acidentes, e no próprio estabelecimento de saúde, salvaguardando as situações há pouco mencionadas (LAURENTI; MELO-JORGE, 2004; LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2006).

A secretaria e os estabelecimentos de saúde no âmbito municipal são responsáveis pela revisão e codificação da DO, mediante um padrão internacional que garante a comparação do perfil de mortalidade por causas entre as várias localidades do mundo (BRASIL, 2004b).

A divulgação dos conceitos de nascimentos vivos, perdas fetais, óbitos e causa básica da morte foi considerada tão importante que o Ministério da Saúde optou por imprimi-los no verso da DO, no intuito de padronização e condutas (ANEXO A) (LAURENTI; MELO-JORGE, 2004; MELO-JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2009).

O fluxo da informação dos eventos vitais, nascimento e óbito, inicia na Secretaria Municipal de Saúde, com envio mensal das informações da DNV e DO (de preferência por meio eletrônico) para a Secretaria Estadual de Saúde, a qual as repassará para o Departamento de Análise de Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, a cada três meses (BRASIL, 2001, 2004b) (ANEXOS C, D).

Em Fortaleza, o fluxo do SINASC e SIM foi ajustado à realidade local, para que a informação chegue de forma ágil; hoje o sistema é *on line*. A digitação ocorre no próprio estabelecimento de saúde onde sucedeu o evento. Caso não tenha condições (equipamento de informática e profissional capacitado), a SER assume essa responsabilidade (ANEXO E, F). Daí então, segue o fluxo, preconizado pelo Ministério da Saúde.

Vale ressaltar que, em 2005, Fortaleza instituiu, nos hospitais da rede municipal, o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NUHEPI), oficializado com a Portaria nº 42/2009. Essa

implantação seguia a Política Nacional de Vigilância por meio da Lei nº 25.529/2004, que criava o núcleo de vigilância no âmbito hospitalar (BRASIL, 2008a). Os NUHEPI são os gestores da informação em saúde na esfera local, com a coleta e digitação das DNV e DO nos sistemas SINASC e SIM. Dentre as atribuições dos núcleos, consta a melhoria da qualidade da informação, adotando como estratégia a redução da inconsistência e incompletude dos registros (FORTALEZA, 2009).

No estudo “O sistema de informação sobre mortalidade-SIM, concepção, implantação e avaliação”, realizado por Melo-Jorge, Laurenti e Gotlieb (2009), eles descrevem que a qualidade da informação da base de dados do SIM é aprimorada de forma lenta e gradativa. As variáveis com elevada presença de informações ignoradas, ou não preenchidas, estão, também, em menor número.

Quanto à abrangência e à cobertura, os pesquisadores revelam que a busca ativa de óbitos, a vigilância feita nas secretarias de saúde, ou a correção por meio da comparação com outras fontes, constituem medidas válidas para tentar minimizar a subnotificação. Recomendam que os gestores dos sistemas de informação promovam investigações visando ao aprimoramento da qualidade de seus dados (MELO-JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2009).

Atualmente, há uma tendência de estudos com a avaliação de sistemas, pois seus resultados contribuem para as decisões na formulação de políticas públicas e práticas de saúde. Nesse âmbito, é importante citar a pesquisa de Mello-Jorge, Gotlieb (2001), que mostrou a pertinência de um estudo conjunto entre os dados do SIM e do SINASC com os levantamentos de óbitos e nascimentos (vivos e mortos) feitos pelo Programa Saúde da Família, por meio do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB). A avaliação da pesquisa foi de que a informação advinda do SIM poderia ser utilizada, visando a um aumento da cobertura dos dados vitais.

Os sistemas de informações possibilitam analisar a tendência e fazer projeções. Estudo realizado no Texas com registros de nascimento e projeções de população foram usados para simular as taxas de gravidez entre mulheres com idades entre 15-19 anos no período de 2005-2015. É esperado um aumento de 45% no número de adolescentes mulheres hispânicas nesse período e também um aumento de 13% no risco de gravidez em adolescentes. Para a simulação foram utilizadas as projeções numéricas de taxas históricas de crescimento natural, falha do método e experiência sexual entre os grupos raciais / étnicos das mulheres adolescentes. E concluíram que os adolescentes de maior risco para a gravidez

devem aumentar significativamente, e a gravidez na adolescência não vai diminuir na próxima década (SAYEGH *et al.*, 2010).

Os sistemas SINASC e SIM produzem as informações necessárias para se calcular os indicadores. Portanto, é importante que funcionem corretamente, em especial na fase de coleta de dados (completudes dos campos da DNV e DO) para que produzam informações confiáveis e mais próximas da realidade.

As informações em saúde são fundamentais para a tomada de decisão. O SINASC e o SIM possibilitam traçar o perfil epidemiológico relacionado ao parto, nascimento e óbito, favorecendo o planejamento e o desenvolvimento de ações e estratégias em âmbito municipal, voltadas para a melhoria das condições de saúde, possibilitando também a avaliação e o monitoramento das políticas públicas na área da saúde materno-infantil (OLIVEIRA; MOURA; SILVA, 2007).

3.2 Gravidez na adolescência

A Organização Mundial da Saúde define a faixa etária da adolescência como a idade entre dez e 19 anos e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) determina como o intervalo de 12 a 18 anos. Essa é uma fase de transformação profunda no corpo, na mente e no relacionamento social do indivíduo e pode ser dividida em adolescência precoce de dez a 14 anos e tardia de 15 a 19 anos (BRASIL, 1990, 2008b).

A adolescência é uma etapa da vida em que ocorrem a maturação sexual, o acirramento de conflitos familiares e a formação e cristalização de atitudes, valores e comportamentos que determinarão a vida adulta. Nesse período, é iniciada também a cobrança de responsabilidades e definição do campo profissional. O acesso à informação e formação é importante para a coprodução de conhecimento e autonomia do adolescente, no entanto, o mais importante é a capacidade de utilizar esse conhecimento num exercício crítico de interpretação e de interferir sobre sua rede de dependência (GURGEL, 2008; GURGEL *et al.*, 2008).

Considerar a incidência da gravidez na adolescência, no Brasil, Ceará e Fortaleza, elevada ou baixa, vai depender da referência adotada. Estudo realizado pela UNICEF (2006) e por Treffers (2003) apresenta um *ranking* da incidência da gravidez na adolescência em países e continentes. A Somália apresenta-se como o país da África com maior incidência desse fenômeno, com taxa de 213 nascimentos para cada 1.000 mulheres entre 15 a 19 anos. A Coreia do Sul, na Ásia, detém a menor incidência, com taxa de dois nascimentos para cada

1.000 mulheres, nessa mesma faixa etária. Em Fortaleza a incidência é em torno de 14 nascimentos para cada 1.000 mulheres na faixa etária

A gravidez na adolescência decorre, principalmente, da não utilização de método contraceptivo e do emprego inadequado desses métodos. No Brasil, um estudo demonstrou que somente 54,5% dos adolescentes usam algum método na primeira relação sexual, sendo o preservativo masculino o mais empregado (BELO; SILVA, 2004). Esse fato foi evidenciado também no estudo em São Paulo, em que o preservativo masculino foi o método mais usado (66%) e o anticoncepcional oral pouco empregado (3,4%). Ali é destacado o fato de que os motivos mais freqüentes para a não utilização foram a esporadicidade das relações, falta de planejamento das relações sexuais e não pensarem na hora (ALVES; LOPES, 2008).

Nesse âmbito, Taquete (2007) faz uma reflexão a acerca do impacto dos programas governamentais que visam à redução da gravidez na adolescência, percebendo que, mesmo com todo o investimento, parece que não se apresentam suficientes. Questiona as estratégias focadas na orientação em sexualidade e no planejamento familiar e nos precários e insuficientes investimentos sociais, educacionais e culturais, de relevância fundamental, e que poderiam resultar num maior impacto na redução da gravidez precoce.

Considera-se que a gravidez precoce provém da multicausalidade. As ações de prevenção devem considerar a perspectiva de vulnerabilidade, gênero, intersetorialidade e rede sociofamiliar, com abordagem centrada na educação sexual, transpondo o campo biomédico, considerando as subjetividades: valores, crenças, atitudes e desejos (GURGEL *et al.*, 2008; HANS, 2009). O Ministério da Saúde reconhece a situação, quando refere que essa realidade multicausal revela deficiências na implantação de políticas públicas, exigindo movimento do governo e da sociedade para promover a saúde e o desenvolvimento da juventude (BRASIL, 2006d).

A gravidez na adolescência é uma situação de risco psicossocial que pode ser reconhecida como um problema para os jovens que iniciam uma família não intencionada. O problema afeta, especialmente, a biografia da juventude e sua possibilidade de elaborar um projeto de vida estável. É especialmente traumático, quando ocorre nas classes sócio economicamente desfavoráveis (BACKER; CASTRO, 2002; BISHOP, 2007).

Estudos realizados nos Estados Unidos, Austrália, Espanha e Reino Unido apontam alguns fatores associados à gravidez precoce, dentre eles a exclusão social, ligada com baixo nível de escolaridade e de ínfimo *status* econômico. Tais circunstâncias, associadas à falta de expectativas, levam muitas jovens a engravidar (HANS, 2009; BISHOP, 2007; LARSON, 2009). A gravidez na adolescência e os fatores de risco decorrentes são problemas

cujo tratamento se impõe que seja procedido não somente no âmbito da saúde, mas também por diferentes setores da sociedade, que devem buscar soluções com vistas a superar as iniquidades e desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção desse fenômeno (GURGEL, 2008).

A prevenção da gravidez na adolescência é vista como um grande desafio. VanLenten (2007), em estudo sobre adolescentes grávidas, promoveu uma reflexão quanto ao envolvimento, responsabilidade e desenvolvimento de ações efetivas na prevenção da gravidez precoce, e questionou como podem os profissionais de saúde combater essa pandemia prevalente. Os resultados revelaram que educar e apoiar o adolescente, assim como promover o envolvimento com a comunidade, por meio da cultura, são estratégias fundamentais para o sucesso da redução da gravidez na adolescência.

Prevenção da gravidez na adolescência

A prevenção da gravidez precoce deve ser analisada, tendo como perspectiva as concepções de vulnerabilidade, definida como um conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural, cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de um grupo populacional, ante determinada doença, condição ou dano (AYRES *et al.*, 2006; DOSWELL; BRAXTER, 2002; NUTTALL, 2008; TSAI; WONG, 2003).

A exclusão social, baixa escolaridade pelo abandono dos estudos, falta de perspectivas e solidão, atividade sexual desprotegida, múltiplos parceiros, uso de substâncias lícitas e ilícitas, desvantagens econômicas, acesso inadequado aos serviços, racismo, violência e gênero, foram as vulnerabilidades mais evidenciadas (HAND, 2009; GARWICK *et al.*, 2008).

As concepções de vulnerabilidade devem ser também ancoradas na dimensão individual, nos valores, crenças, desejos, atitudes, relações interpessoais, comportamento e conhecimento. Em estudo que objetivou identificar que estratégias de prevenção de gravidez, os adolescentes acharam eficaz considerar não só o conhecimento de prevenção, mas também o contexto como pontos fortes as tradições culturais e incluir o homem na prevenção (SCOT *et al.*, 2004; YAKO; YAKO, 2007).

Estudos que abordaram a prevenção da gravidez de repetição em adolescente relataram que a primeira gravidez foi um acidente; poucos admitem a prática de sexo desprotegido e o fazem sem pensar nas conseqüências; acreditavam que a gravidez não iria acontecer, destacaram a exclusão do homem nesse processo e a recusa em usar preservativos. Os resultados demonstraram que a gravidez na adolescência teve um impacto negativo em

vários aspectos - familiares, educacionais, ocupacionais, experiência conjugal de muitos jovens e não expressaram nenhuma alegria em ter seus bebês no início da vida (SCOTT *et al.*, 2004; HAND, 2009; GARWICK *et al.*, 2008).

Muitas razões são referidas nos estudos sobre a não utilização dos métodos anticoncepcionais, dentre elas o deficit de conhecimento sobre contracepção e os risco de gravidez, falta de planejamento, questões morais que estavam ligadas à igreja que não defendia o uso do anticoncepcional, justificando que a contracepção induz à promiscuidade (YAKO; YAKO, 2007).

Relataram, também, a presença de barreiras de acesso aos serviços e aos contraceptivos; o medo dos pais, pois não queriam que soubessem que eram sexualmente ativos; medo dos efeitos colaterais por acreditarem que poderiam adoecer e ter complicações futuras; uso irregular do método, mais pelo esquecimento; inexperiências e falta de habilidade no uso do preservativo (YAKO; YAKO, 2007).

Bruno *et al.* (2002) chegaram à conclusão de que não é suficiente ao adolescente conhecer os métodos anticoncepcionais para garantir o seu uso; é necessário aumentar sua autoestima, melhorar suas perspectivas e desenvolver a noção do autocuidado e cuidado pelo outro, visando tanto à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis quanto à possibilidade de escolha de não ter filhos.

3.3 Repercussões da gravidez na adolescência para o recém-nascido

3.3.1 Prematuridade

Considera-se prematuridade o nascimento que registra menos de 37 semanas de gestação, independentemente do peso. A prematuridade é classificada em moderada (32 a 36 semanas), acentuada (28 a 31 semanas) e extrema, quando menor do que 28 semanas, situação na qual a mortalidade e morbidade são elevadas (VICTORA; CESAR, 2003).

Na Declaração de Nascido Vivo a duração da gestação é registrada no Bloco IV, campo 25. A idade gestacional nesse campo é compactada por intervalo em semanas: < de 22, de 22 a 27, 28 a 31, 32 a 36, 37 a 41 e 42 e mais. Desta maneira, dificulta traçar o perfil da prematuridade de modo mais preciso.

Estudar a prematuridade com base no sistema de informação sobre nascidos vivos ancora suas perspectivas em identificar os determinantes biológicos e ambientais por meio da

vigilância ao retardo no crescimento intrauterino, considerando a forte relação com a morbimortalidade infantil.

Em Fortaleza, Neves Filho (2002), na sua dissertação, estudou 766 mulheres que tiveram parto na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC) no período de junho de 2000 a junho de 2001 e encontrou prematuridade em 21,4% dos recém-nascidos de mães adolescentes e 15,6% no grupo de mães adultas. Embora não tenha encontrado significância estatística, esse resultado sugere uma associação entre prematuridade e baixa idade materna.

No mestrado, Magalhães (2004), também na MEAC, estudou 2.058 mães adolescentes que tiveram partos no ano de 2000, das quais 322 (15,65%) tinham idade inferior a 16 anos (adolescentes precoces) e 1.736 (84,35%) tinham entre 16 e 19 anos (adolescentes tardias) Quando comparados os dois grupos, os resultados mostraram características semelhantes quanto à idade gestacional e o peso ao nascimento. Embora tenha sido encontrada uma prevalência 26% maior de prematuridade no grupo de adolescentes precoces, a diferença não foi estatisticamente significativa.

Gama, Szwarcwald e Leal (2002), estudando a relação da prematuridade com a idade materna, descobriram, em maternidades municipais e federais do Município do Rio de Janeiro, que o risco de recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer é maior no grupo de mães adolescentes. Corroborando esse achado, Azevedo *et al.* (2002), investigando a relação entre a idade materna e a duração da gestação, notaram uma frequência significativamente maior de ocorrência de parto pré-termo em gestantes adolescentes (4,3%) do que em adultas grávidas (3,7%).

A idade gestacional no momento do nascimento, segundo a faixa etária da mãe, foi estudada por Gama *et al.* (2001). Descobriram que, as mais jovens (15-19 anos) 6,0% apresentaram maior risco de ter filhos prematuros comparadas às mães de 20-24 anos de idade, 7,3%. Achados semelhantes foram os de Gaff-Smith (2005), em estudo de caso-controle realizado na Austrália, com adolescentes de 15-19 anos e adultas de 20-24 anos. Descobriu que o grupo de adolescentes é mais propenso a ter partos prematuros (9,5%) do que as adultas (5,9%).

3.3.2 Baixo peso ao nascer

O SINASC mostra-se útil e viável para identificação das populações de risco para baixo peso ao nascer (BPN). O registro do peso é obrigatório no preenchimento da DNV e encontra-se no Bloco V – campo 33.

O peso ao nascer é considerado baixo quando menor do que 2.500 gramas. Esse indicador é visto como um problema de saúde pública pela associação com altas taxas de mortalidade e morbidade (ANDRAUS *et al.*, 2000; MINAMISAVA *et al.*, 2004; VICTORA; CESAR, 2003).

Para Minamisava *et al.* (2004), a busca de explicações pormenorizadas dos mecanismos que permeiam as associações encontradas vão desde condições e estilos de vida da mãe, disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde até particularidades regionais. Recomendam que o BPN seja objeto de investigações futuras para possibilitar o detalhamento de estratégias de redução das desigualdades decorrentes do baixo peso ao nascer.

O peso ao nascer é forte preditor da probabilidade de sobrevivência nos primeiros 28 dias de vida. Isoladamente, é o principal fator associado ao risco de morte no período neonatal. Estudo realizado por Victora (2001) relata que a ocorrência do BPN foi maior nos extremos da vida reprodutiva. As mães adolescentes e as mães com idade igual ou superior a 35 anos tiveram, respectivamente, 37 e 31% mais RN com baixo peso em relação às mães com idade entre 20 e 34 anos. Mesmo com esses achados, as razões para a maior incidência de BPN entre mães adolescentes não estão claramente estabelecidas na literatura.

No estudo, a incidência de BPN encontrada foi de 6,9%. A estimativa corrigida de BPN para o País, em 1996, foi de 8,5%, com variações de 7,8% (região Sul) a 9,4% (região Centro-Oeste), podendo os dados das regiões Norte e Nordeste estar subestimados em decorrência de altos índices de subnotificação. A média mundial para o BPN em países desenvolvidos é de 6% e de 18% para os países subdesenvolvidos (VICTORA, 2001).

Gama *et al.* (2001), em estudo no Rio de Janeiro, os testes de associação mostraram que as diferenças nas proporções de BPN são significativas, com maiores percentuais entre as mães adolescentes, quando consideradas as mulheres que fizeram consultas no pré-natal. Somente no grupo que não teve assistência pré-natal, o efeito da idade da mãe não foi estatisticamente significativo ($p=0,226$).

No Rio Grande do Norte, o estudo de Azevedo *et al.* (2002), detectaram maior incidência de baixo peso ao nascer em filhos de mães adolescentes (8,4%), quando comparados a nascidos de mães entre 20 a 34 anos (6,5%), e revelaram a gestação nos extremos da vida reprodutiva como associados a uma maior frequência de resultados perinatais adversos, notadamente o parto pré-termo e o baixo peso ao nascimento.

A associação entre o BPN e idade materna é encontradas também em Montes Claros-Minas Gerais, onde a ocorrência foi de 7,8% entre parturientes adultas, e 11,5% em adolescentes (MARTINS; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004).

No Maranhão, estudo visando a analisar a idade materna e os resultados perinatais evidenciaram que as adolescentes menores de 18 anos tiveram maiores proporções de filhos de baixo peso ao nascer (13,2%), prematuros (22,9%) e maiores riscos de mortalidade infantil (5,3%). Tais achados sugerem associação da imaturidade biológica com piores resultados perinatais (SIMÕES *et al.*, 2003).

As taxas de baixo peso ao nascer nos países desenvolvidos estão em torno de 5 a 6%, ao passo que, no Brasil, segundo os resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, de 1996, a prevalência de baixo peso ao nascimento foi de 9,2% e ultrapassa 10% na área rural (BRASIL, 1998).

3.3.3 Mortalidade neonatal precoce

O Brasil avança na redução da mortalidade infantil. O coeficiente de mortalidade infantil em 1990 chegou a 47/1000 Nascidos Vivos (NV), passando em 2007 para 19,3/1000 NV. Mesmo com esse declínio, os níveis ainda são considerados elevados, cerca de três vezes maiores do que em países como Japão, Canadá, Cuba, Chile e Costa Rica, que apresentam taxas entre 3 e 10/1000 nascidos vivos (MELLO-JORGE; LAURENTI, GOTLIEB, 2009; BRASIL, 2009a, 2009b).

Lansky, França e Lael (2002) destacam que os países desenvolvidos conseguiram uma redução simultânea da mortalidade neonatal e pós-neonatal. No Brasil, o componente neonatal se mantendo-se elevado, 13,2 /1000NV em 2007, quando comprado com a Argentina (10/1000NV), Chile (5/1000NV), Canadá (3/1000NV) e França (2/1000NV) (MELLO-JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2009; BRASIL, 2009b).

Fortaleza apresentou um declínio significativo nos coeficientes de mortalidade infantil no período entre 1981-2005, com uma variação de 101,5 por mil nascidos vivos em 1981 para 17,3 em 2005. Em 2000, o coeficiente de mortalidade pós-natal foi de 7,0/mil nascidos vivos com redução para 5,7/mil em 2005. Enquanto isso, a mortalidade neonatal apresentou 17,5 por mil nascidos vivos em 2000 e 11,3 em 2005, representando cerca de duas vezes maior do que o coeficiente pós-natal (FORTALEZA, 2008).

A mesma tendência de declínio foi observada no Estado do Paraná, onde, segundo o Sistema de Informação de Mortalidade, a taxa declinou de 28,8 por 1.000 NV em 1992, para 14,3 por 1.000 NV em 2005 (NABHAN; OLIVEIRA, 2009).

No Maranhão, Simões *et al.*, (2003) encontraram 29,4% de partos de mães adolescentes, proporção considerada alta pelos autores. Destes partos, a mortalidade infantil

foi de 5,3% em adolescentes < de 18 anos, enquanto na faixa etária de 20 a 24 anos foi de 3,3%.

O coeficiente de mortalidade infantil é um dos indicadores mais utilizados para se verificar as condições de vida e saúde de uma população, bem como é indicativo de desenvolvimento econômico e social. Quanto mais baixa for a mortalidade infantil de dada população, melhor é a condição de saúde. A Organização Mundial de Saúde classifica os coeficientes de mortalidade infantil em altas (50 óbitos por mil nascidos vivos); médias (20-49 óbitos por mil nascidos vivos) e baixas (menos de 20 óbitos por mil nascidos vivos) (BRASIL, 2004a).

Calcula-se o coeficiente de mortalidade neonatal, pela razão entre o número de óbitos de crianças menores de 28 dias num determinado período, sobre o número total de nascidos vivos no mesmo período, multiplicado por 1.000. A mortalidade infantil pode ser avaliada pelos componentes neonatal (óbitos de zero a 27 dias de nascido) e pós-neonatal (óbito de 28 dias a menor de um ano). A mortalidade neonatal se subdivide em precoce (zero a 6 dias), e tardia (sete a 27 dias) (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, 2003; REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2003).

A redução da mortalidade infantil e fetal é uma das prioridades da Política Nacional de Saúde. Constitui uma das estratégias de cumprimento dos compromissos assumidos pelo Governo brasileiro em defesa da criança. Dentre os compromissos, destacam-se: Metas do Milênio, Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Pacto pela Vida e Programa Mais Saúde (BRASIL, 2009b).

O objetivo de desenvolvimento do milênio número quatro tem como meta a redução em dois terços da mortalidade infantil de crianças menores de cinco anos, entre os anos de 1990 e 2015. O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Infantil foi lançado em março de 2004 pelo Ministério da Saúde, tendo como proposta reduzir, no mínimo, 5% ao ano a mortalidade infantil, especificamente no componente neonatal, nos anos de 2009 e 2010, com ações concentradas em 254 municípios do Brasil (BRASIL, 2007b).

Associar os riscos perinatais para o recém-nascido, dentre eles a mortalidade infantil e fetal com a idade materna, é um campo de estudo de pesquisadores da academias e profissionais de saúde. Desse modo, o risco gestacional na adolescência existe e tem diversos determinantes, não só biológicos, mas principalmente psicológicos, culturais e socioeconômicos (BOUZAS; PACHECO; EISENSTEIN, 2004; GALLETTA; ZUGAIB, 2005).

As repercussões da gravidez na adolescência no que diz respeito ao recém-nascido, embora seja frequente a associação com prematuridade, baixo peso ao nascer e morbimortalidade aumentada, não existe consenso sobre se esses resultados são frutos somente do fator idade (AZEVEDO *et al.*, 2002; COSTA *et al.*, 2001; SIMÕES *et al.*, 2003).

3.4 Teoria de Representações Sociais: gênese e concepções

A Teoria de Representações Sociais como aporte teórico para este estudo adveio da necessidade de conhecer a realidade social e histórica em que estão inseridos os enfermeiros da Saúde da Família, no desenvolvimento de suas práticas sobre a prevenção da gravidez na adolescência e os riscos para o recém-nascido. É uma ação desafiadora, mas instigante e apropriada para desvelar o objeto de estudo.

Moscovici criou a TRS com base nas representações coletivas formuladas por Emile Durkheim, sociólogo francês que, interessado em compreender aspectos da humanidade, classificava as representações em individuais, regidas por leis próprias, de interpretação por fatores externos (campo da Psicologia) e coletivas, objeto da Sociologia (NOBREGA, 2003).

Em 1961, a tese do psicólogo francês Serge Moscovici, “La psychanalyse-son image et son public” foi publicada no Brasil com o título -A Representação Social da Psicanálise. Moscovici (2003) demonstrou em seu trabalho a indissociabilidade entre o indivíduo, grupo e sociedade, rompendo assim a perspectiva individualista da Psicologia Social. Compreendendo que essa relação tem como foco central os fatos cognitivos, afetivos e simbólicos transmitidos através da linguagem, e Spink (2004) se refere a essa indissociabilidade, destacando que o conhecimento das representações sociais tem de ser remetido às condições sociais que o engendram.

Nesse aspecto, Sá (2004) descreve que, ainda que os indivíduos sejam portadores de representações coletivas, essas não poderiam ser reduzidas ao conjunto das suas representações individuais.

Para Moscovici (2003, p. 48), as representações sociais “são consideradas maneiras específicas de compreender e comunicar o que sabemos com objetivo de abstrair sentidos do mundo e introduzir nele ordens e percepções que reproduzem o mundo de forma significativa”.

A representação social é, portanto, uma forma específica de conhecimento e compreensão do grupo social. É constituída por meio da mídia, em lugares públicos, em

processos de comunicação, tendo o senso comum e o conhecimento popular a base para o seu acesso. Esse saber comum é uma forma de pensamento social, que é prático e orientado para a comunicação, compreensão e domínio do ambiente social, material e ideal. “A representação social é sempre representação de alguma coisa (objeto), e de alguém (sujeito). As características do sujeito e do objeto nela se manifestam”, daí resulta em um espaço de estudo multidimensional; o anexo G sintetiza as problemáticas e seus eixos de desenvolvimento (JODELET, 2001, p. 27).

Com efeito, as RS podem constituir um saber que poderá ser usado ou lembrado pelos enfermeiros na sua prática, ante a necessidade de realizar uma atividade ou ação com os adolescentes, com vistas à prevenção da gravidez precoce.

Wagner (2000, p. 3) entende que a RS “[...] é um conteúdo mental estruturado, isto é, cognitivo, afetivo e simbólico, sobre um fenômeno social relevante, que toma forma de imagens ou metáforas, e que é conscientemente compartilhado com outros membros do grupo social”.

Jodelet (2001) refere que as RS surgiram por uma necessidade de conhecer o mundo, essa interação com ele e com os outros. Elas permeiam os discursos, emergem das palavras e são veiculadas por meio de mensagens e imagens da mídia cristalizadas em condutas e organizações materiais e espaciais.

A esse respeito, Abric (2000 p. 28) considera a RS “[...] uma visão funcional do mundo, que por sua vez, permite ao indivíduo ou grupo dar sentido às suas condutas e compreender a realidade através de seu próprio sistema de referência, permitindo assim o indivíduo de se adaptar e de encontrar um lugar nessa realidade”. Nessa concepção, as RS funcionam como uma interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com o seu meio físico e social. Essa interpretação vai determinar o comportamento e as práticas, ou seja, serve como guia para orientar as ações e relações sociais.

Coutinho *et al.* (2003, p. 44) destaca que “[...] as representações sociais constituem uma forma de conhecimento socialmente elaborado que são produzidos pelos grupos de indivíduos para poder comunicar-se e entender tudo aquilo que lhe é estranho e não familiar”. Surgem das relações entre grupos sociais por meio da comunicação entre si, evidenciando as características dos indivíduos através dos assuntos que são objeto do seu dia a dia.

Representação social é uma forma de saber prático que liga um sujeito a um objeto, ou seja, representar implica um sujeito e um objeto intrinsecamente ligados. Um objeto social qualquer só existe em relação a um sujeito ou um grupo, pois, ao pensar sobre o

objeto, ao exprimir opiniões a seu respeito, o sujeito está recriando o objeto, reconstruindo-se de modo a tornar-se consistente com a opinião que o sujeito tem a seu respeito (JODELET, 2001; SÁ, 1998).

Moscovici afirmou que as RS constituem fenômenos psicossociais e são compartilhadas socialmente, estabelecendo duas funções: a de formação de condutas para compreender e explicar a realidade, permitindo trocas sociais, transmissão e a difusão do saber; e a de orientação das comunicações sociais, guiando os comportamentos e a prática. E ressalta que “as representações são sociais devido possuir um aspecto impessoal, no sentido de pertencer a todos, são representações dos outros pertencentes às pessoas e a outros grupos e são uma representação pessoal, percebida afetivamente como pertencente ao ego” (MOSCOVICI, 2003, p. 221).

Para trabalhar as RS, um ponto relevante é o processo de formação e elaboração das representações. É tornar familiar o não familiar, que ocorre por meio de dois processos cognitivos: ancoragem e a objetivação (SÁ, 1998).

O primeiro, a ancoragem, é um processo que transforma o estranho e perturbador em algo familiar, permite a incorporação do que é desconhecido em uma rede de categorias usuais. Ou seja, é o processo pelo qual trazemos para categorias e imagens conhecidas que ainda não estão classificadas e rotuladas; é a inserção do objeto num sistema de pensamento preexistente, estabelecendo uma rede de significados em torno do mesmo (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2003; NOBREGA, 2003).

Conforme Paravino (2003), ancoragem é descrita como uma fase simbólica das representações, pois interpreta e assimila os elementos familiares, classifica-os e dá nomes a eles. Já Wachelke (2005) define a ancoragem como um processo pelo qual objetos novos são classificados e alinhados com o conhecimento prévio.

Na ancoragem, três funções básicas são indicadas: função cognitiva de integração da novidade, apoiando-se e moldando-se a representações preexistentes; interpretação da novidade, desencadeando mecanismos que concorrem para a sua explicação, como a categorização, a classificação, a etiquetagem, a denominação; e orientação das condutas e das relações sociais, onde as classificações não possuem apenas propriedades taxonômicas, correspondendo aos objetos representados, esperanças e obrigações que definem os comportamentos adotados em relação aos objetos sociais (JODELET, 2001).

Moscovici (2003) descreve que a ancoragem é organizada em três condições estruturantes: a atribuição de sentido; a instrumentalização do saber; e o enraizamento no sistema de pensamento. A atribuição de sentido ou enraizamento de um objeto e sua

representação em um grupo está gravada em um leque ou rede de significações, onde são articulados os valores já existentes. A instrumentalização do saber se constitui na atribuição de um valor funcional à estrutura da representação, como instrumento de referência que contribui para estabelecer relações sociais, mediante interpretação e controle da realidade pelo grupo e o enraizamento no sistema de pensamento se caracteriza pela articulação entre o conflito dos elementos inovadores com aqueles antigos e rotineiros

A esse respeito, Nóbrega (1990) refere que estas fases estão relacionadas ao processo de construção das RS, que utilizam como base a memória.

O segundo, a objetivação, é definida como uma forma de projeção mental, criada por meio da imagem e da estrutura, que dá uma forma específica ao conhecimento sobre algo novo. Esse processo faz com que se torne real um esquema conceptual; concreto o que é abstrato; transforma um conceito em uma imagem ou núcleo figurativo. É materializar as abstrações, tornar visível o que é invisível e impalpável (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2003; SÁ, 2004).

Essa fase figurativa das representações resulta na capacidade que o pensamento e a linguagem têm de materializar o abstrato, surgindo outro conceito com base nos dados existente. É a transformação de ideias, noções e imagens em coisas concretas e materiais que constituem a realidade (PARAVINO, 2003).

Jodelet (2001) classifica a objetivação em três fases: seleção ou descontextualização das informações, crenças e ideias acerca do objeto da representação, em que o sujeito faz triagem em função de seus critérios culturais e normativos, exprimindo e servindo de interesses e valores grupais; o núcleo figurativo onde os elementos selecionados deverão se organizar em uma esquematização estruturante, organizando os novos componentes informativos e adaptando-os à ordem preexistente; e a naturalização, que se refere ao transporte de elementos objetivos para o meio cognitivo e prepara para eles uma mudança de *status* e de função, integrando os elementos da ciência numa realidade de senso comum, familiarizando-o, tornando-o natural.

3.4.1 Teoria do Núcleo Central

Com arrimo em estudos experimentais das relações e do comportamento humano, Abric (1994) criou a Teoria do Núcleo Central das Representações Sociais. Essas representações se estruturam em torno de um núcleo central, elemento determinante da significação interna. São determinados pelas condições históricas, sociológicas e ideológicas

e, por isso, são coletivamente partilhados. Considerado pelo autor elemento mais estável e resistente às mudanças, que tem características específicas e constitui um ou mais elementos que dão significação à representação.

Em torno desse núcleo, organizam-se elementos periféricos (sistema periférico), complemento indispensável que promove a interface da realidade concreta com sistema central, atualizando-o e contextualizando-o constantemente, daí resultando sua mobilidade e flexibilidade, permitindo a expressão individualizada e tornando possível que a representação social se ancore na realidade do momento. As características dos sistemas foram sintetizadas por Abric (1998, p. 34) da seguinte forma:

Quadro 1- Características do sistema central e do sistema periférico de uma representação

SISTEMA CENTRAL	SISTEMA PERIFÉRICO
Ligado a memória coletiva e à história do grupo	Permite a integração de experiências históricas e individuais
Consensual	Tolera heterogeneidade do grupo
Define a homogeneidade do grupo	
Estável	Flexível
Coerente	Tolera contradições
Rígido	
Resiste a mudanças	Evolutivo
Pouco sensível ao contexto imediato	Sensível ao contexto imediato
Funções:	Funções:
Gera o significado da representação	Permite adaptação à realidade concreta
Determina sua organização	Permite a diferença de conteúdo

Fonte: Abric (1998, p.34).

Vale destacar que o sistema periférico possui três funções primordiais: possibilita a elaboração das RS e sua utilização em termos concretos, compreensíveis e transmissíveis; constitui o aspecto móvel e evolutivo das RS e age como um elemento de defesa do núcleo central. Dessa forma, em caso de transformações da representação, estas acontecerão primeiramente nos elementos periféricos, pois é no sistema periférico que poderão aparecer e ser toleradas contradições (ABRIC, 2003).

Assim, a identificação dos possíveis elementos dos sistemas central e periférico das representações sociais sobre a prevenção da gravidez precoce e dos riscos para os recém-nascidos e de saúde, elaboradas pelos enfermeiros da Saúde da Família, poderá propiciar a aproximação com a forma como esta se adapta ao contexto e desenvolve suas práticas. Essa apreensão poderá trazer subsídios à avaliação da práxis e planejamento de ações futuras na prevenção desse fenômeno.

Abric (1998) descreve que o núcleo central tem duas funções essenciais na estruturação e no funcionamento das RS: uma função geradora- ele é o elemento pelo qual se cria, ou se transforma, a significação dos outros elementos constitutivos da representação. É por eles que esses elementos tomam um sentido, um valor; uma função organizadora- é o núcleo central que determina a natureza dos laços que unem entre si os elementos da representação. Ele é, nesse sentido, o elemento unificador e estabilizador da representação.

O núcleo central permite estudo comparativo das representações, pois, além de indicadores quantitativos, possui também uma dimensão qualitativa que se caracteriza como um subconjunto das representações. Sugere três etapas de análise: a identificação do conteúdo da representação; o estudo da estrutura dessa representação, ou seja, da sua organização e a delimitação e controle do núcleo central. Como prolongamento do seu comportamento, de suas atitudes e das normas às quais ele se refere, “[...] esse contexto é concebido pela pessoa ou, pelo menos, parcialmente, pelo grupo” (ABRIC, 2000, p. 27).

Abric (2000, p. 28), estudando a evolução das pesquisas que tinham como propósito as cognições e práticas sociais, ampliou para quatro as funções das RS:

- a) a função do saber, que permite a compreensão e explicação da realidade, tornando possível a aquisição do conhecimento segundo a capacidade cognitiva e os valores daqueles que participam de um grupo social;
- b) a função identitária, que define a identidade e permite a proteção da especificidade ou exclusividade do grupo, assegurando um lugar de originalidade nos processos de comparação social;
- c) a função de orientação, para guiar e orientar os comportamentos e a prática por intermédio da estratégia cognitiva a ser adotada pelo grupo, da antecipação de expectativas e da determinação de comportamentos ou práticas a serem seguidas por ele; e
- d) a função justificadora, para fundamentar as tomadas de posição e comportamentos do grupo, permitindo a avaliação, explicação e justificação das situações relativas a si e ao grupo.

A TRS e do Núcleo Central é usada no Brasil como referencial teórico-metodológico por enfermeiros nos cursos de pós-graduação, por proporcionar importantes contribuições para a formulação do saber-fazer em enfermagem nas mais diversas áreas de atuação. Esse foi um dos achados em pesquisa documental realizada por Alves, Barroso, Oriá e Teixeira (2005), com o objetivo de traçar o perfil da utilização das TR nos programas de pós graduação – *stricto sensu* – em enfermagem no Brasil, no período de 1987 a 2001. As autoras

catalogaram 25 dissertações e 21 teses que utilizaram o referencial da Teoria das Representações Sociais. A maioria dos estudos procede de Rio de Janeiro e São Paulo.

O estudo revelou que a TRS é destaque no desenvolvimento de dissertações e teses de enfermagem e concluem “[...] demonstra uma boa aceitação da teoria pelos pesquisadores brasileiros, bem como a eficácia na utilização da mesma compreendendo o fazer enfermagem nos dias de hoje” (ALVES *et al.*, 2005, p. 336).

Marques, Tyrrel e Oliveira (2006) realizaram estudo objetivando quantificar as dissertações e teses com abordagem sobre representações sociais no período de 1975 a 2001. Identificaram 131 estudos, tendo o ano de 2000 e a região Sudeste concentrado o maior número. Nos Programas de pós-graduação em enfermagem foram realizados seis trabalhos. A Escola Anna Nery foi que mais utilizou a TRS.

No Ceará, a escolha da Teoria por enfermeiros em dissertações e teses também é significativa. Aspectos diversos são estudados: Papiloma Vírus Humano e mal-estar: representações sociais de homens e mulheres (ALVES, 2004); Violência Sexual contra a mulher: as representações sociais de profissionais de saúde (FRIAS, 2003); Representação Social da mulher sobre o cuidado de enfermagem vivenciado durante o puerpério (RODRIGUES, 2005); Representação social das mulheres grávidas sobre o cuidado pré-natal (VASCONCELOS, 2009).

Percebe-se a maior concentração desses estudos na saúde sexual e reprodutiva, justificada por Trindade (2003), quanto destaca a relevância de estudar o conhecimento das representações sociais e das práticas sociais relacionadas à saúde reprodutiva, por se tratar da área da saúde mais permeada de crenças e simbologias, de afeto e sofrimento, de valores e pressões sociais.

4 METODOLOGIA

4.1 Características da pesquisa

O estudo teve uma abordagem mista e desenvolvida em três momentos. No primeiro e segundo, tratou-se de um estudo epidemiológico, de coorte retrospectivo, que se utilizou da abordagem quantitativa para retratar a tendência e os riscos da gravidez na adolescência em Fortaleza no período de dez anos.

No campo da Epidemiologia, a Estatística não fala por si, cabendo analisar os resultados obtidos à luz do conhecimento epidemiológico acumulado, quanto ao contexto, características próprias e especificidade de tempo e espaço. Assim, o estudo epidemiológico propõe uma explicação para algum fenômeno relativo à distribuição ou determinação na população, por meio do relacionamento de variáveis que representam riscos ou fatores de risco. Assim, qualquer evento epidemiológico quando observado pode apresentar uma tendência de aumento, diminuição ou constância (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

Os estudos de coorte são considerados binários, em que a situação dos participantes quanto à exposição de interesse determina sua seleção. Nesse tipo de estudo, os indivíduos devem ter características comuns. Quando delineados com dados do passado, são classificados como retrospectivos, isto é, a exposição e o efeito já aconteceram, e só torna-se viável quando existem arquivos com protocolos completos e organizados (CARVALHO; LOPES, 2005; COELÍ; FAERSTEIN, 2003; LIMA-COSTA; BARRETO, 2003). No caso deste estudo, esses arquivos corresponderão aos dados do SINASC e SIM.

No terceiro momento, foi realizado um estudo descritivo, qualitativo, norteado pelo eixo teórico das Representações Sociais (RS), com uso de multimétodos.

Polít, Beck e Hungler (2004) consideram que o foco essencial do estudo descritivo reside em descrever e documentar os aspectos relativos ao seu objeto de estudo. Esse tipo de experimento descreve com exatidão os fatos e fenômenos de uma determinada realidade. Neste sentido, Gil (2006, p. 42) assevera que “[...] a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno”, e Richardson (2008) enfatiza que o caráter descritivo de um estudo está voltado para a descoberta e observação de fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los.

Quanto às abordagens contidas nessa investigação, trilhou-se pelas concepções convergentes com a posição de “método politeísta” de Moscovici (1995), em relação à discussão sobre a falsa dicotomia entre métodos qualitativos e quantitativos de Spink (1995) e a reflexão crítica de Morin (2000, p. 31) que diz: “Devemos compreender que, na busca da verdade, as atividades auto-observadoras, devem ser inseparáveis das atividades observadoras, as autocríticas, inseparáveis das críticas, os processos reflexivos, inseparáveis dos processos de objetivação”.

De tal maneira, os aspectos quantitativos possibilitaram apresentar os dados sóciosdemográficos dos participantes e tendências e riscos da gravidez na adolescência. E os qualitativos, os resultados dos depoimentos, que emergiram das representações dos enfermeiros sobre os riscos da gravidez precoce e as ações demandadas pelo enfermeiro da ESF na prevenção da gravidez na adolescência.

A abordagem de multimétodo para a coleta de dados é utilizada nos estudos com representações sociais, como forma de apreender o fenômeno estudado, dando mais visibilidade aos aspectos subjetivos que emergiram dos sujeitos (COUTINHO *et al.*, 2003).

Moscovici (1978) alerta para a noção de que cada grupo tem um conjunto de opiniões particulares e específicas e, desse modo, a diversidade de técnicas de coleta dados permite, simultaneamente, a possibilidade de se fazer comparações e explorar as categorias temáticas inclusas no conteúdo dos depoimentos.

4.2 Ambiente de investigação

O estudo foi realizado no Município de Fortaleza, capital do Ceará, localizada na Região Nordeste e ao extremo norte do Estado do Ceará. Limita-se ao norte com o oceano Atlântico e ao sul com os Municípios de Pacatuba, Maracanaú, Itaitinga e Euzébio. Ao leste com o Município de Aquiraz e o oceano Atlântico e ao oeste com o Município de Caucaia (ANEXO H).

Fortaleza possui vasta extensão geográfica, de 336 km², entrecortada por áreas verdes e conglomerados, que dá lugar a uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2009 de 2.505.554 habitantes. A população de adolescentes corresponde a 468.078, sendo 234.610 do sexo feminino (50,1%). (FORTALEZA, 2009), (APENDICE B).

O Município tem uma densidade demográfica de 7.590 habitantes por km², tem o 15º maior Produto Interno Bruto (PIB) municipal do País e o segundo do Nordeste, com 24,4

bilhões de reais e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,786. A cidade possui 119 bairros. É privilegiada por se localizar no litoral nordestino, próxima à linha do equador, favorecendo ao Município um clima quente e úmido, com temperatura média de 27° C (FORTALEZA, 2008).

Em 1997, a cidade passou por uma reforma político-administrativa, com a finalidade de garantir o acesso do cidadão aos serviços, às informações e à participação nas decisões referentes ao espaço urbano onde ele vive, a partir da descentralização da gestão municipal. Essa descentralização efetivou-se com a divisão de Fortaleza em seis secretarias executivas regionais, obedecendo a uma área de abrangência com grupos populacionais homogêneos que vivem em determinado espaço geográfico (BATISTA, 2003; FORTALEZA, 1997).

Por meio dessa configuração administrativa descentralizada, a política municipal de saúde é gerenciada pelas seis SERs, por meio dos distritos de saúde, tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde.

O Sistema de Informação provém de uma rede de saúde hierarquizada composta por 180 serviços de saúde, sendo 95 Centros de Saúde da Família (C.S.F); 14 centros de atenção psicossocial e 9 hospitais públicos municipais, 12 hospitais públicos estaduais, 50 hospitais privados (FORTALEZA, 2009).

A Secretaria Executiva Regional (SER) II é formada por 21 bairros, onde residem 363.406 habitantes, sendo 49.093 adolescentes. Possui IDH de 0,693, e o grande desafio da SER II é reduzir os desníveis sociais entre seus bairros. Dispõem de 42 equipes de Saúde da Família e uma rede de saúde municipal composta por 11 centros de Saúde da Família, um hospital municipal (Instituto Dr. José Frota) 2 CAPS, sendo um geral e outro álcool e drogas (AD) (ANEXO I).

A Secretaria Executiva Regional (SER) VI é composta de 29 bairros, correspondentes a 42% do território de Fortaleza, com 541.160 mil habitantes no censo de 2010. Destes, 102.385 estão na faixa de dez a 19 anos. IDH de 0,462. Dispõem de 82 equipes de Saúde da Família e uma rede de saúde municipal com 22 centros de Saúde da Família, dois hospitais municipais (Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana e Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira), 2 CAPS (Geral e AD) e uma Oca Comunitária São Cristovão para as terapias complementares e comunitária (ANEXO J).

Considerando a especificidade do segundo momento, o estudo teve como cenário investigativo os centros de Saúde da Família do Município de Fortaleza-CE, por adotarem a saúde da família como estratégia de organização da atenção primária, com princípios e

diretrizes voltados para o desenvolvimento de ações de promoção e saúde. Portanto, o contexto é favorável à atuação do enfermeiro na vigilância dos fatores condicionantes e determinantes da saúde do adolescente e no desenvolvimento de atividades de prevenção da gravidez precoce.

4.3 Participantes da pesquisa

O estudo contou com três populações e amostras. A primeira população foi de nascidos vivos, residentes em Fortaleza, registrados nas bases de dados do SINACS. A segunda de NV que vieram a óbitos com menos de sete dias de nascidos, registrados no SIM, no universo temporal de dez anos (1999 a 2008); ambas corresponderão às amostras do estudo.

A terceira constou de enfermeiros vinculados à Estratégia Saúde da Família do Município de Fortaleza. Do universo de 312 enfermeiros da Saúde da Família, foi extraída uma amostra intencional, correspondendo a todos os enfermeiros vinculados à SER II e VI, ou seja, 42 e 82 respectivamente, perfazendo um total de 124 enfermeiros, dos quais participaram da pesquisa 96, sendo 30 da SER II e 66 da SER VI.

Para inclusão na pesquisa foram estabelecidos dois critérios: o primeiro é estar vinculado à Saúde da Família e ter pelo menos um ano de atuação no Centro de Saúde da Família. O critério tempo foi estabelecido por acreditar-nos que esse seria o tempo suficiente para a elaboração de um diagnóstico situacional e a formação de vínculos com as famílias de sua área de abrangência e, em especial, com o adolescente.

Os critérios de exclusão foram: enfermeiros que não se encontravam desempenhando suas atividades durante o período da pesquisa por estarem de férias e licença de saúde e outros afastamentos.

4.4 Operacionalização da pesquisa

4.4.1 Coleta de dados: bases do SINASC e SIM

A coleta de dados de nascidos vivos foi realizada no banco de dados do SINASC e de óbitos no banco de dados do SIM, cedidos pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, coletados de agosto a outubro de 2011.

Vale destacar que a coleta se iniciou nas bases de dados cedidos pela Secretaria de Saúde de Fortaleza. Ao analisarmos o SINASC, observamos que a qualidade estava comprometida, o número de nascidos vivos não era condizente com as bases de dados da SESA e DATASUS/MS. Em 1999, nas bases de dados de Fortaleza, o número de NV foi de 15.488, enquanto na SESA constavam 37.460, uma diferença em torno de 41%. Essa inconsistência foi justificada, considerando que, nos primeiros anos desse estudo, o Município não digitava as DNV das maternidades de responsabilidade da SESA, tais como: Hospital Geral de Fortaleza, Hospital Cesar Cals e Maternidade-Escola Assis Chateaubriand e não realizaram a importação destes dados. Essa inconformidade demandou mudança de acesso das bases no Município para o âmbito estadual, e ocorreu após negociações e assinaturas do termo de fiel depositário.

Foram consideradas de interesse para o estudo as variáveis do SINASC - município de residência, data de nascimento, idade da mãe, idade gestacional e peso ao nascer; e do SIM - município de residência, data de nascimento, data do óbito e idade da mãe.

Relacionar registros de bases diferentes é uma perspectiva que aumentou significativamente nos últimos anos, e constitui um desafio para a epidemiologia, uma vez que os avanços tecnológicos põem a serviço da saúde aplicativos que possibilitam esses cruzamentos.

Um dos recursos utilizado nesta pesquisa foi o cruzamento do banco de dados do SINASC e SIM, denominado *linkage*, por meio da busca manual ou do *software Reclink*, a fim de identificar os nascidos vivos filhos de mães adolescentes que evoluíram para óbito neonatal. “*Linkage* significa literalmente ligação. Consiste na ligação entre dois ou mais bancos de dados que possuem variáveis em comum” (SILVA *et al.*, 2006, p. 71).

A *linkage* por meio do *software Reclink* “[...] consiste em uma interface com bancos de dados flexíveis que permite ao usuário designar de forma interativa, as regras de associação [...]” (CAMARGO JR.; COELI, 2000, p. 442). Os mesmos autores avaliaram esse aplicativo e concluíram que o tempo para o processamento, mesmo naqueles que envolveram bases grandes de dados, foi no máximo de dez minutos, e consideraram o *Reclink* como padrão-ouro nessa interface.

4.4.2 Coleta de dados: Representações Sociais

Para a coleta de dados foram utilizadas a Associação Livre de Palavras por meio do TALP (APÊNDICE C e D) e questionário (APÊNDICE E).

Teste de Associação Livre de Palavras (TALP)

O Teste de Associação Livre de Palavras caracteriza-se como uma técnica projetiva que favorece aos indivíduos revelarem o conteúdo latente da memória em relação ao objeto apresentado e que muitas vezes se mostra explícito nos depoimentos deles (COUTINHO *et al.*, 2003; NÓBREGA, 2003). Essa técnica é também descrita por Laplanche (1988, p.38) como um “método que consiste em exprimir indiscriminadamente todos os pensamentos que ocorrem ao espírito, quer a partir de um elemento dado (palavra, número, imagem de um sonho, qualquer representação), quer de forma espontânea”.

O TALP é largamente empregado nos estudos de representações sociais, pela possibilidade de o pesquisador apreender a percepção da realidade de um grupo social, com base na estrutura semântica (OLIVEIRA *et al.*, 2005b). A esse respeito, Nóbrega (2003) reforça a ideia de que o TALP é uma investigação aberta, utilizada com o intuito de evidenciar universos semânticos, por meio de estímulos indutores.

Os estímulos indutores selecionados para este estudo foram: riscos da gravidez na adolescência para mãe e recém-nascido e prevenção da gravidez na adolescência. Para cada estímulo, foi proposta a evocação de seis palavras, bem como sugerida a enumeração das evocações por ordem decrescente de importância atribuída, ou seja, hierarquizar as palavras com a ordenação da mais importante para a menos importante.

Oliveira *et al.* (2005b) descrevem que a coleta de dados do TALP se resume em solicitar aos participantes do estudo que produzam um determinado número de palavras ou expressões que lhe ocorrerem, a partir de um tema indutor dado, para em seguida solicitar que organizem suas respostas em ordem decrescente de importância. As autoras orientam que a quantidade de palavras ou expressão a serem evocadas deve ser estabelecida previamente pelo pesquisador, e recomendam que esse número não exceda a sete palavras. Justificam que a prática tem mostrado que, “[...] a partir de sete palavras evocadas há um declínio na rapidez das respostas, evidenciando um trabalho mental lógico para as produções subsequentes, descaracterizando o caráter natural e espontâneo das evocações livres.” (OLIVEIRA *et al.*, 2005b, p. 578).

Vale ressaltar que, antecedendo ao teste (TALP), foi realizada uma simulação da técnica para maior compreensão e superação de possíveis dificuldades que possam demandar, a explanação, para o participante, de como a técnica será desenvolvida; esse treinamento prévio utilizando termos indutores que não sejam relacionados com o objeto de pesquisa é considerado importante por Tura (1997). Corroborando nesse aspecto, Oliveira *et al.* (2005b,

p. 577) destacam; “[...] tornar a técnica um exercício lúdico possibilita a aproximação do *repport* inicial, permitindo a aproximação mais rápida entre pesquisador e pesquisado.”

A aplicação dessa técnica exige concentração e, para tanto, algumas regras básicas de planejamento quanto ao ambiente físico foram negociadas/providenciadas junto aos centros de Saúde da Família: local tranquilo, livre de ruídos e de trânsito de pessoas, de forma que possibilitou a reflexão e o mínimo de interferência externa.

A aplicação prática da técnica é simples e pode ser realizada isoladamente ou em conjunto com outras técnicas, como entrevista ou o questionário (OLIVEIRA *et al.*, 2005b). Neste estudo optamos por associar o TALP ao questionário.

Questionário com perguntas abertas

Utilizou-se o questionário estruturado, com questões abertas sobre as repercussões da gravidez na adolescência e ações demandadas pelo enfermeiro na estratégia Saúde da Família na prevenção deste fenômeno.

O questionário é um dos instrumentos mais utilizado para obter informações acerca de grupo sociais. Permite obter informações de um grande número de pessoas, simultaneamente, em um tempo relativamente curto. As perguntas abertas requerem uma resposta escrita, ou seja, a pessoa responde com suas próprias palavras, com a vantagem de o entrevistado dar informações mais ricas e detalhadas (GIL, 2006; HILL, 2005; RICHARDSON, 2008).

A aplicação do TALP e questionário para os enfermeiros ocorreu de julho a agosto de 2011, em cada centro de Saúde da Família correspondente, sendo 12 na SER II e 20 na SER VI (APENDICE F). Esse contato direto possibilitou apresentar e discutir os objetivos da pesquisa e do questionário, bem como responder dúvidas acerca das perguntas.

O questionário versou na primeira parte sobre dados de identificação, permitindo traçar o perfil sócio demográfico dos participantes do estudo. Na segunda, cinco questões abertas, o que possibilitou ao enfermeiro responder com maior elaboração e mais liberdade (HILL, 2005; RICHARDSON, 2008).

A intencionalidade de estabelecer, previamente, a quantidade de participantes para a aplicação do TALP questionário foi pautada na concepção de Cabral e Tyrrell (1998), de que, na pesquisa qualitativa, o requisito principal é a profundidade de conhecimento acerca do problema que se busca. E os autores reforçam “O critério não é numérico, e a amostragem ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões.” (CABRAL; TYRRELL, 1998, p.20).

Preliminarmente à coleta de dados, foram feitas visitas à Célula de Vigilância Epidemiológica na SMS e dos Distritos de Saúde da SER II e VI, com vistas a favorecer o contato com o campo da pesquisa e viabilizar o apoio e colaboração.

Antecedendo a coleta de dados, ocorreu o acerto, com o coordenador e enfermeiros de cada centro de Saúde da Família, da data para a aplicação individual do TALP e questionário. Essa aproximação do pesquisador com o campo de pesquisa é fundamental para estabelecer vínculo de confiança entre os participantes, bem assim obter uma visão real do cenário. A esse respeito, Silva (2003) descreve a necessidade da inserção do pesquisador no seu campo de estudo antes de apreender os dados para a pesquisa, pela possibilidade de maior credibilidade, para o investigador da verdadeira expressão da realidade.

4.5 Estratégia de organização e análises dos dados

4.5.1 Bases de dados do SINASC e SIM

Polit, Beck e Hungler (2004) referem que os dados coletados não respondem por si às indagações do estudo. Eles precisam ser processados e analisados estatisticamente.

Assim, os indicadores obtidos na primeira parte da pesquisa foram tratados por meio de medidas epidemiológicas e estatísticas (medidas de tendência central, de variação e de associação/correlação). Foram apresentados em forma de tabelas e gráficos, seguidos das respectivas análises.

Foram calculadas duas medidas: a incidência e taxa anual média de incidência de nascidos vivos prematuros e de baixo peso de mães adolescentes em relação ao total de mulheres que deram à luz em Fortaleza, bem como a taxa de mortalidade neonatal (número de mortes em crianças de zero a 28 dias de nascidos, filhos de adolescentes residentes em Fortaleza de 1999 a 2008, divididos pelo número de crianças de mães adolescentes residentes em Fortaleza, que nasceram no mesmo período, por mil (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, 2003).

A fim de se analisar a tendência e risco dos recém-nascidos do período de 1999 a 2008, foi feita a análise de correlação e regressão, por meio do diagrama de dispersão, do coeficiente de correlação r de Pearson e do coeficiente de regressão linear, para se examinar a associação entre os grupos de mães adolescentes e mães não adolescentes com relação a possíveis fatores de riscos quanto a baixo peso ao nascer, prematuridade e mortalidade neonatal precoce,

Para todas as análises estatísticas, consideramos como estatisticamente significantes aquelas com $p < 0,05$. Os dados foram processados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 14.

4.5.2 Teste de Associação Livre de Palavras (TALP)

Após a aplicação do teste, as palavras evocadas constituíram um banco de dados correspondentes aos dois estímulos indutores. Foram processadas no *Software EVO* (*Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations*) (VERGÉS, 1992).

A análise das evocações ocorreu segundo a Teoria da Representação Social e do Núcleo Central, com base na qual foi elaborado quadro de quatro casas para identificação dos termos centrais e periféricos, que possibilitou identificar a frequência e a ordem de importância das evocações de palavras, propiciando a aproximação dos elementos da representação e a compreensão das distâncias estabelecidas entre as representações distribuídas sobre o plano gráfico (OLIVEIRA *et al.*, 2005b).

A análise da frequência(f) e ordem de importância (OMI) foi pautada na Lei de Zipf, que viabilizou medir o aparecimento das palavras na lista de termo gerado e ordenado pelo EVOC. Esse ponto de corte propiciou avaliar o grau de relevância das palavras, a correlação entre *rank* e frequência (ZIPF, 1949). Nesse sentido, Vantin (2002) destacou a importância da Lei de Zipf como método de visualização e análise de dados qualitativos, ao permitir o entendimento de sistemas complexos, pelo estabelecimento de uma abordagem estatística.

4.5.3 Questionário com perguntas abertas

Como métodos de análise dos depoimentos resultantes das cinco questões, foram utilizadas as práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano, tendo como recurso os mapas de associação de ideias. A escolha dessa técnica ocorreu pela motivação como um desafio e por corresponder à ideia preconizada por Spink (1999, p. 61), que diz: “por meio dessa abordagem buscamos construir um modo de observar os fenômenos sociais que tenham foco na tensão entre a universalidade e a particularidade, entre o consenso e a diversidade com vista a produzir uma ferramenta útil para transformações da ordem social”.

As práticas discursivas, como ensinam Spink e colaboradores é uma técnica de análise definida como linguagem em ação, isto é, as maneiras com base nas quais as pessoas

produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas, são, portanto, os próprios repertórios interpretativos, compreendendo estes como o conjunto de termos e descrições que demarcam o rol das possibilidades de formulações discursivas, tendo por parâmetros o contexto em que essas práticas são produzidas (SPINK, 1999).

Os mapas de associação de ideias são formas criativas de apresentação dos depoimentos em tabelas, onde as colunas estão definidas por categoria temáticas. A análise possibilita entender os sentidos dos fenômenos desde a imersão no conjunto das informações coletadas, procurando deixar aflorar os sentidos em categorias, classificações e tematizações *a priori* (SPINK, 1999). Nesse sentido, buscou-se trabalhar o aspecto dialogal implícito na produção do sentido, bem como o encadeamento das associações de idéias com as categorias.

Na formulação dos mapas (APENDICE G, H, I, J, L), foram determinadas cinco categorias, cuja análise ocorreu mediante a aproximação do discurso dos enfermeiros com essas categorias previamente definidas, quais sejam:

- a) Representação da prevenção da gravidez na adolescência;
- b) Representação dos riscos da gravidez na adolescência;
- c) Ações de prevenção da gravidez precoce desenvolvida na ESF;
- d) Contribuição do sistema de informação no planejamento das ações de prevenção da gravidez precoce; e
- e) Dificuldades encontradas no desenvolvimento dessas ações.

Há um confronto possível entre sentidos constituídos na pesquisa e interpretação e aqueles decorrentes da familiarização prévia com o campo de estudo. É desse confronto inicial que emergem as categorias, cujo objetivo é sistematizar o processo de análise. Constituem instrumento de visualização que tem duplo objetivo: dar subsídio ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo (SPINK, 1999).

A técnica de elaboração do mapa contém os seguintes passos: 1) utiliza-se um processador de dados, do tipo Word for Windows; 2) digitam-se todos os depoimentos; 3) elaboram-se um quadro com o número de colunas correspondente às categorias a serem utilizadas; e 4) usam-se as funções cortar e colar para transferir o conteúdo do texto para as colunas. Não há um número fixo de colunas nem sequência de categorias. É um processo de elaboração que está intimamente relacionado ao objeto da investigação (SPINK, 1999).

Por fim, foi realizada a triangulação de métodos. Consideramos que os métodos qualitativos e os quantitativos podem-se combinar de formas diferentes numa mesma investigação, mesmo existindo uma preponderância de um sobre o outro, compreendendo que

neste estudo ambos assumiram a mesma importância, sendo a investigação qualitativa facilitadora da quantitativa verdadeira e a recíproca.

A opção pelas duas abordagens adveio, a princípio, da complexidade do objeto de estudo, seguida da necessidade de captar e aprofundar os aspectos nos diferentes contextos da prevenção e dos riscos da gravidez precoce, com o objetivo de obter maior rigor de análise e interpretação, e, por fim, pela possibilidade de complementaridade entre os instrumentos de pesquisa.

A triangulação vem ascendente na comunidade científica, sendo adotada por pesquisadores de áreas diversas do conhecimento, percebida como conceito central na integração metodológica. Para Minayo, Assis e Souza (2005), esse conceito não apenas constitui uma forma de combinar vários métodos qualitativos entre si, ou de articular métodos quantitativos e qualitativos, mas, sobretudo, se apresenta como um novo paradigma de quebra (rompimento) da hegemonia metodológica dos defensores do monométodo.

Essa combinação de métodos heterogêneos “[...] é capaz de trazer à baila resultados contrastantes ou complementares que possibilitam uma visão caleidoscópica do fenômeno em estudo, constituindo-se em um dos caminhos de busca de credibilidade perante a comunidade científica”.(SPINK; MEGANON, 1999, p. 87).

Nesse fenômeno complexo de colocar os métodos utilizados em confronto com outro, para a maximização da sua validade interna e externa, tendo como referência o mesmo problema de investigação, evidenciamos que a análise aqui delineada foi ancorada no principal objetivo da integração de métodos, a convergência de resultados de investigação, ou seja, nos resultados que conduziram às mesmas conclusões

4.6 Aspectos éticos

Os referenciais da Bioética preconizados na Resolução nº196/96, do Conselho Nacional de Saúde, foram considerados neste estudo (BRASIL, 1996). O projeto submeteu-se à aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, Protocolo nº 150/10, e obteve parecer favorável em reunião do dia 5 de agosto de 2010, com aprovação expedida por meio do Ofício nº 181/2010 (ANEXO L).

O acesso aos bancos de dados do SINASC e SIM ocorreu com o consentimento do gerente da do SESA por meio de ofício e da assinatura do Termo de Fiel Depositário.

Aos enfermeiros, o acesso foi efetivado mediante autorização da Secretaria de Saúde de Fortaleza, expresso na assinatura de ofício e folha de rosto para pesquisa

envolvendo seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, assim como a anuência do Distrito de Saúde da SER II e VI e coordenadores dos CSF, expressos em ofícios.

O estudo preservou o rigor ético, no sentido de evitar desconforto e proporcionar benefícios sem causar riscos e/ou constrangimento (BRASIL, 1996; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Foram prestados os esclarecimentos quanto à garantia do anonimato e do sigilo de seus depoimentos. Com isso, puderam sentir-se livres e seguras para externar posições francas e verdadeiras. Os sujeitos foram esclarecidos, também, sobre a natureza e objetivo da pesquisa. Concordância de participação espontânea no estudo foi expressa na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE M).

Para a apresentação dos resultados, os enfermeiros foram identificados com a letra E, e seguida de número ordinal, de 1 a 96 com a respectiva SER, como forma de preservar o caráter confidencial de suas identidades.

Ressaltamos que o financiamento para execução do projeto proveio de nós própria.

5 RESULTADOS E ANÁLISE

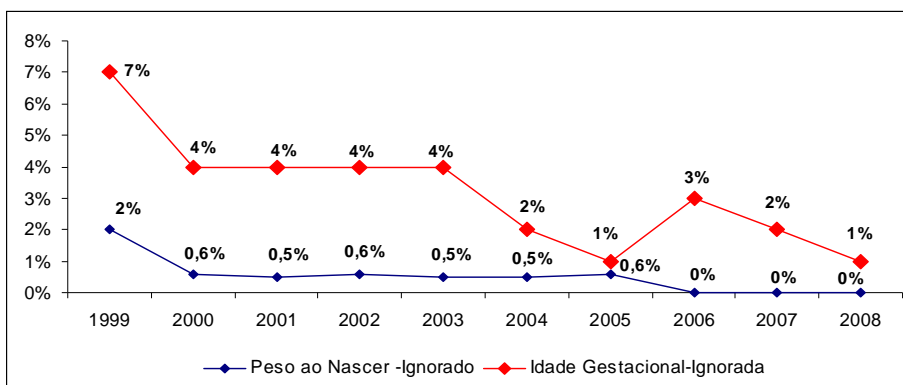
5.1 Bases de dados do SINASC e SIM

Antecedendo a coleta de dados, no sentido de minimizar vieses de seleção e de efeito, os registros de nascidos vivos e óbito neonatal precoce referente ao período estudado foram analisados a fim de avaliar a qualidade das informações registradas. Serão apresentadas a seguir a validação dos dados do SINASC quanto às variáveis peso ao nascer, idade gestacional, idade da mãe e a unificação (*linkage*) entre o SINASC e SIM na validação das informações da mortalidade neonatal precoce.

5.1.1 Análise da qualidade das informações do SINASC

Ao analisar a qualidade da informação na base de dados do SINASC, quanto à completude do campo idade gestacional e peso ao nascer dos 397.060 nascidos vivos residentes em Fortaleza no período estudado, percebemos a melhoria dos registros dessas variáveis na DNV, com curva decrescente (FIGURA1).

Figura 1 - Proporção da incompletude dos campos peso ao nascer e idade gestacional na declaração de nascidos vivos em Fortaleza-CE, 1999 a 2008



Fonte: SINASC Fortaleza-CE de 1999 a 2008/Base de dados da SESA.

A idade gestacional apresentou maior proporção de incompletude na DNV do que o peso ao nascer. Mesmo assim, as proporções encontradas são consideradas excelentes, exceto idade gestacional de 7% em 1999. Estudo em Maracanaú-CE encontrou resultado similar, com 0,3% para peso ao nascer e 1,3% da idade gestacional (SILVA; LEITE; ALMEIDA, 2009).

Observamos a melhoria dos registros dessas variáveis na base do SINASC nos dez anos estudados, cuja incompletude em 2008 ficou em torno de 1% para a idade gestacional e

zero para o peso ao nascer. Romero e Cunha (2006) atribuíram a qualidade de excelente, quando a proporção da informação ausente for abaixo de 5%.

Estudo realizado em Maranguape-CE encontrou, também, melhoria nos registros no SINASC. Os campos ignorados foram decrescentes de 2000 para 2003. Os valores ignorados do peso ao nascer foram de 0,6% e zero respectivamente. A duração da gestação teve o mesmo comportamento, 0,5% em 2000 e zero em 2003 (OLIVEIRA; MOURA; SILVA, 2007).

Em São Paulo, foi evidenciada essa melhoria em estudo que objetivou validar as informações das declarações de nascidos vivos. Comprovaram que as DNV podem ser consideradas como excelente fonte de identificação de recém-nascido de baixo peso e prematuros, pois apresentaram um elevado grau de registros, portanto exibiram elevada sensibilidade e especificidade, e podem ser consideradas como acuradas. Concluem os autores que o SINASC se mostrou como fonte válida e confiável e afirmaram “[...] a duração da gestação e o peso ao nascer apresentam pequenas proporções de ausência de informação” (ALMEIDA *et al.*, 2006, p. 645).

Aqui destacamos a importância da qualidade da base de dados do SINASC, considerando a necessidade de sua utilização sistemática como parâmetro normativo para o planejamento e avaliação das ações de saúde, considerando, também, a relevância da alimentação desse sistema com informações completas e confiáveis, ou seja, reduzir os campos ignorados. Essa inconformidade pode ser superada por meio da implementação dos NUHEPI nos hospitais públicos, implantação/implantação nos hospitais privados, bem como a supervisão e monitoramento do processo pela Célula de Vigilância Epidemiológica, o que ocorre no município de Fortaleza.

O enfermeiro, em qualquer instância de trabalho, na Secretaria de Saúde de Fortaleza, pode fortalecer esse sistema de informação, seja na sala de parto, na coordenação ou na equipe do NUHEPI, na Unidade de Vigilância Epidemiológica das SER, no Centro de Saúde da Família ou na realização de pesquisas que orientem a sua prática e consequentemente contribuam para a melhoria da qualidade do SINASC.

5.1.2 Linkage entre os bancos de dados SINASC e SIM

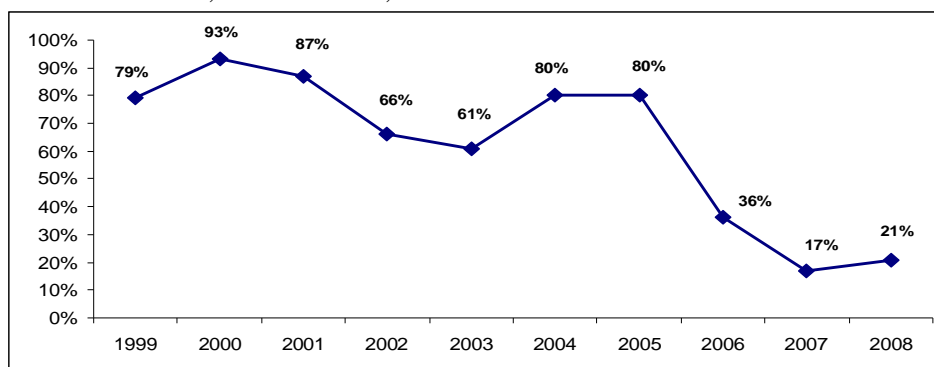
Para o relacionamento das bases de dados do SIM e SINASC do óbito neonatal precoce de filho de adolescente dos anos de 1999 a 2008, foi utilizado o *software Reclink III*

(CAMARGO JR.; COELI, 2008), empregando-se o método probabilístico de registro. Essa opção adveio das considerações propostas pela utilização dessa técnica, que, após a combinação das informações entre as duas bases, enseja um arquivo único atualizado e mais confiável. Esses aspectos foram reforçados pelas evidências da pesquisa de Coriolano *et al.* (2009), que destacou a importância do relacionamento de registros antes da análise, pela possibilidade de melhoria da qualidade dos dados, bem como da reflexão de Hogan e Wagner (1997) que em 1997, já haviam constatado que as informações que não apresentam boa qualidade podem induzir a conclusões errôneas nas avaliações das condições de vida e saúde da população.

Assim, antes da aplicação do *software*, foi realizada uma análise crítica das duas bases de dados. No SINASC, foi avaliado o campo -nome da mãe - e adotadas as correções das siglas, fonéticos e abreviações, decorrentes da digitação, bem como a homogeneidade da grafia, e excluída a expressão “recém-nascido de” para “RN de”. Essa mesma avaliação foi realizada no banco do SIM, possibilitando assim a uniformidade da informação, etapa necessária para o relacionamento.

No SIM, das 7.886 declarações de óbitos, foram identificadas em cada ano as inconsistências quanto ao campo idade da mãe, ou seja, consolidadas na seguinte faixa: adolescente (dez a 14 anos e 15 a 19 anos) e adulta (≥ 20 anos). Em seguida, foram identificadas as incompletudes com os campos- ignorado- e não informado, por meio do aplicativo do TABWIN, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2 - Proporção da incompletude do campo idade da mãe na declaração de óbito infantil, Fortaleza-CE, 1999 a 2008



Fonte: SIM/Fortaleza-CE, 1999 a 2008/Base de dados da SESA.

A análise das incompletudes foi norteadada pelo estudo de Romero e Cunha (2006) sobre variáveis dos óbitos de crianças menores de um ano, registradas no SIM, onde os autores estabelecem a seguinte classificação: excelente, quando a proporção da informação

ausente for abaixo de 5%; bom, entre 5% e 10%; regular, entre 10% e 20%; ruim, entre 20% e 50%; e muito ruim, igual ou superior a 50%.

Assim, a magnitude do problema de registro desses campos foi surpreendente, pois, em 1999, dos 1.027 óbitos infantis, 807 não informavam a idade materna, cerca de 80%, considerada muito ruim. Em 2001, esse percentual chegou a 93%. Somente em 2006, observou-se a melhoria desse registro na DO, chegando em 2007 numa classificação regular, passando em 2008 para ruim; portanto, houve uma regressão. Essa melhoria das informações do SIM a partir de 2006 pode estar relacionada com a implantação, no final de 2005, dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia, na rede de hospitais públicos de Fortaleza.

Após essas constatações, demos início à *linkage*, utilizando três variáveis-chave para identificação de pares verdadeiros, duvidosos e não-pares, quais sejam: nome da mãe, data de nascimento e sexo, por estarem presentes (agregadas) nas duas bases de dados.

Após a correção nos bancos de dados, foram seguidos os quatro passos: 1) padronização dos bancos de dados, para manter as variáveis em um mesmo formato e diminuir os erros na etapa do pareamento; 2) criação de blocos lógicos (blocagem), fazendo com que as bases de dados fossem divididas em blocos mutuamente exclusivos, proporcionando maior probabilidade de encontrar pares verdadeiros. Nessa etapa, utilizamos o nome da mãe e o sexo para indexação; 3) combinação de arquivos para determinar os escores, como pares verdadeiros, duvidosos e não-pares; e 4) revisão manual para definir os pares duvidosos como verdadeiros ou não-pares (CAMARGO JR.; COELI, 2008, p. 232).

No processo de blocagem, foram utilizados os quatro passos também descritos por Camargo Jr. e Coeli. No primeiro, empregamos a blocagem, conciliando o código *soundex* do primeiro e do último nome e o sexo. O *soundex* é um código fonético que forma um mesmo código para diferenças mínimas na grafia e na pronúncia. Foi utilizado o código *soundex* do primeiro nome e sexo. Posteriormente, do último nome e sexo e apenas no quarto passo foram conciliados o primeiro e o último nomes. Após a identificação do par verdadeiro na DO e na DNV, foram recuperadas as informações que se encontravam ignoradas na DO quanto à idade da mãe (CAMARGO JR.; COELI, 2008, p. 258).

Na década estudada (1999 a 2008), foram registradas no SINASC 397.060 nascidos vivos e no SIM 7.886 óbitos em menores de um ano, ambos residentes em Fortaleza; foi analisado somente o componente neonatal precoce, com registro de 3.990 óbitos de criança de até seis dias de vida. O resultado do *linkage* mostra o resgate da variável idade materna, com os valores de correção, antes e depois do relacionamento na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das declarações de óbito neonatal precoce, segundo a completude da variável idade materna após o *linkage*, Fortaleza-CE, 1999 a 2008

Ano	Variável Idade da mãe (anos)	Antes da correção		Depois da correção		Ganho de informação	
		n	%	n	%	n	%
1999	10 a 14	4	0,8	4	0,8	0	0
	15 a 19	35	7,4	44	9,2	9	25,7
	≥ 20	107	22,4	124	26	17	15,8
	Ignorado	331	69,4	305	64	26	7,8
	Total	477	100	477	100		
2000	10 a 14	1	0,2	2	0,4	1	100
	15 a 19	11	2,2	27	5,5	16	145,4
	≥ 20	31	6,3	87	17,6	56	180,6
	Ignorado	451	91,3	378	76,5	73	16,1
	Total	494	100	494	100		
2001	10 a 14	0	0	0	0	0	0
	15 a 19	18	5,3	28	8	10	55,5
	≥ 20	44	12,9	94	28	50	113,6
	Ignorado	278	81,8	218	64	60	21,5
	Total	340	100	340	100		
2002	10 a 14	2	0,4	3	0,6	1	50
	15 a 19	64	13,6	86	18,3	22	34,3
	≥ 20	125	26,5	182	38,6	57	45,6
	Ignorado	280	59,5	200	42,5	80	28,5
	Total	471	100	471	100		
2003	10 a 14	4	0,9	8	2	4	100
	15 a 19	48	11,8	65	16	17	35,4
	≥ 20	160	39,2	213	52	53	33,1
	Ignorado	196	48,1	122	30	74	37,7
	Total	408	100	408	100		
2004	10 a 14	8	1,9	8	1,9	0	0
	15 a 19	48	11,5	59	14,1	11	22,9
	≥ 20	161	38,5	200	47,9	39	24,2
	Ignorado	201	48,1	151	36,1	50	24,8
	Total	418	100	418	100		
2005	10 a 14	3	0,7	5	1,2	2	66,6
	15 a 19	49	11,8	64	15,4	15	30,6
	≥ 20	174	41,8	205	49,3	31	17,8
	Ignorado	190	45,7	142	34,1	48	25,2
	Total	416	100	416	100		
2006	10 a 14	4	1,1	5	1,3	1	25
	15 a 19	52	14,4	60	16,7	8	15,3
	≥ 20	205	57	232	64,5	27	13,1
	Ignorado	99	27,5	63	17,5	36	36,3
	Total	360	100	360	100	72	
2007	10 a 14	4	1,3	4	1,3	0	0
	15 a 19	48	16,3	49	16,6	1	2
	≥ 20	197	66,5	213	72	16	8,1
	Ignorado	47	15,9	30	10,1	17	36,1
	Total	296	100	296	100		
2008	10 a 14	4	1,2	4	1,2	0	0
	15 a 19	50	16,1	57	18,4	7	14
	≥ 20	204	65,9	220	71	16	7,8
	Ignorado	52	16,8	29	9,4	23	44,2
	Total	310	100	310	100		

Fonte: SINASC/SIM(Linkage-Reclink), Fortaleza-CE, 1999 a 2008/Base da dados da SESA.

Na análise da Tabela 1, observamos que a idade materna na adolescência de dez a 14 anos e 15 a 19 anos é menos registrada na DO e mais registrada na DNV, com maior ganho da informação depois da recuperação em torno de 26% para a primeira faixa etária e 27% para a segunda. Para as mães maiores de 20 anos, o ganho foi de 25,7%. Achados semelhantes quanto à recuperação de informação a partir do relacionamento de bases de dados, mas divergente em relação à faixa etária da mãe, demonstraram que se conseguiu um ganho de 46% na faixa etária de 10-19 anos e 85% em maiores de 20 anos (CORIOLANO *et al.*, 2009).

O *linkage* é uma ferramenta que deve ser utilizada para a completude das informações que se encontram deficientes e limitando a realização de estudos epidemiológicos. Nesse contexto, a Figura 3 demonstra a recuperação por meio do SINASC, das informações omissas da DO quanto à idade materna do óbito neonatal precoce e o ganho dessa informação, conforme a Figura 4.

Figura 3 - Proporção da incompletude do campo idade da mãe na DO de óbito neonatal precoce antes e depois do *linkage*, Fortaleza-CE, 1999 a 2008

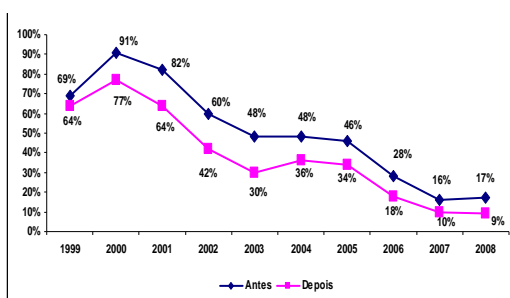
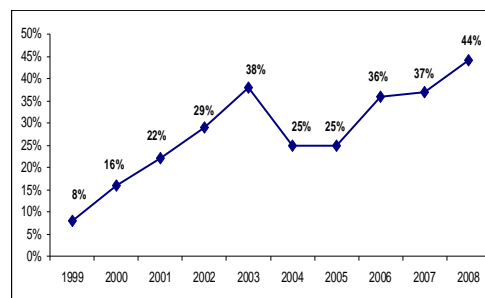


Figura 4 - Proporção de ganho de informação do campo idade da mãe na DO de óbito neonatal precoce e depois do *linkage*, Fortaleza-CE, 1999 a 2008



Fonte: SIM/SINASC (*Linkage-Reclink*) Fortaleza-CE, 1999 a 2008/Base de dados da SESA.

O ganho da informação é visível na Figura 3, que apresenta um aumento de forma proporcional ao ano, partindo de 8% em 1999 e atingindo 44% em 2008.

Percebemos a melhoria ascendente no preenchimento da DNV. Esse resgate só foi possível em virtude da variável idade materna ser comum na DNV (campo 15) e DO (campo 33), denominado por Camargo Jr. e Coeli (2008) de chaves primárias, o que possibilitou o pareamento em ambos os documentos, bem como a viabilidade de acesso às bases de dados por meio magnético. Portanto, as informações do SINASC mostraram-se como fonte adequada e confiável para o resgate de dados da base do SIM.

No SIM em 2006, foram encontrados 706 óbitos de crianças residentes no Município de Fortaleza, evidenciando 43,6% não informavam a idade da mãe. No componente neonatal precoce, esse percentual foi de 28%. Estudo constatou “[...] que o SIM, principal fonte de referência para cálculo de indicador de saúde, se encontrava em uma situação crítica, no que se refere à qualidade das variáveis, com elevado percentual de informações omissas” (CORIOLANO *et al.*, 2009, p.184) e concluíram que essas deficiências observadas revelam pouca confiabilidade das informações e restringem o seu uso, daí a importância do relacionamento de registros antes de qualquer análise.

Estudo semelhante realizado em Ribeirão Preto, São Paulo, que considerou a proporção de ausência da informação de óbito neonatal precoce, de precária, após o *linkage*, foram recuperados 38% da idade da mãe (BARBUSCIA; RODRIGUES-JUNIOR, 2011).

Barros *et al.* (1985), há 26 anos, já recomendavam a utilização de avaliações sobre os óbitos perinatais, com o intuito de qualificar essa informação, ou seja, reduzir as inconsistências. Antes as evidências desse estudo e considerando a implantação dos NUHEPI e a constatação de que no Município de Fortaleza em 2008 os 99% dos partos ocorrem em ambiente hospitalar, essa recomendação mostra-se atual e viável.

Vale ressaltar a importância e as vantagens do *linkage* em pesquisas, pois possibilita uma melhoria dos dados. Nesse estudo, foi possível recuperar as informações (idade da mãe) que se encontravam ausentes na DO, no entanto, considera-se que na gestão da informação em saúde, seja no monitoramento da mortalidade infantil, como em estudos epidemiológicos e em atividades de vigilância, o *linkage* é a última alternativa a ser adotada para a melhoria da informação. A primeira se constitui da coleta, ou seja, do preenchimento correto da DO pelo médico, profissional legalmente responsável por toda informação contida nesse documento, seguida do processamento (digitação) de forma confiável na base do SIM e, por fim, da análise crítica dessa base de dados, com superação das incompletudes e inconformidades em tempo hábil e oportuno.

5.1.3 Tendência da gravidez na adolescência, baixo peso ao nascer, prematuridade e mortalidade neonatal precoce em filhos de adolescentes

Filhos de mães adolescentes vêm adquirindo particular relevância no âmbito da assistência à saúde, tanto em decorrência da antecipação do ciclo reprodutivo entre as mulheres, que acarreta gestações em adolescentes cada vez mais jovens, quanto pelos problemas psicossociais, econômicos e biológicos que derivam desta situação. Esta relevância

engloba a visibilidade dos indicadores de saúde reprodutiva desse segmento, como subsídios de planejamento de medidas preventivas e de intervenção.

O acompanhamento dos indicadores de nascimento por meio do SINASC foi um avanço significativo na área da epidemiologia, pois esse sistema “[...] possibilitou conhecer e saber quem nasce como nasce, onde nasce e em que condições nasce.” (RAMOS; CUNAN, 2009 p.298).

Assim, o acesso a este sistema possibilitou analisar as variáveis delimitadas no estudo. Quanto à proporção de nascidos vivos registrados no SINASC em Fortaleza ao longo desses dez anos (TABELA 2), ficou comprovada oscilação, ora de crescimento, ora de redução.

Tabela 2 - Coorte de nascidos vivos segundo a idade da mãe, Fortaleza-CE, 1999 a 2008

Ano	10-14a		15-19a		≥20a		Ignorado		Total NV
	n	%	n	%	n	%	n	%	
1999	332	0,9	7615	20,5	27956	74,8	1157	3,8	37.460
2000	358	0,9	8086	20,7	30347	77,7	291	0,7	39.082
2001	372	0,9	8430	20,2	32861	78,7	95	0,2	41.758
2002	320	0,8	7763	19,4	31097	77,4	972	2,4	40.152
2003	357	0,9	8112	19,4	33170	79,4	133	0,3	41.772
2004	319	0,8	7720	19	32543	80	94	0,2	40.676
2005	268	0,7	7422	19	31125	80	137	0,3	38.952
2006	403	1	7496	18,5	32327	79,9	234	0,6	40.460
2007	345	0,9	6739	17,8	30648	81	111	0,3	37.843
2008	391	1	6698	17,3	30837	79,3	972	2,4	38.905
Total	3465	1	76081	19	312911	79	4196	1	397.060

Fonte: SIM Fortaleza-CE, 1999 a 2008/ Base de dados da SESA.

Foi analisado o total de nascidos vivos nos dez anos e a proporção de mães adolescentes foi de 20%. Proporção semelhante foi encontrada em Florianópolis, Santa Catarina, cerca de 19% de filhos de adolescentes (PUHL *et al.*, 2007). Em São Luiz do Maranhão, esse índice foi maior, 29,4% (SIMÕES *et al.*, 2003). Considerando somente a faixa etária da adolescência com 79.546 nascidos vivos, foram achados 4,3% para mães de 10 a 14, e 95,7% com idade de 15 a 19 anos. Estes valores são similares ao estudo que analisou a proporção de nascidos vivos de adolescentes, as mães com idade entre dez e 14 anos corresponderam a 3,89%, enquanto as de 15 e 19 anos representam 96,11% desta população (NADER; COSME, 2010).

Para analisar a tendência, foram utilizadas duas taxas: a taxa de incidência, apresentada por meio de figuras e a taxa anual média de incidência por 1000NV com relação às variáveis: idade da mãe, baixo peso ao nascer, prematuridade e mortalidade neonatal precoce. Foi usado o modelo de regressão linear simples, bem como o coeficiente de correlação r de Pearson, onde foi estratificada a idade da mãe de dez a 14 anos, 15 a 19 anos e ≥ 20 anos, explicitados na Tabela 3.

Tabela 3 - Análise da tendência da taxa de nascidos vivos, Fortaleza-CE, 1999 a 2008

	Y = a + bX			r	p				
1. Idade da mãe									
10 – 14anos	-134,601+0,072X			0,222	0,538				
15 – 19anos	7201,292 -3499X			0,963	0,000				
≥ 20 anos	-8819,266 +4,795X			0,797	0,006				
2. Peso ao nascer									
	Peso ≤ 2.499 g			Peso ≥ 2.499 g					
	Y = a + bX	r	p	Y = a + bX	r	p			
10 – 14anos	-68,000 + 0,035X	0,366	0,298	-104,013 + 0,056X	0,193	0,593			
15 – 19anos	315,555 -0,149X	0,409	0,240	6138,430 -2,977X	0,931	0,000			
20 ou + anos	-4366,330 2,209X	0,967	0,0001	-9275,580 + 4,994X	0,785	0,007			
Total	122930,2 -41,539X	0,084	0,818	122930,2 -41,539X	0,084	0,818			
3. Idade gestacional									
	< 37 semanas			≥ 37 semanas					
	Y = a + bX	r	p	Y = a + bX	r	p			
10 – 14anos	-184,255 + 0,092X	0,820	0,004	-72,514 +0,040X	0,138	0,704			
15 – 19anos	-1090,471 + 0,550X	0,611	0,6	4319,790 -2,069X	0,791	0,006			
20 ou + anos	-7383,941 + 3,706X	0,813	0,004	-77793,6 +39,159X	0,573	0,083			
Total	122930,2 -41,539X	0,084	0,818	122930,2 -41,539X	0,084	0,818			
4. Mortalidade infantil por componente									
	Neonatal Precoce			Neonatal Tardia			Pós Neonatal		
	Y = a + bX	r	p	Y = a + bX	r	p	Y = a + bX	r	p
10 – 14a	-13,253 +0,007X	0,348	0,324	-0,225+0,000X	0,021	0,954	-5,808+0,003X	0,347	0,326
15 – 19a	110,354+0,056X	0,383	0,275	-36,529+0,018X	0,391	0,264	-126,166+0,063X	0,840	0,002
≥ 20 a	-775,937+0,390X	0,862	0,001	-350,313 +0,176X	0,769	0,009	-380,341+0,190X	0,841	0,002
Total	122930,2 -41,539	0,084	0,818	122930,2 -41,539	0,084	0,818	122930,2 -41,539	0,084	0,818

Y= taxa do número de NV /1000 a = constante que corta o eixo do Ys se X=0 b = coeficiente de regressão linear X = ano
 r = coeficiente de correlação r de Pearson p= índice de significância

Nota: Excluídos os ignorados.

Fonte: SINASC/SIM/ Fortaleza-CE, 1999 a 2008 /Base de dados da SESA.

Ao analisar as taxas da incidência de 1999 a 2008 dos nascidos vivos de mãe adolescente e adulta (FIGURAS 5 e 6), e a taxa anual média de crescimento por 100NV (TABELA 3), certificamos que não houve tendência de crescimento nesses dez anos.

Portanto, ao estratificar a idade da adolescência, notamos que houve uma redução de nascimento na adolescência tardia, com tendência decrescente, $b = -3499X$, porém estatisticamente significativa, $p = 0,000$. Os achados apontam que os nascimentos estão ocorrendo com maior significância na adolescência precoce, denotando que as adolescentes estão engravidando cada vez mais cedo.

Figura 5 - Incidência de nascidos vivos segundo a idade da mãe adolescente e adulta, Fortaleza-CE, 1999 a 2008

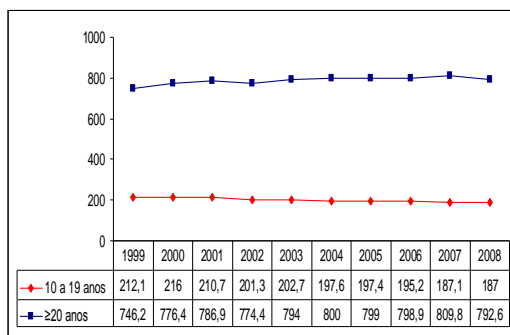
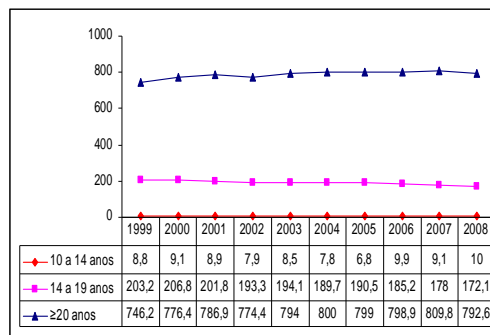


Figura 6 - Incidência de nascidos vivos segundo a idade da mãe adolescente precoce, tardia e adulta, Fortaleza-CE, 1999 a 2008



Fonte: SINASC Fortaleza-CE, 1999 a 2008/Base de dados da SESA.

Essa tendência é preocupante e foi também evidenciada em Belo Horizonte, cujos autores deduziram: “[...] Este dado mostra-se relevante visto que a gravidez precoce (10 a 14 anos) torna riscos, tanto para adolescente quanto para o recém nascido]”. (NADER; COSME, 2010, p. 340).

Estudo de Gama, Szwarcwald e Leal (2002) com 941 puérperas adolescentes encontrou que nenhuma delas desejou a gravidez, 36,4% eram primíparas, 23,4% com um filho, 17,4% com dois filhos e 33,3% com três e mais filhos. Esses achados comprovam que essa preocupação é pertinente, e os enfermeiros da Equipe de Saúde da Família devem incluir no planejamento de atenção ao adolescente a prevenção da gravidez de repetição.

Tendência do peso ao nascer

Na Tabela 3, foi possível analisar a taxa de baixo peso por idade da mãe. Nessa análise, não foi encontrada tendência de crescimento do número de nascidos vivos de baixo peso ao longo do período para filho de adolescente precoce, pois a taxa anual média de

crescimento não foi significante. Nos nascidos vivos de mães com idade de 15 a 19 anos, a tendência foi decrescente $b=-0,149$, porém não estaticamente significante, $p=0,240$. Nas maiores de 20 anos, no entanto, a tendência linear foi crescente nesse período. Em comparação as fases da adolescência, a fase precoce tem uma tendência maior de crescimento do que na tardia.

Em Fortaleza, do total de nascidos vivos (397.060) de 1999 a 2008, 30.936 tiveram peso < 2.4999 , cerca de 7%. A tendência encontra-se demonstrada também nas Figuras 7 e 8, onde se vê a taxa de incidência de peso ao nascer por 100NV por ano, segundo a idade da mãe na adolescência precoce e tardia e adulta.

Figura 7 - Incidência de baixo peso ao nascer de coorte de RN de mãe adolescente e adulta de Fortaleza-CE, 1999 a 2008

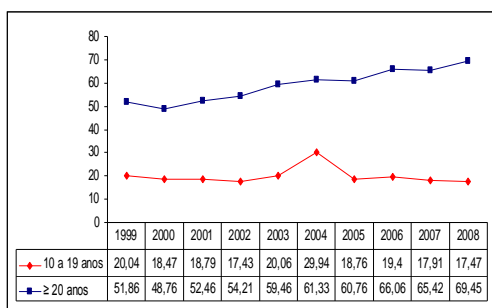
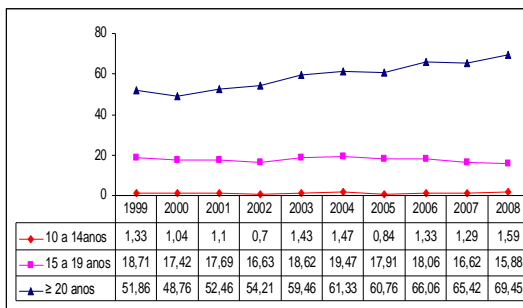


Figura 8 - Incidência de baixo peso ao nascer de coorte de RN de mãe adolescente precoce, tardia e adulta, Fortaleza-CE, 1999 a 2008



Fonte: SINASC/Fortaleza-CE, 1999 a2008/Base de da dos da SESA.

Tendência da prematuridade

A duração da gestação em semanas é um dos parâmetros determinantes do crescimento uterino. A prematuridade (< 37 semanas) é decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis, independentemente das condições socioeconômicas. O RN pré-termo era um custo de mensuração difícil tanto para as famílias, pelos anseios que permeiam a sobrevivência, e para o sistema de saúde, pela necessidade de uma atenção qualificada com uma estrutura assistencial adequada, capacidade técnica e tecnologias nem sempre disponíveis.

Neste estudo de coorte, foi possível analisar a idade gestacional dos recém-nascidos de 1999 a 2008 em função da idade materna. Dos 397.060 partos do período estudados, 5.091 foram em adolescentes, incidência por 1000NV de 12,8, sendo 365 na adolescência precoce, incidência de 0,9 e 4.726 na adolescência tardia com 11,9, enquanto nas mães adultas foi de 42,5. A incidência anual encontra-se explicitada nas Figuras 9 e 10.

Figura 9 - Incidência de prematuridade de coorte de RN de mãe adolescente e adulta, Fortaleza-CE. 1999 a 2008

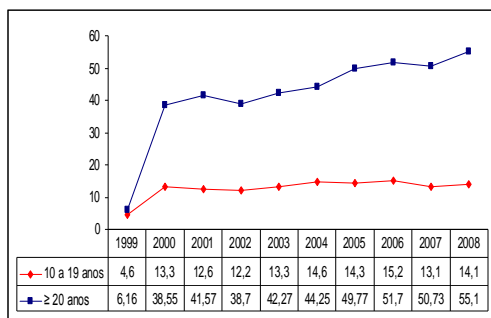
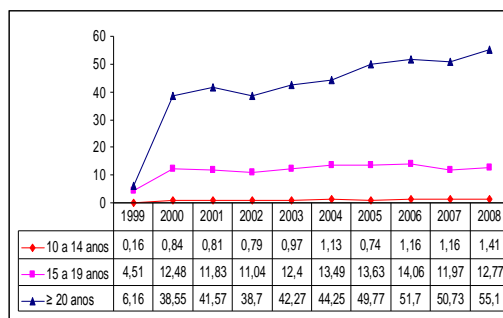


Figura 10 - Incidência de prematuridade de coorte de RN de mãe adolescente precoce, tardia e adulta. Fortaleza-CE. 1999 a 2008



Fonte: SINASC Fortaleza-CE, 1999 a2008/Base de dados da SESA.

Ao analisar a taxa anual média de crescimento, verificamos que em relação às mães de dez a 14 anos, mesmo com uma taxa linear baixa, $b=0,092$, a tendência crescente de partos prematuros foi estaticamente significativa, $p=0,004$. Na adolescência tardia não houve crescimento ($p=0,6$). Nas mães maiores de 20 anos, o comportamento da tendência foi crescente, semelhante às adolescentes precoces, com índice $p=0,004$ (TABELA 3).

A mãe adolescente de dez a 14 anos obteve tendência de crescimento maior do que as de 15 a 19 anos; mesmo as mães na adolescência tardia apresentam taxa anual media de crescimento maior, $b=0,550$. Esse crescimento não foi estatisticamente significativo.

Estudo realizado no Rio Grande do Norte encontrou proporções de partos prematuros em adolescentes, cerca de 4,3% (AZEVEDO *et al.*, 2002), bem como em São Luiz, Maranhão, cerca de 22,9% (SIMÕES *et al.*, 2003). Em Guarapuava, Paraná, Ramos e Cunan (2009) encontraram 4%. No Ceará, no Município de Maracanaú, esse percentual foi de 1,2% em adolescentes de dez a 14 anos (SILVA; LEITE; ALMEIDA, 2009).

No Espírito Santo, estudo evidenciou que é notável a grande representatividade de partos ocorridos em adolescentes diante do total de partos no ES em 2007:

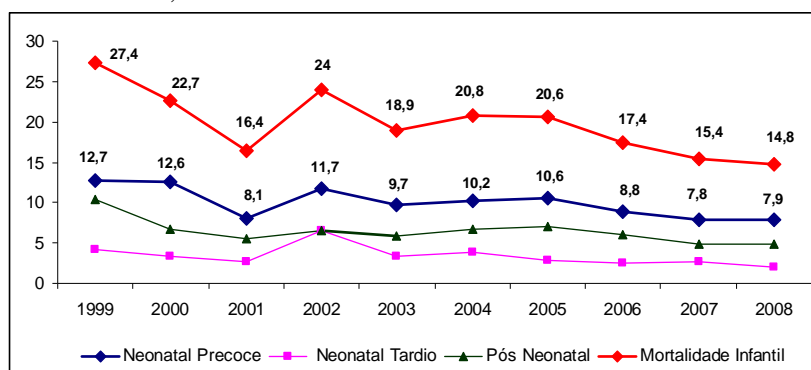
[...] o fato mais preocupante se dá pela porcentagem considerável de mães adolescentes precoces (10 a 14 anos), uma vez que pelo estudo ficou explicitada a maior predisposição à prematuridade dos recém-nascidos de mães com idade entre 10 a 14 anos do que os demais. (NADER; COSME, 2010, p. 145).

Quando analisa a taxa anual média de crescimentos, não encontramos tendência de crescimento de prematuridade ao longo deste período para filhos de adolescente precoce e tardia. Foi evidenciada uma taxa anual média de crescimento $b=0,092$, $r=0,820$ e $p=0,004$ para a adolescência precoce (TABELA 3). Na adolescência, a taxa foi de $b=0,550$, $r=0,611$ e $p=0,6$.

Tendência da mortalidade neonatal precoce

A mortalidade neonatal precoce é um dos componentes da mortalidade infantil, e esta constitui um indicador sensível, uma vez que reflete as condições de vida e saúde de uma população. Para Lansky, França e Lael (2002), o componente neonatal representa atualmente a maior parcela da mortalidade infantil em decorrência da redução da mortalidade pós-neonatal. Essa afirmação é constatada na série histórica da taxa de mortalidade infantil e seus componentes em Fortaleza, de 1999 a 2008, conforme é expresso na Figura 11.

Figura 11 - Taxa de mortalidade infantil por componente, Fortaleza-CE, 1999 a 2008



Fonte: SIM/ Fortaleza-CE, 1999 a 2008/Base de dados da SESA.

Fortaleza evidencia uma tendência de declínio da mortalidade infantil, no entanto a mortalidade neonatal passou a ser o principal componente de óbito. Mesmo com tendência de queda e estabilidade a partir de 2003, apresentou patamar elevado, ao confrontar com o índice considerado aceitável pela Organização Mundial de Saúde, de dez mortes para cada mil nascimentos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006).

Dos 7.886 óbitos infantis deste período, 5.321(67,5%) ocorreram no período neonatal, e 2.565(32,5%) no pós-neonatal. Ao comparar o componente neonatal, de zero a seis dias, foram 3.990(50,5%) óbitos e sete a 27 dias 1.331(17%). Verificamos que o componente neonatal representa a maior parcela da mortalidade infantil, concentradas no componente neonatal precoce.

Coadunando com esses achados, pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão descrevem que, “Com a redução da mortalidade pós neonatal, a mortalidade neonatal passou a ter maior importância na composição da mortalidade infantil” e denominaram o resultado encontrado nesses dois componentes como “tendências antagônicas”. (RIBEIRO; SILVA, 2000, p. 436).

Oliveira, Mccallum e Costa (2010) estudaram a gravidez na adolescência e outros os fatores de risco para a mortalidade fetal e infantil no Rio de Janeiro. Encontraram também uma queda na mortalidade infantil e um aumento do componente neonatal. Destacaram que, ainda, que persistam as desigualdade sociais, houve uma redução dos óbitos em crianças menores de um ano, fato decorrente, sobretudo da queda do componente pós-neonatal.

Para Almeida e Barros (2004), a mortalidade neonatal precoce é o componente que permanece com altas taxas. Consideraram resultante de uma complexa relação entre as condições de vida das mães e das famílias, as condições psicossociais e biológicas maternas durante a gestação e assistência ao pré-natal, parto, nascimento e ao recém-nascidos.

Quando se analisamos a taxa de mortalidade neonatal precoce com a idade da mãe adolescente e adulta por 1000 NV (FIGURAS 12 e 13), observamos que houve oscilações da incidência da mortalidade, para ambas as faixas etárias. Em 2003, a incidência foi bem maior para filho de adolescente. O mesmo comportamento ocorreu em 2002, 2004, 2007 e 2008 para incidência em filhos de mães adultas.

Figura 12 - Incidência da mortalidade neonatal precoce de coorte de RN de mãe adolescente e adulta Fortaleza-CE, 1999 a 2008

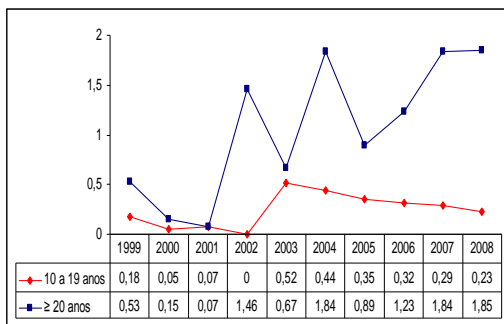
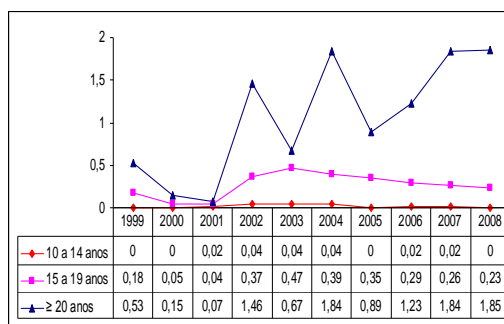


Figura 13 - Incidência da mortalidade neonatal precoce de coorte de RN de mãe n adolescente precoce, tardia e adulta, Fortaleza-CE, 1999 a 2008



Fonte: SIM Fortaleza-CE, 1999 a2008/Base de da dos da SESA.

Ao verificar a taxa anual média de crescimento de mortalidade neonatal precoce, em filhos de adolescentes (TABELA 3), notamos que não houve tendência de crescimento estatisticamente significativa ao longo do período. Essa tendência, no entanto, foi crescente para mães adultas, cerca de $b=0,862$ a cada ano; mesmo com valores pequenos, foi estatisticamente significativa, $p=001$. Ao confrontar essa taxa nas fases da adolescência, descobrimos que a tendência de mortalidade neonatal precoce foi maior para as adolescentes de 15 a 19 anos. Esse mesmo comportamento foi verificado na mortalidade neonatal tardia e pós-neonatal.

5.1.4 Riscos da gravidez na adolescência: baixo peso ao nascer, prematuridade e mortalidade neonatal precoce em filhos de adolescentes

A palavra risco é empregada desde o século XVI, quando relacionada à probabilidade de ganho e perda. Passou por diversas transformações. Empregada no XIX, o sentido de risco foi largamente utilizado como sinônimo de perigo. Na atualidade, o conceito de risco alcança praticamente todas as dimensões da vida e está muito arraigado nos contextos biomédico-epidemiológicos (PORTO, 2007).

Para Aurélio, risco pode ser definido como perigo ou possibilidade de perigo. Na epidemiologia, o risco é entendido como a probabilidade de ocorrência de uma doença, agravo, óbito ou condição relacionada à saúde, incluindo cura, recuperação ou melhora; em uma população ou grupo durante um período determinado (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

Esta parece ser a definição mais apropriada para ser adotada, considerando os objetivos do estudo. Assim, utilizamos o risco relativo (RR); também chamado de razão de incidências ou razão de risco, considerando que expressa uma comparação matemática da probabilidade do risco de adoecer entre grupos de expostos e não expostos a um determinado fator em estudo (GIL, 2006). Nesse sentido, a Tabela 4 mostra os riscos dos nascidos vivos segundo a idade da mãe em relação a peso ao nascer, idade gestacional e mortalidade neonatal precoce, com ênfase no segmento adolescente precoce e tardio.

Tabela 4 - Análise dos riscos de RN para o baixo peso, prematuridade e mortalidade neonatal precoce, segundo a idade da mãe, Fortaleza-CE, 1999 a 2008

1. Peso ao nascer			
	RR	Baixo peso ao nascer ($\leq 2.499g$) IC95%	p
10 – 14anos	2,01	1,82-2,23	0,001
15 – 19anos	1,22	1,19-1,25	0,001
≥ 20 anos	1		
2. Idade gestacional			
	RR	Prematuro (< 37 semanas) IC95%	p
10 – 14anos	1,89	1,7 - 2,11	0,001
15 – 19anos	1,05	1,03-1,08	0,001
≥ 20 anos	1		
3. Mortalidade neonatal precoce			
Idade da mãe(associação)	RR	Óbito de NV de 0 a 6 dias de nascido IC95%	p
10 – 14 anos ≥ 20 anos	2,19	1,62 -2,91	0,001
15-19 a ≥ 20 anos	1,20	1,09-1,33	0,001
10-14 a 15 – 19anos	1,25	1,28-2,39	0,001

RR = risco relativo, IC95% = Intervalo de confiança (limite inferior-limite superior), p= índice de significância
Fonte: SIM Fortaleza-CE, 1999 a 2008/Base de dados da SESA.

Riscos de baixo peso ao nascer

Recém-nascidos de baixo peso ao nascer são considerados problemas de saúde pública pela associação com altas taxas de mortalidade e morbidade. A maior parte deles apresenta prematuridade e ou retardo do crescimento intra uterino. Dentre outros fatores associados ao baixo peso ao nascer, destacam-se: *status* social, peso e altura dos pais, história de aborto, nascimentos múltiplos, uso de cigarro, álcool, café e drogas e sexo (BRASIL, 2010).

Estudo realizado em Goiás evidenciou os fatores associados ao baixo peso ao nascer e destacou: prematuridade, baixa e avançada idade materna, mulheres não casadas, menos de sete consultas de pré-natal, parto não hospitalar e neonatos do sexo feminino (MINAMISAVA, 2004). Nos Estados Unidos, os bebês de baixo peso também estão em maior risco para a síndrome da morte súbita infantil, bem como problemas respiratórios, paralisia cerebral, distúrbios cardíacos e dificuldades de aprendizagem (FEDERAL INTERAGENCY FÓRUM ON CHIC AND FAMILY STATISTICS, 2011).

Nesse contexto, Silva, Leite, Almeida (2009) evidenciaram que os nascidos vivos com baixo peso ao nascer apresentam um risco três vezes maior de morte antes de completar o primeiro ano de vida, quando comparados ao peso igual ou superior a 2.550g. Portanto, foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre mortalidade infantil e baixo peso ao nascer.

Essa associação também faz parte da investigação ora apresentada, onde o risco de baixo peso ao nascer para NV de mães na adolescência precoce e tardia em relação aos NV de mães adultas foi de RR=2,01 e RR=1,22, respectivamente, sugerindo, portanto, que os NV de mãe na adolescência precoce têm 2,01 vezes mais probabilidade de nascer de baixo peso do que os NV de mães adultas. Na adolescência tardia, essa probabilidade foi de 1,22 vez mais. Mães com idade menor de 20 anos apresentaram forte associação/correlação com RN de baixo peso ao nascer, sendo maior na faixa etária de dez a 14 anos. Assim sendo, a gravidez na adolescência constituiu um fator de risco para o baixo peso ao nascer (TABELA 4).

Quanto à associação da idade da mãe e peso ao nascer, estudo de Azevedo *et al.* (2002) identificou que o risco de baixo peso ao nascer em nascidos vivos de adolescente foi de RR=8,4 com o $p=0,001$ quando comparado à mãe na idade adulta, concluindo que as adolescentes têm maiores probabilidades de desfechos adversos, notadamente o baixo peso ao nascer, podendo levar a um desfecho fatal nos primeiros dias de vida.

A esse respeito, estudo sobre o risco de morte de recém-nascidos de baixo peso ao nascer agruparam os RN em extremo baixo peso (inferior a 1.000g) e em peso de 1.000 a 1.499. Os autores descobriram que os óbitos se concentravam nos primeiros dias de vida, com a probabilidade de morte no primeiro dia de vida de 5,5 e 4,8, respectivamente. (ALMEIDA *et al.*, 2011). O peso ao nascer é, conseqüentemente, uma relevante variável preditora da sobrevivência infantil. Quando inferior a 2.499g constitui um dos principais determinantes da mortalidade infantil.

Riscos de prematuridade

Simões *et al.* (2003) destacam a importância de análise epidemiológica da idade gestacional ao nascer, considerando que a prematuridade constitui um risco bem maior para mortalidade infantil, e que o grupo de mães abaixo de 18 anos teve resultados desfavoráveis para partos prematuros. Estudo de coorte realizado em Maracanaú-CE encontrou risco de morte para nascidos vivos prematuros de 2,7 maiores de > semanas de gestação (SILVA; LEITE; ALMEIDA, 2009).

Nesse sentido, Ramos e Cunan, (2009) refletiram sobre a prematuridade como causa de mortalidade infantil e constataram que inúmeras são as causas que levam um bebê a nascer prematuro, especialmente as relacionadas ao aparelho genital feminino, alterações placentárias, placenta prévia, descolamento prematuro e excesso de líquido amniótico. Destacaram outros fatores, como idade materna, infecções maternas, primiparidade, porém, na maioria dos casos, a causa é desconhecida.

Ao avaliar a associação da idade da mãe e prematuridade, constatamos que o risco relativo de prematuridade na comparação com NV de mães na adolescência precoce e tardia e NV de mães adultas foi RR=1,89 e RR=1,05, respectivamente, com índice de significância elevado, $p=0,001$; sugerindo que os NV de mãe na adolescência precoce têm 1,89 vez mais probabilidade de nascer prematuro do que os NV de mães adultas. Na adolescência tardia essa probabilidade foi 1,22 vez mais (TABELA 4).

A idade da mãe abaixo de 20 anos evidenciou forte associação com a prematuridade, sendo maior na faixa etária de dez a 14 anos. Assim, podemos inferir que gravidez na adolescência constituiu um fator de risco para a prematuridade.

Coadunando-se com esses achados, estudo de partos prematuros em adolescente realizado por Nader e Cosme (2010) constatou que, das mães adolescentes que tiveram parto pré-termo, 5,74% tinham de dez a 14 anos de idade e 94,26% de 15 a 19 anos. Das mães dos nascidos vivos a termo, o percentual foi de 3,78% dos dez a 14 anos, e de 96,22% dos 15 a 19

anos. Assim, afirmaram que, das mães de nascidos prematuros, as com idade entre dez e 14 anos apresentaram estatisticamente maior predisposição à prematuridade do que as mães adolescentes de mais de 14 anos ($p=0,016$).

Achados semelhantes, encontrados no Rio Grande do Norte, onde os partos pré-termos em adolescentes foram de 4,3, $p=0,0028$, concluíram, que os partos pré-termos foram significativamente mais elevados do que nas mães adultas (AZEVEDO *et al.*, 2002). Corroborando esse dado, Simões *et al.* (2003) encontraram risco de prevalência de 22,9 $p=0,001$ de partos prematuros em adolescente menores de 18 anos, e ratificaram que, mesmo com a situação socioeconômica semelhante, a prematuridade em filho de adolescente foi superior ao das adultas. As adolescentes têm o risco de prevalência aumentado de ter filhos prematuros.

Goldenberg, Figueiredo e Silva (2005) refletiram a ideia de prematuridade de nascidos vivos de adolescente com o número de consulta de pré-natal, e descreveram que o risco de parto pre-termo foi significativamente maior no grupo de mães adolescentes, mas esse risco foi minimizado proporcionalmente, quando comparado ao número de consultas, ou seja, para adolescentes com zero a três consultas o risco foi de 30,7, $p=0,006$, de quatro a seis consultas passou para 14,5, $p=0,474$ e mais de sete consultas encontrou 8,8 $p=0,929$.

Nesse sentido, Reis e Ribeiro (2007) destacaram os desafios das adolescentes vivenciarem a gravidez, e que, muitas vezes, a dificuldade de contar o fato para a família ou até mesmo constatar a gravidez faz com que iniciem tardiamente o pré-natal, o que possibilita a ocorrência de complicações e aumento do risco de terem bebês prematuros e de baixo peso.

Portanto, os estudos expostos demonstraram um desfecho negativo de prematuridade para nascidos vivos de adolescente, em comparação às mães adultas; daí a responsabilidade do enfermeiro, por meio da reorientação dos serviços de saúde e promoção de ações de Educação em Saúde junto a esse segmento, demonstrar a magnitude e transcendência de uma gravidez na adolescência para mãe e recém-nascido, evidenciar, também, as possibilidades de acolhimento e acesso aos serviços de saúde, pois essa informação/formação possibilita o “empoderamento”, com tomada de decisão, inerente ao exercício da cidadania dos adolescentes. Vale ressaltar que a prática do enfermeiro deve ser norteada por três dimensões: promoção da saúde sexual e reprodutiva, prevenção da gravidez precoce e a assistência a gestante adolescente com articulação dos três níveis de atenção.

Risco de mortalidade neonatal precoce

A probabilidade de morrer desde o nascimento até os seis dias de vida por cada mil nascidos vivos é denominada taxa de mortalidade neonatal precoce. Essa taxa pode ser compreendida como a estimativa de risco de mortes antes de completar seis dias de vida entre o universo de nascidos vivos em uma área e período definido, considerada também como medida de probabilidade ou incidência (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, 2003).

Na análise da mortalidade infantil, calculamos o risco relativo e o intervalo de 95% de confiança (IC95%) por componente neonatal, tomando a probabilidade de morte dos nascidos vivos em relação à idade da mãe e evidenciando os desfechos desfavoráveis para o componente neonatal precoce de nascidos vivos de adolescentes (TABELA 4).

Na associação da idade da mãe a mortalidade neonatal precoce, encontramos que o RR de mortalidade neonatal precoce para NV de mães na adolescência precoce e NV de mães adultas de RR=2,19, IC_{95%} 1,62 -2,91 e na adolescência tardia, o risco foi RR=1,20 e IC_{95%} 1,9 -1,33 sugerindo, portanto, que os NV de mãe na adolescência precoce têm 2,19 vezes mais probabilidade de morrer do que os NV de mães adultas. Na adolescência tardia, a probabilidade foi 1,20 vez maior. A idade da mãe menor de 20 anos demonstra associação com mortalidade neonatal precoce. Assim sendo, a gravidez na adolescência constitui fator de risco para a mortalidade neonatal precoce.

Ante as constatações e pesquisas referenciadas, podemos deduzir que idade materna é utilizada em larga escala em estudos demográficos e epidemiológicos e constitui importante fator de risco para o baixo peso ao nascer, prematuridade, sendo, deste modo, um determinante de morbidade e mortalidade infantil, particularmente entre adolescentes.

A idade materna inferior a 20 anos é associada a um risco maior para a mortalidade neonatal. Contrapondo-se a essa asserção, Puhl *et al.* (2007) destacaram em seu estudo o relatório do Comitê de Adolescente da Academia de Pediatria, que encontraram uma taxa de mortalidade neonatal quase três vezes maior nos filhos de adolescentes. Fizeram ponderações em relação a esses resultados, refletindo que, embora esse risco seja alto, não é convincente que seja primariamente determinado pela idade materna, mas que esse efeito seja mediado por outros fatores sociodemográficos.

Estudo sobre as características da gravidez na adolescência reflete os resultados desfavoráveis para esse grupo, sugerindo que a imaturidade biológica pode estar associada às maiores taxas de prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade infantil. Evidenciaram que filhos de adolescentes menores de 18 anos têm maior risco de morrer, ao afirmarem que

“[...] seus filhos tiveram um risco 4,23 vezes maior de mortalidade infantil.” (SIMÕES *et al.*, 2003, p.564),

Ao concluir a análise dos indicadores, e considerando os pressupostos delineados, descobrimos que não houve uma tendência de crescimento, estatisticamente significativa, de nascidos vivos, filhos de adolescentes em Fortaleza nesse período, no entanto, houve uma redução na adolescência tardia e um aumento de nascidos vivos na adolescência precoce, denotando que as adolescentes estão engravidando cada vez mais cedo. Esta mesma tendência ocorreu quando analisados baixo peso ao nascer, prematuridade e mortalidade neonatal precoce.

Quanto aos riscos, evidenciamos que a idade da mãe menor de 20 anos demonstra associação com baixo peso ao nascer, prematuridade e mortalidade neonatal precoce.

Diante das constatações, concluímos que a hipótese foi confirmada: as adolescentes concentram maiores proporções de nascidos com fatores de risco para a prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal precoce, constituindo-se a gravidez na adolescência um fator de risco.

5.2 Representação social dos enfermeiros

Neste tópico, será demonstrada a aproximação constituída das representações sociais dos enfermeiros sobre a prevenção da gravidez na adolescência, risco para o recém-nascido e suas práticas na atenção ao adolescente no cenário da Estratégia Saúde da Família.

Inicialmente, serão apresentados os sujeitos da pesquisa, caracterizando-os em seus aspectos sociodemográficos e profissionais, seguindo-se com a representação social por meio do TALP e com a produção do sentido, advinda do questionário, que resultou em cinco mapas de associação de ideias, com a representação social dos enfermeiros sobre: prevenção da gravidez na adolescência; risco da gravidez na adolescência, ações desenvolvidas; contribuição do SINASC e SIM e, por fim, as dificuldades encontradas no desenvolvimento das ações de prevenção da gravidez na adolescência.

5.2.1 Perfil demográfico e profissional dos enfermeiros

Para enunciar as características das participantes da pesquisa, elaboramos o Quadro 2, que abrange os dados demográficos e profissionais.

Quadro 2 - Características dos participantes da pesquisa, Fortaleza-CE, 2011

SER	Idade (anos)	Sexo		Tempo graduação (anos)	Pós-Graduação		Área de pós-graduação		Tempo atuação na ESF (anos)	Tempo de atuação no CSF atual (anos)	Formação em saúde do adolescente	
		F	M		Sim	Não	Especialização	Mestrado			Sim	Não
II	¹ M 28	25	5	¹ M 1	29	1	27	2	¹ M 1	¹ M 1	2	28
	² M 53			² M 31					² M 13	² M 6		
	³ M 36			³ M 11					³ M 7	³ M 4		
VI	¹ M 26	63	3	¹ M 4	61	5	55	6	¹ M 1	¹ M 1	5	61
	² M 61			² M 38					² M 15	² M 10		
	³ M 37			³ M 12					³ M 9	³ M 4		

¹Mínima ²Máxima ³Média

Fonte: Questionário, Parte I – Dados sócio-demográficos e profissionais. Fortaleza-CE, 2011.

Como se pode observar no Quadro 2, a pesquisa deu-se com 30 enfermeiros da SER II e 66 da SER VI, com predomínio do sexo feminino, numa proporção de 83%(25) da SER II e 95%(63) para a SER VI. A idade da maioria dos enfermeiros das duas SERII e VI versou numa média de 36 anos e 37, respectivamente. O tempo em que concluíram a graduação foi de 11 anos para enfermeiros da SER II e 12 anos da SER VI.

Na SER II, 97%(29) dos enfermeiros têm pós-graduação, sendo 93%(27) especialização e 7%(2) mestrado. Na SER VI, esse percentual é de 92%(61), sendo especialização 90%(55) e mestrado 10%(6). A maioria das especializações foi na área da Saúde da Família, mas também surgiram outras em áreas diversificadas, como: Auditoria, Saúde Pública, Enfermagem do Trabalho, Obstetrícia, Urgência e Emergência, Cardiologia, Terapia Intensiva, Cuidados Clínicos, Educação em Saúde, Saúde do Idoso, Epidemiologia e Vigilância a Saúde. Quanto ao mestrado, todos foram em Saúde Pública.

O tempo médio de atuação desses profissionais na ESF é de sete anos na SER II e nove na SER VI, no entanto, o tempo médio de atuação no Centro de Saúde da Família, no momento da pesquisa, foi de quatro anos para as duas secretarias executivas regionais.

A maioria dos enfermeiros não tem capacitação na atenção à saúde do adolescente. Nas duas SER, esse percentual chegou a 92%(89), haja vista que somente 8%(7) participaram de formação específica nessa temática, destacando o Projeto Amor à Vida, promovido em parceria com a Secretaria de Educação do Estado do Ceará.

5.2.2 Teste de Associação Livre de Palavras (TALP)

Na perspectiva de Harré (2001, p. 118), “As palavras são utilizadas como instrumentos para realizar objetivos no interior de atividades humanas relativamente complexas, cuja descrição deve ser integrada em nosso exame dessas palavras.”

As evocações obtidas com a técnica de associação livre de palavras constituíram um banco de dados, correspondente a cada estímulo indutor, onde foi possível proceder à análise do conteúdo segundo a Teoria das Representações Sociais. Seguimos com a estruturação e organização desse conteúdo, a partir do quadro de quatro casas, com a identificação do núcleo central e seus elementos intermediários

As palavras expressas no TALP foram processadas no *Software* EVOC-2000, que possibilitou calcular a frequência simples de ocorrência de cada palavra evocada, a média ponderada de ocorrência de cada palavra em função da ordem de evocação e a média das ordens média ponderadas do conjunto de termos evocados. Cabe ressaltar que essa técnica, integrada à informática, torna-se um importante instrumento facilitador para a análise da estrutura e organização de uma representação social

Portanto, na organização das evocações, foram considerados os critérios de importância, onde os enfermeiros numeraram por ordem decrescente de 1 a 6 e pela ordem de aparição dos termos evocados. Para os estudiosos das representações sociais, essa elaboração parte da premissa de que os termos que atendam ao mesmo tempo esses dois critérios, ou seja, ordem prioritária e frequência de evocações, teriam maior importância no esquema cognitivo do sujeito e pertenceriam ao núcleo central da representação (OLIVEIRA, 2003).

O *Software* EVOC possibilitou cálculos estatísticos e a construção das matrizes de co-ocorrências, que serviram de base para a análise do quadro de quatro casas. Para essa construção, adotamos as recomendações de Oliveira *et al.* (2005b) quais sejam: digitar em formato Word todas as evocações em sua forma bruta; correção ortográfica das palavras e termos evocados e a redução de frase e expressões que demandam a supressão de artigos e verbos de ligação, deixando somente o núcleo da frase ou o núcleo do sentido; padronização dos termos evocados, resultando na homogeneização do conteúdo e, por fim, transformar os arquivos em formato somente de texto.

Os três primeiros passos formam um *corpus* de análise e o último denominado bloco de notas. Após essa organização, são processados os dados no EVOC e os resultados do cruzamento. Surgem as evocações com a frequência simples(F) e a ordem média de importância (OMI), as quais são distribuídas nos quadrantes que correspondem à estruturação das representações. Assim, esses valores correspondem aos eixos vertical(x) e horizontal(y).

Valer ressaltar que a escolha da ordem de importância é dada em relação à sequência de aparição do termo, ou seja, a ordem de evocação. Oliveira *et al.* (2005b) avigoram a ideia de que no discurso, em geral, o essencial só surge após um tempo para o aquecimento, relação de confiança e minimização dos mecanismos de defesa. Nessa

construção, é importante definir o ponto de corte para frequência mínima a ser considerada, e foi utilizada a Lei de Zipf. Esta lei, denominada lei do menor esforço, formulada em 1949, permite medir a frequência do aparecimento das palavras, ou seja, descreve a relação entre palavras num determinado texto suficientemente grande e a ordem de série destas palavras (contagem de palavras em largas amostragens) e também avaliar o grau de relevância das palavras (ZIPF, 1949).

Foi possível, com a análise do material coletado com o primeiro e segundo estímulos, construir o quadro de quatro casas, que permitiu melhor visibilidade destes resultados. Essa construção consiste, a princípio, em captar o sistema de categorização utilizada pelos sujeitos, levando assim o próprio conteúdo da representação. Trata-se de um quadro de quatro quadrantes e apresenta o núcleo central no primeiro quadrante à esquerda, onde são agrupados os elementos mais frequentes e mais importantes, que geram o significado da representação e determinam sua organização. No quadrante inferior à esquerda, é formada a zona de contraste, onde são encontrados os elementos com baixa frequência, mas considerados importantes pelos sujeitos.

Os elementos periféricos são encontrados nos quadrantes à direita, considerados evolutivos, e permitem adaptação à realidade concreta. A 1ª periferia no quadrante superior é composta dos elementos periféricos mais importantes; no quadrante inferior, a 2ª periferia é constituída dos elementos menos frequentes e menos importantes. Esses elementos são responsáveis pela interface da realidade com sistema central, porquanto atualizam e contextualizam as determinações normativas e outras formas consensuais do núcleo central. É essa interface que permite a mobilidade, a flexibilidade e a expressão individualizada que, como anota Sá (2004), caracteriza as representações sociais.

Ante o primeiro estímulo, prevenção da gravidez na adolescência, foram evocadas 570 palavras, das quais existiam 197 termos diferentes. A fim de construir o diagrama mencionado, foram utilizadas 53,7% de todas as evocações (QUADRO 3), consoante a Lei de Zipf, que expõe a frequência mínima que deve ser utilizada, nesse caso igual a oito.

Quadro 3 – Apresentação da frequência e ordem média de importância das evocações a partir do estímulo prevenção da gravidez na adolescência, Fortaleza-CE, 2011

fme	OMI <3,4		OMI <3,4			
	F	OMI	F	OMI		
≥ 23	Educação	47	2,489	Anticoncepção	56	3,518
	Família	42	2,500	Escola	28	3,643
	Grupo	25	3,280			
	Preservativo	23	2,913			
≤ 8 e < 22	Acesso	11	3,364	Prevenção	10	3,600
	Conhecimento	9	2,556	Responsabilidade	14	3,786
	Informação	8	2,750			
	Orientação	19	2,947			
	Palestras	14	2,571			

Fonte: EVOC /TALP, Fortaleza-CE, 201.

Para analisar as representações sociais aprendidas pelos enfermeiros conforme o quadro de quatro casas, utilizamos suporte científico, artigos não só de representações sociais, como também outros estudos empíricos sobre a temática ou a ela correlacionada. Esse direcionamento segue na perspectiva de que os sujeitos se apropriam e fazem suas representações por meio de uma experiência vivida ou de influência social, ou seja, decorrem da ancoragem do sistema de pensamento preexistente das pessoas que o interpretam, levando à influência da realidade do mundo sobre a existência humana (JODELET, 2001).

Quanto à interpretação dos sentidos das palavras, como representação social da prevenção e riscos da gravidez na adolescência, foi oportuno considerar a reflexão de Edgar Morin de que toda e qualquer palavra tem apenas um sentido em relação a uma situação, a um contexto, ou seja, “[...] é por isso que, em linguística, como todos sabemos o sentido de um texto é esclarecido pelo seu contexto” (MORIN, 2010, p. 32):

Portanto, as palavras processadas no EVOC apontam - educação-família grupo - preservativo, com 30,4% de todas as evocações, como provável constituintes do núcleo central das representações de prevenção da gravidez precoce pelos enfermeiros da Saúde da Família da SER II e SER VI. Evidenciamos o termo educação como o mais rapidamente evocado (OMI=2, 489) e mais frequentemente recordado (F=47).

Os quatros elementos que se estabeleceram no primeiro quadrante e formaram o núcleo central, para a Teoria das Representações Sociais, caracterizam-se por serem estáveis, rígidos e consensuais, sendo mais resistentes a mudanças, com ligação à memória coletiva e histórica do grupo. É, portanto, o núcleo central que determina a natureza dos laços que unem entre si os elementos da representação. Ele é nesse sentido o elemento unificador e estabilizador da representação (OLIVEIRA *et al.*, 2005b).

Dentre os elementos pertencentes ao núcleo central, destacamos o termo educação, que pode estar associado a outras evocações que implicam na representação social do enfermeiro quanto à formação do adolescente para a – prevenção – da gravidez, destacando o -grupo- como estratégia de Educação em Saúde. Estas palavras relacionadas ao “empoderamento” do adolescente em adotar uma vida sexual saudável e segura demanda uma associação de responsabilidade voltada para a família e educação (instituição escolar) presentes no núcleo central.

O sentido atribuído à palavra educação é possível que esteja fortemente relacionado aos dois agentes desse processo – o enfermeiro e o adolescente. O primeiro na perspectiva de sua prática assistencial quanto às ações de Educação em Saúde, seja individual ou coletiva, dispensada na promoção e prevenção da gravidez precoce e dos riscos advindos. A -educação- seja o resultado da atuação do enfermeiro como estratégia desencadeadora de mudanças de atitude, para uma vida sexual segura e saudável do adolescente.

Esses achados coadunam-se com estudo conduzido por Cromack, Bursztyn e Tura (2009) acerca das representações sociais no olhar do adolescente sobre a saúde, sendo que os elementos evocados nessa representação estão relacionados à prevenção, tais como prevenção e educação, camisinha. Essa interface demonstrou que tanto os adolescentes como os profissionais demonstram responsabilidade e a preocupação positiva quanto à saúde, algo intrinsecamente mais ligado à vida sexual e reprodutiva, pois ambos podem cuidar desses aspectos, pautados na Educação e Saúde e na anticoncepção por meio do uso do preservativo

Essa dimensão do saber do adolescente, que associa a educação à família, esta como corresponsável pelo aprendizado, foi encontrada por Oliveira, Sá (2001), onde evidenciaram que a família é tratada em virtude das suas várias funções no cotidiano dos jovens, ora aceitando-o como indicativo de independência, ora negando-o em função dos riscos e do cerceamento social. Outro aspecto destacado no estudo refere-se à comunicação familiar, que apresenta dificuldades dessa relação e à sua fluência como elemento de aproximação e distanciamento do universo dos jovens. E concluem que os aprendizados são destacados pelos jovens como processos que também se passam na escola, não reconhecendo o espaço escolar como “*locus*” de aprendizagem formal apenas, mas como lugar de aprendizado para a vida.

Muitos problemas relacionados à gravidez na adolescência estão vinculados à percepção e atribuição de valores à sexualidade inadequada. Uma visão negativa ou repressora cria maior obstáculo para o acesso à informação, educação e preparação para exercer a sexualidade de uma forma prazerosa e também responsável. Parte da questão reside

em como a família, a escola, as instituições religiosas e o setor saúde interpretam e intervêm nessa temática (BACKER; CASTRO, 2002).

Estudo realizado por Amaral e Fonseca (2006) destacou a representação social dos adolescentes acerca da família, evidenciando seus valores, ideias, práticas e suas frequentes transformações. Na família, a figura materna assume as responsabilidades domésticas e criação dos filhos; o pai tem comportamento que reflete o poder, a dominação, e pouco se envolve com a educação dos filhos. Esse convívio familiar permeado pela falta do diálogo, reações violentas e relações de gênero, reforçava o sentimento de medo em abordar temas relacionados à sexualidade, iniciação sexual, concepção e anticoncepção.

Quanto ao termo preservativo, presente no núcleo central da representação social dos enfermeiros sobre prevenção da gravidez (TABELA 3), denota um significado de anticoncepção. Nesse sentido, Oltramari e Camargo (2004) encontraram essa representação, quando evidenciaram que a palavra gravidez era frequentemente relacionada a métodos, principalmente a camisinha; pois, para as mulheres mais jovens, a gravidez era uma preocupação, e a contracepção foi dos elementos do núcleo central mais importante.

As palavras prevenção e responsabilidade compõem os elementos periféricos, que correspondem aos mais próximos do núcleo central. Sua aproximação pode estar relacionada a fatores que regulam a prática do enfermeiro na Saúde da Família quanto às ações intersetoriais de promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente com vistas a prevenir a gravidez na adolescência.

Percebemos a prevenção por meio da educação na família e escola, que assumem um papel importante na prevenção da gravidez. A esse respeito, Oliveira e Sá (2001) asseveram que essa educação escolar deve assumir um papel promotor de mudanças. No seu estudo, esse aspecto constitui uma lacuna, pois evidenciou a dissociação entre o conhecimento e a prática, ou seja, os adolescentes detinham o conhecimento e reconheciam a importância de uma vida sexual segura, no entanto não adotavam em suas práticas.

Nesse contexto, o conhecimento nem sempre resulta em atitude. Alves *et al.* (2005) constataram, com enfoque no risco à exposição e prevenção ao papilomavirus humano, que os participantes conheciam essa doença, sabiam que se usassem preservativos se preveniam, no entanto, 90% dos homens e 80% das mulheres não adotavam essa prática preventiva.

As evocações que emergiram do segundo estímulo, a partir da frase indutora – o que vem á cabeça quando se fala em riscos da gravidez na adolescência? –, totalizaram 569 e, destas, foram utilizadas 55,2%, com frequência mínima nesse caso igual dois. A análise

dessas evocações, feita por meio da observação da frequência simples de cada uma delas, revelou 264 palavras diferentes, correspondendo a uma média de cinco evocações por enfermeiro.

De acordo com a análise combinada das indicações apontadas, delimitamos a localização dos elementos, que, provavelmente, participam do núcleo central das representações sociais dos riscos da gravidez na adolescência, o que pode ser observado no Quadro 4.

Quadro 4 – Apresentação da frequência e ordem média de importância das evocações a partir do estímulo riscos da gravidez na adolescência, Fortaleza-CE, 2011

fme	OMI <3,5		OMI <3,5			
	F	OMI	F	OMI		
≥ 11	Aborto	29	3,103	Baixo peso ao nascer	11	3,545
	Desinformação	12	2,667	Doença sexual	11	3,818
	Imaturidade	16	2,938	Drogas	11	3,909
	Prematuridade	41	2,268	Evasão escolar	14	3,786
≤ 5 e < 10	Abandono	10	3,200	Depressão	6	4,833
	*DHEG	7	2,429	Eclampsia	9	3,556
	Doenças	9	3,111	Família	8	3,500
	Educação	7	2,143	Irresponsabilidade	7	3,857
	Escola	5	2,400	Malformação congênita	6	3,857
	Óbito infantil	8	3,250	Responsabilidade	7	3,571
	Óbito materno	10	2,500			
	Riscos	5	3,400			

*Doença Hipertensiva Específica da Gestação.

Fonte: EVOC /TALP, Fortaleza-CE, 2011.

Evidenciamos no Quadro 4 os termos aborto, desinformação, imaturidade e prematuridade, que compõem o núcleo central e representam 30,5% de todas as evocações. Neste quadrante, desatacou-se o termo prematuridade, o mais rapidamente evocado (OMI=2,268) e também o mais frequentemente recordado. (F = 41),

Os termos prematuridade e imaturidade associados aos riscos de uma gravidez precoce para o recém-nascido, constatada na representação social dos enfermeiros do PSF, estimulam uma reflexão quanto à fragilidade dos recém-nascidos com peso ao nascer abaixo de 2.499g, pela possibilidade iminente de outros riscos e sequelas, que intervêm no processo do desenvolvimento e crescimento. A imaturidade geral pode levar à disfunção em qualquer órgão ou sistema, podendo levar ao óbito.

Estudo realizado no Paraná destacou a importância de prever e considerar riscos e prognósticos, para que se possa eventualmente instaurar e promover medidas preventivas. Essas medidas preventivas de responsabilidade da Equipe da Saúde da Família englobam desde o planejamento reprodutivo, avaliando conjuntamente com a mulher o momento seguro para a gestação, e a oferta da assistência de qualidade no pré-natal, parto e nascimento, com acesso aos níveis de maior complexidade se caracterizar uma gestação de risco Ramos e Cunan (2009). Coadunando com esse tema, Carvalho *et al.* (2009), em estudo de representação social realizado em maternidade do Rio Grande do Norte, recomendaram que a prematuridade proveniente de uma gestação de risco, deve contemplar cuidados assistenciais também para os pais, pelas implicações psicológicas e sociais.

Na representação social dos enfermeiros, a desinformação constitui um risco. O conhecimento do perfil epidemiológico da saúde sexual e reprodutiva do adolescente e dos seus filhos no cenário da Estratégia Saúde da Família adolescente é fundamental, pois, “[...] o acesso a informações, o conhecimento sobre a realidade, bem como o acompanhamento constante dos dados, taxas e índices pelos profissionais de saúde, certamente interferem nas ações desenvolvidas e contribuem no modo de cuidar e assistir à vida”. (RAMOS; CUNAN, 2009, p. 303).

Na análise das evocações, alguns elementos periféricos emergiram reforçando as evocações que constituíram o núcleo central, merecendo destaque para malformação congênita, eclâmpsia e depressão, como representação dos enfermeiros quanto aos riscos de uma gravidez precoce. Neste sentido, Flament (2001) assinala que o núcleo periférico assegura o funcionamento quase instantâneo da representação como grade de decodificação de uma situação.

Cabe destacar, também, que o sistema periférico age como um elemento de defesa do núcleo central. Dessa forma, em caso de transformações da representação, estas acontecerão primeiramente nos elementos periféricos, pois é no sistema periférico que poderão aparecer e ser toleradas contradições (JODELET, 2001).

O processamento e análise dos dados pelo EVOC apontam os elementos relacionados ao risco da gravidez precoce, tanto para a mãe (aborto, drogas, DHEG, óbito materno), quanto para o neonato (prematuridade, imaturidade e óbito fetal e infantil). Percebemos que os riscos evidenciados extrapolam o campo da saúde, a exemplo da expressão evasão escolar, constituindo risco socioeconômico. A baixa escolaridade pelo abandono dos estudos pode levar à manutenção do ciclo de pobreza e exclusão social. Com isso, vêm as desvantagens econômicas pela falta de acesso ao mercado de trabalho, refletindo

no acesso inadequado aos serviços, falta de perspectivas e solidão. Essas vulnerabilidades foram evidenciadas nos estudos de Hans (2009) e Garwick *et al.* (2008)

A esse respeito, ensaio conduzido por Gouveia e Lopes (2004) buscou identificar os diagnósticos clínicos e obstétricos das gestantes de riscos de uma unidade de internação obstétrica de São Paulo. Eles encontraram que o trabalho de parto prematuro estava presente como risco para 50% das gestantes, bem como hipertensão gestacional, ou seja, a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) que consta como representação dos elementos periféricos.

Na área de saúde, risco é um conceito que envolve conhecimento e experiência acumulada sobre o perigo de alguém ou da coletividade ser acometida por doenças e agravos. Risco é considerado um termo central da epidemiologia. Diz respeito a situações reais ou potenciais que produzem efeitos adversos e configuram algum tipo de exposição. Para Schenker e Minayo (2005, p. 708), os riscos são “Definidos a partir de análises coletivas, os alertas trazidos à população pela epidemiologia se aplicam a cuidados e evitação.”

Já a expressão consagrada fatores de riscos, para Zweig, Phillips e Lindberg, (2002), designa condições ou variáveis associadas à possibilidade de ocorrência de resultados negativos para a saúde, o bem-estar e o desempenho social. Alguns desses fatores se referem a características dos indivíduos; outros ao seu meio microssocial e outros, ainda, a condições estruturais e socioculturais mais amplas, mas, geralmente, estão combinados quando uma situação considerada social, intrapsíquica e biologicamente perigosa se concretiza.

Numa observação geral da leitura das evocações realizadas pelos enfermeiros no primeiro estímulo, percebemos representação significativa atribuída à família, em que educação, informação, orientação e conscientização se apresentaram como estratégia de prevenção. Outros elementos com positiva conotação de prevenção aliados a maturidade, interesse e qualidade de vida, foram atribuídos ao adolescente, como a “responsabilidade” pela anticoncepção, oportunidades, objetivo de vida, sexo seguro.

No segundo estímulo, o elemento educação surgiu novamente, pressupondo que essa representação constitui estratégia imprescindível de prevenção, seja da gravidez precoce, como também dos riscos advindos dessa gestação, tanto para o adolescente como para os profissionais. A educação poderá estar voltada para o conhecimento dos fatores determinantes e condicionantes, bem como a capacidade de prevenção e redução desses riscos, dentre eles a prematuridade, malformação congênita, baixo peso ao nascer, óbitos fetal e infantil, mostrando as possíveis linhas do diálogo e cuidado a serem exploradas entre o PSF, Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) e os adolescentes.

Notamos, então, o campo das representações sociais como um campo fértil, ainda a ser mais explorado para trabalhos na área de saúde do adolescente, pois pode fornecer informações aos serviços de saúde, contribuindo para a definição de estratégias efetivas dirigidas à captação e fixação destes adolescentes às ações do programa, integrando-os na elaboração e avaliação do PSF e PROSAD.

Os elementos emanados dos dois estímulos apontaram características para uma atenção de acordo com os pressupostos da Política Nacional de Atenção ao Adolescente, tendo em vista que requerem um posicionamento ativo do enfermeiro em busca da superação das práticas tradicionais para paradigma de promoção da saúde. Tais elementos, por sua vez, remetem à nova lógica de atuação na área, o que implica uma série de outros fatores que repercutirão no modo como cada profissional irá desenvolver a prática profissional. Daí a necessidade de aplicar o questionário, que possibilitou a complementaridade nesses dois aspectos, prevenção e risco da gravidez na adolescência.

5.2.3 Representação social dos enfermeiros sobre a prevenção da gravidez na adolescência

Os resultados do questionário, aqui apresentados, constituíram o pensamento social dos enfermeiros da Saúde da Família da SER II e SER VI, acerca dos significados de prevenção e riscos da gravidez na adolescência, as ações desenvolvidas, o conhecimento e utilização das informações em saúde no planejamento das ações, bem como as dificuldades encontradas na saúde da família no cotidiano na atenção ao adolescente.

A análise foi norteadada pelas práticas discursivas e mapas de associação de ideias à luz da Teoria da Representação Social, considerando que estas estão presentes nas práticas discursivas, ou seja, nos processos de comunicação e nas práticas sociais, expressas por meio das opiniões verbalizadas e atitudes individuais ou coletivas originadas na vida cotidiana.

Essa significação possibilita reflexão e apreensão e, na Representação Social, desencadeia um autoconhecimento a respeito de um tema, isto é, faz com que haja compreensão e entendimento da forma como o indivíduo percebe os processos e o mundo, assimilando sua inserção ou mergulho nesse contexto. Essa significação no campo profissional contribui para a composição e desenvolvimento da competência e reflete nas suas concepções e ações.

A representação social contida nos discursos possibilitou a identificação dos sentidos com base nas categorias, definidas, *a priori*, das subcategorias que surgiram. Assim,

a análise ocorreu mediante aproximação do discurso dos enfermeiros com as categorias previamente definidas e, também, com as subcategorias, assim constituídas:

Quadro 5 - Apresentação das categorias e subcategorias proveniente da representação social das práticas discursivas dos enfermeiros, Fortaleza-CE, 2011

Mapa	Categoria	Subcategoria
1. Representação social do significado da prevenção da gravidez na adolescência	Desenvolvimento de habilidades	Educação em saúde
		Defesa de causa/ advocacia
		Anticoncepção
		Projeto de vida
	Responsabilização	Família
		Escola
Unidade de Saúde		
2. Representação social do significado risco da gravidez na adolescência	Riscos para o recém nascido	-
	Risco para a mãe	-
	Responsabilidade maior da equipe saúde da família	-
	Aumento dos indicadores de mortalidade infantil e materna	-
3. Representação social das ações desenvolvidas pelo enfermeiro na prevenção da gravidez na adolescência	Educação em saúde coletiva	Grupo de adolescente na escola
		Grupo de adolescente na comunidade
		Grupo de adolescente na unidade de Saúde
	Educação em saúde Individual-Consulta de enfermagem	-
Não desenvolvem trabalho com adolescentes	-	
4. Representação social do conhecimento e contribuição do SIM e SINASC no planejamento das ações de prevenção da gravidez na adolescência	Conhecimento e contribuição do SIM e SINASC no planejamento das ações de prevenção da gravidez na adolescência.	Conhecem e utilizam os sistemas
		Conhecem e questionam a qualidade dos sistemas
		Conhecem e não utilizam os sistemas
		Desconhecem os sistemas
5. Representação social dos enfermeiros sobre as dificuldades encontradas para o desenvolvimento de prevenção da gravidez na adolescência	Representação social dos enfermeiros sobre as dificuldades encontradas para o desenvolvimento das ações de prevenção da gravidez na adolescência	Drogas
		Falta de adesão dos adolescentes
		Condições de trabalho precárias
		Falta de capacitação na saúde do adolescente

Fonte: Categorias das Representações Sociais/ Mapa de Associação de Ideia, Fortaleza-CE, 2011.

A primeira categoria – Desenvolvimento de habilidades –, demanda um olhar para os cinco campos da promoção da saúde descritos na Carta de Ottawa, 1ª Conferência Internacional da Promoção da Saúde, onde desenvolvimento de habilidades, ou seja, o desenvolvimento humano, é considerado um processo multidimensional, ocorrente durante todo o curso de vida, contextualizado por fatores biológicos, psicológicos, socioculturais e históricos que determinam as transformações (BRASIL, 2006a).

Essas transformações, pautadas na tendência e desenvolvimento sexual dos adolescentes e dos seus direitos e responsabilidades, estão apresentadas nas quatro subcategorias descritas no Quadro 6.

Quadro 6- Apresentação das subcategorias simbólicas do significado de desenvolvimento de habilidades como estratégia de prevenção da gravidez na adolescência. Fortaleza-CE, 2011

Subcategoria	Unidade de análise discursiva
Educação em saúde	<p>O Conjunto de ações metodológicas e informações voltadas à criança e ao adolescente de forma sistematizada, integralizada e intersetorializada que vise por meio de educação permanente em saúde, a prevenção e redução da gravidez na adolescência, seus riscos e suas vulnerabilidades. E19 SER II</p> <p>Significa educar adolescente sobre risco de uma gravidez precoce através de palestras educativas. E24 SER II</p> <p>Através das estratégias direcionadas aos adolescentes tentar prevenir uma gravidez na adolescência onde esta gravidez poderá acarretar danos graves a este adolescente e conceito estas estratégias preventivas são: utilização de métodos contraceptivos, orientações, acompanhamento, etc.; com isto a prevenção será feita com objetivo de reduzir ao Máximo os danos que uma gestação na adolescência pode acarretar. E5. SER VI</p>
Defesa de causa/ advocacia	<p>Tornar a adolescente sujeito da ação e responsável pelo corpo e detentora das escolhas. E18 SER II</p> <p>Uma maneira de viver esse período de forma mais saudável, com poder de escolher o modo como usufruir o tempo da vida. E1- SER II</p> <p>A possibilidade do adolescente gerir seu próprio caminho, sem abdicar de vivenciar as várias descobertas. Gerando pois mais conscientes e responsáveis no papel de futuros pais ou não, se forem assim sua escolha E21 SER II</p> <p>Orientar e educar o adolescente para ter controle sobre seu corpo para decidir o melhor momento de uma gestação. E51 SER VI</p>
Anticoncepção/ Planejamento reprodutivo	<p>Significa trabalhar a conscientização e responsabilidade. Orientar e incentivar os métodos anticoncepcionais. E11 SER II</p> <p>Significa orientação educação sexual quanto aos métodos contraceptivos disponíveis na rede pública de saúde, quando se deve usar e como. E15 SER II</p> <p>Significa conscientizar as adolescentes a usar os métodos anticoncepcionais E1 SER VI</p> <p>Orientar os adolescentes sobre os métodos contraceptivos e os riscos da gravidez neste período. E40 SER VI</p>
Projeto de vida	<p>Adiar, planejar, postergar a gravidez na adolescência para um período de estabilidade emocional e financeira compatíveis para a chegada desse novo ser. E20 SER II</p> <p>Significa postergar o nascimento de uma criança no momento mais adequado para os pais; planejar com calma uma mudança na vida da família. E28 SER II</p> <p>Evitar que adolescentes engravidem nessa fase de vida e que possam programar seu futuro de forma responsável e conveniente sem que a gravidez seja problema nesse momento. E29 SER II</p> <p>Significa a estruturação de toda uma vida futura. E16 SER VI</p> <p>Significa a não antecipação de uma fase reprodutiva da mulher (ser mãe). E20 SER VI</p> <p>Dar oportunidade aos adolescentes de um futuro melhor e mais planejado e responsável. E41 SER VI</p>

Fonte: Representação Social/ Mapa I de Associação de Ideia, Fortaleza-CE 2011.

Há representação social dos enfermeiros quanto à apreensão da Educação em Saúde como estratégia de desenvolvimento pessoal e social, mediante a informação e formação. A Educação em Saúde é fundamental para aumentar o conhecimento e conscientização, para que o adolescente possa exercer maior controle sobre a própria saúde e o meio ambiente; bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor (GURGEL *et al.*, 2011).

Educação em Saúde, com efeito, é uma prática social por haver uma elaboração compartilhada de saberes, num contexto de interlocução, disputas, igualdade de acesso ao discurso argumentativo, questionamento, articulação e contradição entre múltiplos saberes. Assim, mesmo velado, esse campo de compartilhamento e feitura do conhecimento poderá constituir um local de conflitos e tensões. Então Oliveira (2003b, p.39) destaca que “é justamente do tensionamento de interesses, originário da diversidade de conhecimentos/conhecedores, ora conflitante, ora solidário, que está o dinamismo do processo de construção de conhecimento”.

A Representação Social da Educação em Saúde da Equipe do PSF, estudada por Schwingel e Cavedon (2004), mostrou como esta é constituída pelos diversos elementos de sentido circulantes e que procedem das diferentes experiências e interações dos indivíduos. Para os autores, a Educação em Saúde que transparece no discurso do grupo pesquisado é uma educação em que há transmissão linear de informação, e a linguagem serve apenas para realizar esse repasse de informações aos sujeitos carentes de conhecimentos. Não há escuta e os profissionais não compreendem como os sujeitos pensam como dão sentido ao mundo e que são capazes de produzir e sistematizar conhecimentos.

Para os autores citados no parágrafo anterior, a representação social é, portanto, de uma Educação em Saúde “tradicional”, esperando-se das pessoas a recepção submissa de informações. Manifestações e posicionamentos dos indivíduos não são bem recebidos pelos profissionais, que determinam que esses sejam ativos apenas no cumprimento das normas e orientações. O disciplinamento da população tem como meta pessoas que se previnam e que tenham bons hábitos para não adoecer. A responsabilidade pela saúde é, então, do próprio indivíduo.

Esses aspectos também foram abordados por Shimizu e Reis (2011) sobre a representação social dos trabalhadores a cerca do Programa Saúde da Família. Ressaltaram o empenho dos trabalhadores com práticas inovadoras, no sentido de superar as práticas de educação em saúde ancoradas na concepção tradicional de ação pedagógica, em que o profissional, portador do saber, se relaciona com o usuário desprovido de qualquer saber. Complementam, dizendo que a perspectiva de atuação, pautada no modelo assistencial de promoção da saúde, requer uma nova prática, ancorada na importância de conhecer o usuário como sujeito detentor de um saber e trabalhar de forma dialógica, aflorando os sentidos significativos em busca do “empoderamento” e do exercício pleno de cidadania.

Portanto, a Educação em Saúde em uma concepção mais ampla “[...] é um processo onde há atores ativos e falantes, que trazem para um campo de disputa de saberes a

sua visão de mundo, os significados que dão aos objetos, se posicionando e fazendo escolhas” (SCHWINGEL; CAVEDON, 2004, p. 167). Por fim, Oliveira (2003b), ao referir-se à elaboração de conhecimentos, assevera que esta só acontece como consequência da ação de sujeitos respeitados, fortalecidos e valorizados em seus desejos, cultura, saberes, projetos e história.

A segunda subcategoria – Defesa de causa/advocacia –, como significado de prevenção da gravidez precoce expresso pelos enfermeiros, possibilita uma discussão do contexto atual, em que a defesa de causa é considerada um domínio no desenvolvimento de competências essenciais para a promoção da saúde, pois faz parte de um consenso estabelecido na Conferência de Galway realizada na Islândia em 2008. Esse consenso internacional identificou e pactuou as competências para a promoção da saúde em oito domínios: catalisar a mudança, liderança, avaliação de necessidades, planejamento, implementação, avaliação de impacto, advocacia e parcerias. Nessa Conferência, foi reafirmado o conceito de promoção da saúde descrito na Carta de Ottawa, como um processo de capacitar as pessoas para aumentar o controle sobre sua saúde e seus determinantes (LYSOBY, 2009).

Defesa de causa é definida como ato ou processo de defesa, de apoio a uma causa. Está relacionada à conquista de direitos. Esse ato visa a criar atitudes positivas para a tomada de decisão e liderança na melhoria do bem-estar, promoção da saúde e fortalecimento individual e comunitário. A advocacia é uma ação que possibilita o enfermeiro trabalhar no cotidiano, incentivando o adolescente a agir deliberadamente em nome de sua saúde e bem-estar, e na garantia dos seus direitos. Estudos demonstram a importância da advocacia quanto à acessibilidade aos serviços de saúde, de forma integral e ações que promovam o “empoderamento”, autonomia e autocuidado, bem como a disponibilidade de método e aspectos éticos de sigilo, privacidade e confidencialidade (CAMPOS, 2006; GUBERT *et al.*, 2009).

Para que o adolescente exerça seus direitos e advogue, é necessário promover o exercício da cidadania, ou seja, conhecer e apoderar-se da base legal e firmar-se como movimento de defesa dos direitos da criança e do adolescente. Para Jodelet (2001), as parcerias fortalecem a atuação dos agentes políticos, empenhados na (re) constituição da cidadania desses sujeitos sociais. O estudo denominado “A criança e o adolescente, representações sociais e processo constituinte” reconhece que se firmam elementos favorecedores da concretização de práticas de defesa, ideias e ações que vivificam a representação da criança e do adolescente como sujeitos de direitos. Há indicativos da

circulação de tal representação, que contam com um elemento histórico diferenciador: a sua formalização, como concepção predominante na Constituição Federal/1988 e no ECA/1990. (PINHEIRO, 2004).

Na terceira subcategoria, surge o planejamento reprodutivo como representação social para o desenvolvimento de habilidade do adolescente. Nesse âmbito de significação, os enfermeiros reportaram-se a sua atuação relacionada à anticoncepção, no intuito do desenvolvimento pessoal e cidadania. Esse desenvolvimento possibilita aumentar o poder de decisão e negociação do adolescente, para não ceder às pressões, praticando o autocuidado e atitudes positivas para lidar com a sexualidade e a prática de sexo seguro e, conseqüentemente, para uma vida sexual saudável.

Estudo realizado em Fortaleza abordou as vulnerabilidades do adolescente ante a desinformação e identificou que 50% iniciaram vida sexual entre 11 e 14 anos tornando-se vulneráveis às DTS/HIV e à gravidez precoce, uma vez que estavam desinformados sobre sexo seguro. O estudo evidenciou que a vulnerabilidade dessa população compromete a saúde sexual e reprodutiva, pois parte inicia o relacionamento sexual sem proteção e permanece com o comportamento sexual de risco (MOURA; SOUZA; EVANGELISTA, 2009).

Um número significativo de adolescentes mantém-se exposto à gravidez precoce, ampliando assim a vulnerabilidade e riscos por não adotar medidas de proteção, asserção esta evidenciada por Moura (2009) ao observar, que a anticoncepção estava sendo praticada por somente 29,6% dos adolescentes, enquanto 56,9% estavam com parceiros fixos, eventuais ou com outros tipos de relacionamentos, isto é, com a vida sexual ativa e sem utilizar proteção (MOURA *et al.*, 2011).

O trabalho educativo, então, deve ser a modalidade de escolha na promoção da saúde, por se caracterizar como importante estratégia para trabalhar com adolescentes, pois pode torná-los mais competentes, reflexivos quanto à autonomia, às escolhas, o autocuidado; e que essas reflexões possam dar conta do seu processo de saúde-doença, acreditando na sua capacidade.

O autoconhecimento e habilidades podem ser desenvolvidos por meio da capacitação dos adolescentes para adquirirem autonomia sobre sua saúde como um componente importante de sua vida. Nessas ações educativas, é importante considerar e valorizar os saberes dos adolescentes e identificar o conhecimento e a atitude de que já dispõe no campo sexual e reprodutivo e, a partir de então, promover as intervenções de potencialidade e complementaridade (GURGEL *et al.*, 2010b).

No ensaio *O olhar do adolescente sobre a saúde: um estudo de representação social*, destaca-se a atitude positiva dos adolescentes em relação à saúde, e evidencia no sistema periférico os termos “corpo, prevenção, saudável, sexo e camisinha”, que apontam para integração com suas experiências individuais de hoje, sensíveis ao contexto imediato que vivenciam, de iniciação sexual, lançando mão de instrumentos de cuidado com a sua saúde, como a prevenção de uma gravidez ao utilizar o método de anticonceptivo de barreira, no caso, a camisinha (CROMACK; BURSZTYN; TURA, 2009).

A formulação de um projeto de vida pelo adolescente surge como subcategoria na representação social do desenvolvimento de habilidade na prevenção da gravidez precoce. Esse enfoque de desenvolvimento e planejamento não deve ser visto, simplesmente, como movimento de ascensão ou passagem da fase de criança à adulta, com responsabilidades anticonceptivas e sim como um processo de promoção do desenvolvimento de atitudes e habilidades nas diversas dimensões do ser humano, por meio do protagonismo juvenil e “empoderamento” (GURGEL *et al.*, 2010b). Quando essas dimensões são consideradas, o horizonte é ampliado e afloram as potencialidades, e desencadeia o fortalecimento da autoestima, da assertividade e da formulação do projeto de vida, pelas possibilidades de fazer escolhas, tomar decisão de forma consciente, ampliar o senso de responsabilidade e promover mudanças, de modo a compreender os benefícios para sua vida.

O projeto de vida é um plano com a visualização dos caminhos a percorrer, requer clareza dos objetivos e metas, identificação de barreiras a transpor e, sobretudo, dos valores, pois são eles que direcionarão nossas vidas, “[...] se as metas não estiverem em congruência com nossos valores mais profundos, dificilmente estaremos satisfeitos com a vida” (NASCIMENTO, 2006, p. 62). Assim, o projeto deve contemplar a razão e os sentimentos, pois mesmo alcançando as metas, se elas não estiverem em harmonia com o coração, poderá surgir à sensação de vazio interior,

Nascimento (2006) complementa, dizendo que a formulação do projeto de vida por parte do adolescente é uma forma de inclusão deste no universo social e possibilidades de bem-estar, felicidade e crescente aprimoramento individual ou coletivo, devendo estar assentado sobre o tripé família, educação e trabalho. Para o autor os adolescentes que participaram do estudo se mostraram desalentados com a educação e sem projetos para a vida afetiva e profissional. Concluiu, enfatizando a necessidade de uma política pública voltada para o desenvolvimento das habilidades e capacidades dos adolescentes, não só como forma de articulação com a vida, com seus projetos, realizações e desejos, mas também como desenvolvimento do conhecimento formal, aquele aprendido na escola.

Essa representação dos enfermeiros quanto à prevenção proporciona uma discussão no tocante à gravidez na adolescência e sua ligação com a falta de um projeto de vida. Menezes (2002, p. 24) tratou dessas apreensões e revelou que, “[...] em muitos casos a barriga apareceu como o único projeto de vida viável para as mesmas, pois lhes falta quase tudo: relações familiares estáveis, educação, saúde, moradia, lazer, alimentação.” E expressou que enveredar pelos caminhos das drogas e de uma gravidez precoce aparece como respostas frequentes da parte dos adolescentes, diante de tantas contradições que lhes são impostas pelo contexto econômico, político, social e cultural

Estudo conduzido por Oliveira *et al.* (2007), sobre a representação social dos relacionamentos entre adolescentes, evidenciou que, mesmo com a liberdade e vivência complexa multifacetada tensionada entre comportamentos, contradições, insegurança, fragilidade e opções, a responsabilidade de prevenção no campo sexual e reprodutivo por este grupo é ampliada, quando elaboram um plano de vida profissional e afetiva.

Para Assis *et al.* (2003), a formulação (projeção) futura está relacionada à visão otimista que o adolescente tem de si mesmo, ou seja, a autoestima elevada, aspecto que deve ser reconhecido e implementado nas estratégias de promoção da saúde voltadas para os adolescentes. Destacam, ainda, que a responsabilidade dos profissionais encarregados de promover a saúde dos adolescentes está direcionada para aprender a utilizar a visão positiva de si que eles possuem, tendo como meta subsidiá-los na aceitação de seus potenciais e limites e na capacidade de ousar na vida, pois só assim se alcança a plenitude dos objetivos propostos.

Estudo similar, que abordou o *Futuro e liberdade: o trabalho e a instituição escolar nas representações sociais de adolescentes* encontrou que uma dimensão de futuro associada à representação dos jovens sobre a educação como elemento central. Esta se refere à associação do estudo como elemento facilitador da ascensão social desses jovens, seja essa mobilidade social garantida por um melhor emprego ou profissão, seja assegurada por elementos abstratos, como ser alguém na vida, afirmação essa, provavelmente, associada ao sucesso financeiro. A dimensão do saber é também destacada no núcleo central e associa a escola ao aprendizado (OLIVEIRA; SÁ, 2001).

A segunda categoria – Responsabilização – demanda uma reflexão das representações sociais na formação e desenvolvimento de habilidade do adolescente para uma vida sexual saudável, ancoradas no sentido de responsabilidade da família, escola e unidade de saúde, expressa em ações com significância elevada no campo da promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, assim retratada no Quadro 7.

Quadro 7 – Apresentação das subcategorias simbólicas da representação social sobre as responsabilidades na prevenção da gravidez precoce, Fortaleza-CE, 2011

Subcategoria	Unidade de análise discursiva
Família	<p>Significa trabalhar a sexualidade e suas repercussões na adolescência no âmbito familiar, escolar e nos centros de saúde. E4 SER VI</p> <p>Significa acesso à informação e à educação em saúde, primeiramente, o acesso às unidades de saúde com acompanhamentos e disponibilidade de métodos contraceptivos. A importância da confiança e dos vínculos com os profissionais que acompanham os adolescentes, incluindo o ambiente escolar. E34 SER VI</p> <p>Um conjunto de atuações junto ao adolescente principalmente na base familiar e sua estruturas, educação permanente e orientação direta nas escolas, igreja e abordagem de saúde no plano do planejamento familiar e acompanhamento do adolescente como um todo em suas atividades inerentes da idade. E10 SER II</p> <p>A orientação familiar desde o nascimento em relação à responsabilidade que a família repassa aos componentes entre eles mesmos, o que leva a educação ser voltada também para a importância da vida, inserção social e não só nascer, crescer sem perspectiva. E57 SER VI</p> <p>Significa trabalhar a sexualidade e suas repercussões na adolescência no âmbito familiar[...] E4</p> <p>Significa uma tarefa muito complexa que envolve a família, não só a adolescente. Algumas vezes a família não compreende e rejeita a proposta. E32 SER VI</p>
Escola	<p>Tema importante que deveria ser sempre trabalhado nas escolas, tanto com os alunos como com os pais. Em postos de saúde, cada equipe deveria ter um grupo de adolescentes para sua área. E26 SER II</p> <p>Utilizar a escola como meio para essa prevenção e trabalhar a família, a sexualidade. E44 SER VI</p> <p>Significa trabalhar a promoção da saúde sexual entre os adolescentes, seja por meio do veículo “escolar” ou seja por palestras educacionais na comunidade com o objetivo de propiciar instruções a cerca da temática. E5 SER II</p> <p>Mostrar como indicador de saúde que o Brasil permanece como país em desenvolvimento devendo ter mais políticas de saúde atuantes envolvendo a escola e o PSF (Saúde), através de grupos sociais, palestras, conscientização, participação dos pais. E50 SER VI</p>
Unidade de Saúde	<p>Realizar um bom trabalho desde o início da adolescência em parceria com outros setores. Facilitar o acesso dos mesmos à saúde e educação. Propiciar uma boa relação familiar. Manter os insumos necessários nas Unidades Básicas de Saúde para o desenvolvimento de um bom trabalho nesse âmbito. E43 SER VI</p> <p>Significa evitar que a gravidez aconteça na adolescência, através de intervenções educativas efetivas, através de um trabalho social com as famílias, através de parceria com as escolas e principalmente através de políticas públicas que diminuam a ociosidade das adolescentes e ofereça-lhes uma melhor perspectiva de vida. E27 SER VI</p> <p>Significa ampliar os serviços de atendimento destinado aos adolescentes, formar grupos de adolescentes para trabalharmos assuntos diversos, acesso fácil às consultas na Unidade de Saúde e trabalhar junto às escolas. Realizar muitas atividades educativas. E10. SER VI</p> <p>Realizar um bom trabalho desde o início da adolescência em parceria com outros setores. Facilitar o acesso dos mesmos à saúde e educação. Propiciar uma boa relação familiar, manter os insumos necessários nas Unidades Básicas de Saúde para o desenvolvimento de um bom trabalho nesse âmbito. E43 SER VI</p>

Fonte: Representação Social/ Mapa 1 de Associação de Ideia, Fortaleza-CE, 2011.

As representações evidenciaram que a família é considerada espaço significativo de educação sexual e prevenção da gravidez precoce. Borges, Nichiata e Schor (2006), um estudo intitulado *Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes*, revelaram que a família possui papel importante na prevenção da gravidez na adolescência, bem como a rede de relações sociais e as crenças religiosas, pois contribuem de forma positiva nas expectativas do adolescente sobre o futuro educacional e profissional.

Na atenção ao adolescente, é imprescindível considerar a família como fonte de informação acerca da sexualidade. Estimular a abordagem desse tema com os pais e outros

membros familiares significa ampliar o diálogo sobre sexo, com implicações favoráveis de desmistificações, quebra de tabus e juízo de valor.

O conceito e modelo de família modificou-se ao longo dos anos. A família hodierna polariza entre o modelo hierárquico em decadência, no qual os papéis familiares são rigidamente estabelecidos e o poder centralizado na figura do pai e o modelo permissivista, onde tudo é possível e permitido. Na centralidade, está o modelo igualitário, no qual se destacam os ideais de liberdade e respeito à individualidade, em que o desenvolvimento dos filhos passa a ser orientado pela experimentação e descoberta, centrado no diálogo tido como valor fundamental na educação e nas relações familiares. A família representa um pilar de sustentação e formação na vida do adolescente. Esse vínculo familiar se traduz em uma presença, com qualidade, dos pais, por meio do diálogo, segurança, respeito, amor, afeto, compreensão e determinação/pactuação de limites. O desamparo e as carências afetivas, no entanto, deixam marcas nessas relações por vezes conflituosas entre pais e filhos (NASCIMENTO, 2010).

Pereira (2008) considera que a família detém papel primordial na formação do adolescente, e que essa educação deve começar no lar, o mais precocemente possível, antes mesmo de ingressar na escola, ser continuada durante o desenvolvimento da criança e aprimorada na adolescência. A maioria das famílias não oferece formação sobre sexualidade aos seus filhos, deixando-os aprender tudo na escola, ou muitas vezes de maneira errada, causando nesses jovens preconceitos e tabus (NASCIMENTO, 2010). Portanto, a família obteve representação nas ações de evitabilidade de uma gravidez precoce, assim estabelecidas pelos enfermeiros nas suas colocações expressas no Quadro 7.

A esse respeito, um texto que objetivou estudar a comunicação sobre sexualidade e contracepção no âmbito familiar revelou que essa comunicação entre pais e filhos é marcada por uma ambiguidade em que ambas as partes reconhecem o problema, mas evitam enfrentá-lo. É nessa ambiência compartilhada que percepção e expressão podem ser prejudicadas por dificuldades cognitivas, lapsos inconscientes, carências afetivas, problemas de relacionamentos interpessoais. Os autores atribuem essa lacuna à falta de diálogo, e revelam que muitos pais não conseguem oferecer orientações sexuais efetivas, em virtudes das falhas quanto a estimativas equivocadas acerca do conhecimento das filhas sobre métodos contraceptivos; tentativas de postergar a iniciação sexual das jovens; e sentimentos de inaptidão para falar sobre sexualidade e métodos contraceptivos com as filhas (BORGES; NICHIATA; SHOR, 2006).

Esses aspectos foram abordados em estudo que refletia sobre a influência da família na vivência da sexualidade de mulheres adolescentes e revelou que a família pode reforçar as ideias de que a sexualidade há de ser tratada de maneira sigilosa, e por vezes reprimida, ou possibilitar às adolescentes, por meio do diálogo, o reconhecimento de uma sexualidade saudável. Na primeira, a argumentação preventiva nos discursos parentais, em especial, por parte da mãe, representa marcas de uma sexualidade velada, pouco falada e, nos momentos em que é trazida à tona, transparece tratar-se de um assunto perigoso, que pode trazer riscos e prejuízos. Perceberam, porém, que não há indicação de proibição ou negação para a vivência sexual, mas há destaque para a prevenção da gravidez, reforçando a responsabilização feminina pela sua ocorrência (RESSEL *et al.*, 2011).

Nascimento (2010) descreveu que os pais apresentam dificuldades em falar sobre sexualidade com suas filhas e dizem que isso pode ser justificado pelo fato de que a sexualidade, apesar de o período de transição em que vivemos ainda ser entendido como um evento permeado por mitos, tabus, proibições e silêncios. E reforçam a noção de que falar sobre este tema era mais constrangedor para os pais de gerações anteriores, uma vez que a sexualidade era elaborada e alicerçada em valores muito mais rígidos.

Pereira (2008), em estudo similar, refletiu sobre as dificuldades do diálogo familiar, e das adolescentes viverem a sexualidade com autonomia e responsabilidade, pois a presença de uma postura repressiva que permeia o diálogo entre os pais e as filhas, pode, por vezes, desencadear conflitos e, até mesmo, intimidar as adolescentes a procurar na família informações no que tange às questões relativas à sexualidade.

A prevenção da gravidez precoce apresenta-se aos pais como uma nova experiência, reflexão e atitudes na relação com os filhos, para a qual necessita constituir um sentido; um sentido que é tanto retrospectivo em relação às vivências sobre sexualidade no ambiente familiar, quanto prospectivo em relação às mudanças e novos arranjos que se processam desde a constatação dessas necessidades. A comunicação, pois, é fator preponderante (NASCIMENTO, 2010).

Oliveira e Sá (2001) destacaram que a família tem várias funções no cotidiano dos jovens, desde o estabelecimento das distinções de gênero, passando pela socialização na relação entre irmãos, pelos conflitos familiares e pela importância das imagens do pai e da mãe para estabelecer-se a identidade.

Portanto, o meio familiar propicia a criação da afetividade e a segurança, nesse espaço, o adolescente tem a formação de valores enraizados para toda sua vida; sendo, portanto, determinante a maneira como a sexualidade é tratada. No decorrer da infância e

parte da adolescência é que se firmam os valores culturais para homens e mulheres. É no convívio com os pais e demais componentes familiares que se marca o padrão cultural da sexualidade. A partir daí, o comportamento feminino e o masculino são delineados em uma elaboração pertinente aos valores do seu grupo social. Nesse âmbito, a escola assume também uma parcela na formação da vivência da sexualidade.

Ressel *et al.* (2011) descreveram as razões que levam à ocorrência da gravidez na adolescência e seus reflexos sobre a família. Segundo a visão de seus próprios membros familiares, revelaram que os pais compreendem a sexualidade como sinônimo de ato sexual, fazendo com que a abordagem deles em relação às filhas fosse caracterizada por proibição do sexo, ausência de diálogo ou ameaças, ensejando dificuldades para o estabelecimento de uma comunicação efetiva sobre sexualidade na família.

Borges, Nichiata e Schar (2006) reforçam esse comportamento familiar quanto à ausência do diálogo, ao demonstrar que apenas 20% dos adolescentes recorreram aos pais para sanar suas dúvidas no que diz respeito à sexualidade na adolescência. Portanto, esse tema é um campo de distanciamento e de conflitos entre pais e filhos. Os resultados evidenciaram também que os poucos adolescentes que procuraram os pais para orientação sexual o fizeram com restrições, pois os assuntos de maior intimidade eram reservados aos amigos.

Nos achados de Moura *et al.* (2011), as informações prestadas pelos pais aos adolescentes se limitam às regras de condutas e estão apoiadas em valores que priorizam a manutenção do sistema familiar. Hoga, Borges e Reberte (2010) neste sentido, evidenciaram que esses são indícios de que todos os membros da rede de relações dos adolescentes necessitam ser agregados ao trabalho de promoção da saúde sexual e reprodutiva desse segmento

Levando em consideração crenças, valores e modo como representa e age a família perante a sexualidade e a prevenção da gravidez precoce, o enfermeiro da ESF deve considerar as potencialidades e os limites da família e, dessa forma, facilitar e mediar a aquisição e o desenvolvimento de recursos próprios, por parte do núcleo familiar, na perspectiva da promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente, reconhecendo a família como sujeito ativo nesse processo.

Para Cromack, Bursztyn e Tura (2009), o adolescente está constantemente submetido a mensagens e foco de uma série de ações que abordam a sexualidade, prevenção, sexo, seja no âmbito da escola, serviços de saúde, mas é na família que se edifica essa função reguladora das representações sociais que se apresentam como um saber estruturado como um guia de opiniões, atitudes e comportamento ante a uma vida sexual saudável.

A representação da família como responsável pela educação sexual dos adolescentes foi evidenciada por Amaral e Fonseca (2006) em estudo de representações sociais dos adolescentes acerca da iniciação sexual, em que abordam o temor dos adolescentes pela gravidez e suas consequências e falta de diálogo com os pais. Os achados apresentam aspectos preocupantes, quando os adolescentes descrevem que a ausência do diálogo, às vezes, traz um certo alívio e conforto, pois se queixaram do comportamento cotidiano dos pais, marcados por muitas cobranças e punições. Discutir sobre sexualidade, indicação sexual na família, pode representar que eles estejam desejando ter ou já tenha uma vida sexual ativa, o que constitui uma barreira para a comunicação.

Na subcategoria escola, os enfermeiros atribuíram o significado de prevenção da gravidez na adolescência, permitindo o aprofundamento dessa temática, ao considerar que a gravidez na adolescência é multicausal, e as instituições de saúde não conseguem trabalhar esse fenômeno, que requer ações intersetoriais. Esta asserção foi evidenciada em estudo sobre os limites e avanços do PSF de Campina Grande-PB, com base nas representações sociais da equipe, quando revelaram o problema da falta de intersetorialidade. Nos discursos, traziam o entendimento de que melhores condições de saúde só serão alcançadas se as transformações ultrapassarem o setor saúde. Para isso, é necessário que diferentes áreas se integrem e se comprometam com a saúde, dentre elas a escola (LEITE; VELOSO, 2009).

Assim, a escola é parceiro imprescindível com importante papel na formação do adolescente, pois é o local onde ele passa boa parte do seu dia, e sendo, portanto, corresponsável pela educação sexual do adolescente.

Em 2006, foi instituída a política A Escola Promotora de Saúde, uma iniciativa resultante da interação dos Ministérios da Saúde e Educação, que visa fortalecer a comunidade escolar e seu entorno como sujeito e território de produção de saúde, numa perspectiva libertadora, reflexiva, criativa e transformadora, formulando coletivamente um saber que reflète a realidade vivenciada, servindo de referência para a constituição de sujeitos sociais que assumam o protagonismo de sua saúde e de suas vidas (GURGEL *et al.*, 2010c). Assim, os enfermeiros consideram, nos seus significados, a escola um parceiro importante.

Dentre as estratégias da política de promoção na saúde no âmbito escolar, destaca-se o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) como um marco na integração dos sistemas de saúde e educação, privilegiando a escola como espaço para a articulação das políticas voltadas para o adolescente, mediante a participação dos sujeitos desse processo: estudantes, famílias, profissionais de educação e da saúde (BRASIL, 2006c).

O SPE tem como objetivo central a promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva, visando a reduzir a vulnerabilidade, dentre elas, a gravidez não planejada, por meio do desenvolvimento articulado de ações no âmbito das escolas e dos centros de saúde. (MOURA *et al.*, 2011).

Essa representação social dos enfermeiros apresenta a escola como parceira importante para o setor saúde e comunidade, no sentido de reforçar as condições necessárias para a promoção da saúde do adolescente com a inclusão de vários temas da saúde no cotidiano escolar. É ambiente favorável ao desenvolvimento do humano, pois amplia as oportunidades de acesso a atividades educativas, culturais, esportivas, de lazer e de geração de renda.

Para Assis *et al.* (2003), a fase da adolescência merece atenção e cuidado especial no contexto escolar, em que os educadores possam reconhecer esse período sob um prisma de práticas potencializadoras, ou seja, desenvolver habilidades e elevar a autoestima. Essas ações resultam num afeto positivo de acreditarem na sua competência e seu valor e com isso demonstrarem capacidade para lidar com os desafios; são autoconfiantes e, conseqüentemente, reduzem as vulnerabilidades.

A subcategoria – Unidade de saúde – apareceu nos discursos dos enfermeiros como representação da responsabilidade pela prevenção da gravidez na adolescência. Nessa representação social, o enfermeiro necessita manter os canais do diálogo e da informação sobre a promoção da saúde sexual e reprodutiva a esse segmento e ampliar as parcerias entre a família, escola e serviços de saúde; isso requer uma prática discursiva do modo de agir na reorientação dos serviços de saúde. Assim, Moura *et al.* (2011) ressaltam que o enfermeiro deve assumir um papel como agente promotor de mudanças, por meio de ações educativas com informações compreensíveis e objetivas, abrangendo questões socioeconômicas, culturais, biológicas e de gênero.

A Estratégia Saúde da Família surge como um novo modelo de reorientação à atenção primária de saúde e, no seu território, constitui um ambiente favorável ao desenvolvimento das potencialidades e habilidades dos adolescentes, à medida que quebra o paradigma da onipotência e constitui novo modelo de superação da fragmentação das ações. Como estratégia de superação, as ações intersetoriais são imprescindíveis, bem como o é o reconhecimento da importância de desenvolver as parcerias pelas possibilidades de maximização dos equipamentos sociais disponíveis na comunidade, como escola, centros comunitários, associação de moradores, organização não governamental e outros.

Essa reorientação da atenção básica, centrada na ESF, exige um desenho organizativo que privilegie como objeto de trabalho os determinantes dos modos de vida e saúde, vulnerabilidades, danos, riscos e necessidades, tendo como sujeitos a equipe de saúde e a população. A prática dos profissionais da ESF deve transcender os espaços institucionais de saúde, ampliando-se para os mais diversos órgãos governamentais ou não governamentais e grupos sociais. Por conseguinte, as ações intersetoriais são fundamentais no sentido de identificar, otimizar e potencializar os recursos disponíveis na comunidade para as ações de promoção da saúde (GURGEL *et al.*, 2010c).

Portanto, a atenção à saúde do adolescente não deve se limitar às atividades desenvolvidas somente no âmbito do setor saúde. O Ministério da Saúde, por meio da Política de Saúde do Adolescente, reconhece que nenhuma organização é capaz de, isoladamente, realizar todas as ações necessárias para assegurar a saúde e o desenvolvimento aos adolescentes (BRASIL, 2005). Alianças e parcerias são essenciais para a criação das condições de proteção e bem-estar e para maximização dos potenciais de todos eles.

Essa responsabilidade, atribuída à Saúde da Família no espaço territorial local, demanda uma reflexão do estudo de Shimizu e Reis (2011), que identificou na representação social da Equipe de Saúde da Família, ser o PSF importante estratégia de mudança do modelo de atenção, sobretudo porque anseia trabalhar, de forma integrada, com as ações de tratamento, prevenção e promoção da saúde. Nos discursos, evidenciaram a representação de que o PSF não tem assumido, na totalidade, o seu papel no plano local, como eixo principal da política pública de saúde, pois sua efetiva implementação requer maior compromisso ético e político, especialmente dos gestores.

5.2.4 Representação social dos enfermeiros sobre os riscos da gravidez na adolescência

Essa categoria de pensamento por meio da qual os enfermeiros elaboram e expressam sua realidade, é elemento ou dimensão de representação social à informação, significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que se expressam pela linguagem e pela a atitude em relação ao objeto, ou seja, o significado dos riscos de gravidez precoce. Para Jodelet (2009) a caracterização do sentido da representação social é concebida como um processo de interação social.

Esse significado do risco da gravidez na adolescência elaborada pelos enfermeiros da ESF, com base nas representações sociais atribuídas a esse fenômeno, foi dividido em quatro subcategorias: Risco para o recém nascido; Risco para a mãe; Responsabilidade maior

da Equipe Saúde da Família; e Aumento dos indicadores de mortalidade infantil e materna, conforme é apresentado no Quadro 8.

Quadro 8 - Apresentação das subcategorias simbólicas da representação social sobre o significado dos riscos da gravidez na adolescência, Fortaleza-CE, 2011

Subcategoria	Unidade de análise discursiva
Risco para o recém nascido	<p>Significa gravidez de risco, isto é, aborto, eclampsia, prematuridade, bebês de baixo peso. E1 SER VI</p> <p>Baixo peso, prematuridade, doenças associadas (sífilis, HIV), significa problema de saúde pública. E112</p> <p>Partos prematuros, aumentando a incidência de óbitos infantis., baixo peso ao nascer; aleitamento materno exclusivo, ficando o RN exposto a inúmeras doenças. E10 SER VI</p> <p>Prematuridade, baixo peso ao nascer. E17 SER VI</p> <p>Significa problemas sociais e de saúde ainda maiores: risco de parto prematuro, eclampsia, gestantes com dificuldades para manter o pré-natal de forma regular. Além dos problemas sociais que envolvem no mínimo 02 famílias (do casal, em geral, de 02 adolescentes). E32 SER VI</p> <p>Complicações para a criança devido ao despreparo fisiológico e psicológico da gestante que não tem ainda “suporte” para uma gestação. E33 SER VI</p> <p>RN com baixo peso. Óbito neonatal. Morte fetal. E39 SER VI</p> <p>Influem na formação do conceito, do seu bem estar intra útero, na concepção do feto de “ser bem vindo”. Risco de nascimentos precoces, de complicação intra partos.. E 57 SER VI</p> <p>Gravidez de risco, prematuridade, eclampsia, malformações congênitas ou aborto, ou seja, complicações que possam ocorrer durante uma gravidez que representa risco para o conceito. E35 SER VI</p>
Risco para a mãe	<p>Dificuldades na formação e no desenvolvimento de um conceito que está sendo gerado e nutrido por alguém que também está em fase de amadurecimento físico hormonal e mental. Então pode ser gerada uma criança com baixo peso e que venha a ter problemas no crescimento e no seu desenvolvimento. E 58 SER VI</p> <p>Como o corpo da adolescente ainda está em formação, isso traz riscos não só para o conceito, como também para ela. E3 SER II</p> <p>Mães adolescentes ainda em formação, ou seja, mudanças do corpo de menina para mulher, organismo ainda não totalmente preparados para uma gestação como um organismo na fase adulta, risco de aborto, mal formação, síndromes, etc. E15 SER II</p> <p>Os riscos incluem abortamento, hemorragias, hiperêmese, diabetes e parto prematuros. E2 SER VI</p> <p>A imaturidade corporal da adolescente e as conseqüências: aborto espontâneo e provocado/parto prematuro. E23 SER VI</p> <p>Uma gestante na adolescência não tem o corpo preparado para uma gestação, podendo ser risco tanto para ela, quanto para o bebê, podendo haver parto prematuro. E26 SER VI</p> <p>Significa que o corpo da adolescente ainda não está completamente formado para gerar um feto causando maiores riscos de complicações no pré-natal, parto e pós-parto. E47 SER VI</p> <p>Os riscos são iminentes visto que na maioria das vezes a gestação não foi planejada, então o bebê tem riscos pela desinformação da mãe (uso de álcool, fumo, drogas, DSTs), tem riscos no momento do parto como anoxia. Como profissional, bebê de adolescente deve ter monitoramento redobrado não só em consultas, como também em visitas domiciliares. E 48</p>
Responsabilidade maior da equipe saúde da família	<p>significa um momento em que devemos ter mais cuidado e atenção. E41 SER VI</p> <p>gravidade que devemos prevenir durante o pré-natal. E55 SER VI</p> <p>Significa que precisamos conhecê-los para saber como conduzir um caso críticos. Saber orientar acolher informando para a mãe. E23 SER II</p> <p>Como enfermeira do PSF, significa uma responsabilidade imensa, sobretudo porque parte deles estão relacionados com a qualidade do pré natal, muitas são evitáveis e por isso, me sinto parte ativa desse processo. E27 SER II</p>
Aumento dos indicadores de mortalidade infantil e materna	<p>Representa no risco da mortalidade infantil (neonatal e pós neonatal), prematuridade, patologias neonatais (ex.: insuficiência respiratória), depressão puerperal, abandono de crianças, comprometimento na formação pessoal dessas adolescentes. E30 SER VI</p> <p>Aumento da mortalidade infantil, problemas p/acompanhamento e responsabilidade da mãe com a criança, principalmente nos casos de crianças especiais e/ou sequeladas. Risco de mortalidade materna. E22 SER VI</p> <p>riscos que podem, durante a gravidez, levar a mãe ou o feto a morte ou a diminuição da qualidade de vida. E13 SER VI</p> <p>Aumento da mortalidade infantil. E43 SER VI</p>

Fonte: Representação Social/ Mapa 2 de Associação de Ideia, Fortaleza-CE, 2011.

Na subcategoria Risco para o recém-nascido, os enfermeiros associaram-na à gravidez precoce com resultados adversos para a saúde do neonato, com abrangência nas dimensões biopsicossocial, dentre elas, riscos de anomalia (malformação congênita), problemas respiratórios, asfixias neonatais, baixa da hemoglobina, risco de comprometimento do desenvolvimento neuromotor e neurocognitivo, com maior significado para a prematuridade, baixo peso ao nascer, mortalidade infantil e fetal.

A gravidez na adolescência tem grande impacto e afeta diretamente a saúde do recém-nascido, e estão associados ao desenvolvimento fetal. Estudo realizado por Melo, Matozo (2008) ratifica esse significado e descreve as implicações dessa gestação nos planos biológico, psicológico e social. Os autores concluíram que nessa época de globalização as possibilidades de prevenir e minimizar esses impactos negativos são crescentes, diante das inovações tecnológicas no campo do cuidado.

A prematuridade e o baixo peso ao nascer, provenientes de uma gestação de risco, levam a família e os profissionais de saúde a situações adversas em seu cotidiano e requerem estratégias assistenciais de cuidados intensivos. Esses aspectos das representações sociais foram estudados por Carvalho *et al.* (2009), quando exprimem que a prematuridade pode representar uma ameaça à segurança e concretude da gestação dentro do paradigma da normalidade, e deparando-se as gestantes com um ambiente ameaçador, no qual viver ou morrer se apresenta como limite, levando a sentimentos de naturezas diversas, como medo, preocupação, anseios, solidão e se entremeiam a fé, alegria e esperança.

Para Rocha *et al.* (2006), a gravidez precoce representa risco, pois existem algumas intercorrências que interferem no equilíbrio materno-fetal, contribuindo para um aumento da prematuridade e de recém-nascido de baixo peso, tais como a desnutrição, anemia ferropriva e desnutrição materna, infecções do trato urinário e doença hipertensiva específica da gravidez.

Quanto à subcategoria risco para a mãe, há representação dos enfermeiros no que diz respeito à imaturidade biológica, morbidade e mortalidade materna. Nesse sentido, Dias e Teixeira (2010), em estudo de revisão, pesquisaram sobre os riscos e problemas associados à gestação na adolescência, evidenciando que as gestantes adolescentes podem sofrer mais intercorrências médicas durante a gravidez e mesmo após esse evento que gestante de outras faixas etárias, e relacionam algumas intercorrências que coincidem com as representações referidas nas falas dos enfermeiros, quais sejam: desproporção cefalo-pélvica, aborto, anemias, desnutrição, hipertensão, (pré) eclâmpsia e óbito materno.

Saito e Leal (2000) destacam que o exercício da sexualidade na adolescência poderá constituir risco variável para o projeto de vida e até da própria vida, bastando para isso lembrar consequências, como gravidez precoce, aborto, AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. Alertam para a importância da educação sexual na prevenção de fatores de risco e propõem convocar todos os segmentos da sociedade, em especial a escola, para educar, informar melhor e formar.

Corroborando essa interpretação da realidade referida pelos enfermeiros em seus discursos, Guerra, Heyder, Mulinari (2007) e Paraguassu *et al.* (2005) pensam que a gravidez na adolescência assume um caráter epidêmico, pois representa um problema de saúde pública globalizado, e a adolescente, ao longo da gestação, enfrenta algumas dificuldades que irão comprometer o desenvolvimento materno e fetal, o que representa um aumento dos riscos obstétricos. Esses riscos são especificados em estudo de Vieira (2007) como a competição materno-fetal por nutrientes, pois ambos estão em fase de desenvolvimento, presença de eclâmpsia e toxemia gravídica, com maior incidência em jovens de menos de 16 anos, em decorrência do estado nutricional e da ausência de pré-natal.

Responsabilidade maior da equipe Saúde da Família, – penúltima subcategoria – as representações constituídas pelos enfermeiros da ESF demandam que a gravidez precoce é considerada uma situação de risco tanto para a mãe como para o recém-nascido. Com isso, aumenta a responsabilidade da Equipe da Saúde da Família em propiciar um pré-natal de qualidade e a garantia de uma atenção integral e resolutiva.

Vale salientar que, na perspectiva da linha de cuidado para a gestação de risco, a porta de entrada dessa gestante é a Saúde da Família, considerando a competência da equipe na identificação de fatores de riscos e a referência para unidade especializada. Essa avaliação de risco da gravidez atual inclui características individuais, condições socioeconômicas desfavoráveis, história de riscos em gestações anteriores, intercorrências clínicas e doença obstétrica atual (GOLVEIA; LOPES, 2004).

A gestação é considerada um fenômeno fisiológico, devendo ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência saudável envolvendo mudanças do ponto de vista físico, social e emocional. Trata-se, contudo, de uma situação limítrofe que pode implicar riscos, tanto para a mãe como para o feto. O Ministério da Saúde destaca que um determinado número de gestantes (15%), por características particulares, apresenta maior probabilidade de evolução desfavorável. São as chamadas gestantes de alto risco (BRASIL, 2010). Essas características específicas e definidoras de riscos demandam dos profissionais

uma responsabilidade maior no processo de cuidar/cuidado nesse ciclo gravídico puerperal, de forma a prestar uma atenção integral, resolutiva e de qualidade.

Golveia e Lopes (2004), em estudo dos diagnósticos de enfermagem e problemas mais comuns na gestação de risco revelaram as preocupações com o sucesso da gestação que se acumulam perante as complicações a que as grávidas estão sujeitas. Concluíram que na gestação de risco, além de suas necessidades específicas decorrentes de uma situação clínica e obstétrica, é uma mulher com necessidades próprias do estado gestacional, daí a responsabilidade do enfermeiro de praticar assistência à gestante com qualidade e com resultados eficazes.

Essa representação de responsabilização da Equipe de Saúde da Família é retratada em estudo de Gomes e Oliveira (2010a) em três dimensões: perante o cliente, dando resolubilidade às suas necessidades e sem extrapolar ao limites do saber e da competência legal dos enfermeiros. Gomes e Oliveira (2010b) em outro estudo de representação social, refletiram sobre a atuação da enfermeira pautada pela empatia, compromisso e resolubilidade, como forma de concretização do seu cuidado e de sua prática, e que esse fato se apresenta como um diferencial ante o atendimento realizado por outros profissionais.

A última subcategoria – Aumento dos indicadores de mortalidade infantil e materna –, foi representada pelos enfermeiros associando os riscos da gravidez precoce ao desfecho fatal, ou seja, a óbito infantil, fetal e materno e contribuindo para o aumento dos indicadores de mortalidade.

As representações sociais são compreendidas como formulação da realidade, portanto, os resultados deste estudo se assemelham à pesquisa da Visão Mundial, realizada no Recife denominada *Estudo sobre as políticas públicas de proteção à saúde infantil e materna no Brasil*: um olhar especial para filhos de mães adolescentes, revela que a cada 24 horas nove crianças, de menos de um ano de idade, filhos de adolescentes, morrem no Brasil. Em 2009, morreram 42.684 bebês – 20% deles eram filhos de meninas de dez a 19 anos. Destaca que o maior risco se encontra nas adolescentes de dez a 14 anos, cuja gravidez aumenta consideravelmente. Outro achado da pesquisa é o aumento do número de óbitos de recém-nascidos, filhos dessas adolescentes, que chega a 1% ao ano (VISÃO MUNDIAL BRASIL, 2011).

A mortalidade infantil/materna é considerada indicador sensível da qualidade de vida de uma população, por evidenciar, em sua maioria, mortes precoces que poderiam ser evitadas pelo acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. Essas mortalidades estão estreitamente condicionadas à falta de reconhecimento desses eventos como um

problema social e político; ao desconhecimento da sua verdadeira magnitude; e à deficiência da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres no ciclo.

Portanto, há uma constatação de que, a redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. As altas taxas encontradas configuram violação dos direitos humanos de mulheres e crianças, pois esses números mostram que houve dupla violação, da criança, uma morte infantil que não deveria acontecer, e dos direitos da adolescente, que não têm uma política pública focada na sua particularidade, que é a de uma mulher em desenvolvimento (VISÃO MUNDIAL BRASIL, 2011).

5.2.5 Representação social dos enfermeiros sobre as ações desenvolvidas pelos enfermeiros para prevenção da gravidez na adolescência

As representações sociais sobre um determinado objeto, para Jodelet (2001), podem se diferenciar segundo a prática e a condição dos grupos em relação a esse objeto. Harré (2001) complementa, exprimindo que representação social deve desempenhar papel essencial para explicar, no plano teórico, a organização dos comportamentos coletivos humanos, ou seja, tornam partes integrantes das crenças e das práticas compartilhadas pelos indivíduos

Nessa compreensão, foi possível analisar os significados apreendidos no mapa 3, no qual consta a categoria definida *a priori*, ou seja, os discursos interpretativos da prática dos enfermeiros na prevenção da gravidez na adolescência que abordam as diferentes explicações de suas ações no cotidiano.

Na medida em que se busca identificar e compreender a dimensão cognitiva e as práticas cotidianas contidas nos discursos dos enfermeiros, sobre a prevenção da gravidez na adolescência, aproxima-se das suas representações. O conhecimento constituído acerca de suas práticas na atenção primária de saúde, dos valores referentes à Educação em Saúde, apresentado em suas falas, forma uma teia de informações que suscitou a identificação de três categorias: Educação em Saúde Coletiva, com as subcategorias: Grupo de adolescente na escola, Grupo de adolescente na comunidade e Grupo de adolescente na unidade de saúde; Educação em Saúde individual, por meio da consulta de enfermagem sem a realização de ações com adolescente. As representações sociais dos enfermeiros quanto à sua prática serão apresentadas nas unidades de análise discursivas que se seguem.

A Educação em Saúde é um campo de representação social abrangente, para o qual convergem várias concepções, tanto das áreas da educação, quanto da saúde. Na área da saúde, durante muito tempo, a Educação em Saúde foi associada a procedimentos didáticos de transmissão de conhecimento, produzida e veiculada nos serviços de saúde, e era inspirada em manuais que continham diretrizes governamentais. As ações eram voltadas para o controle e tratamento das doenças preveníveis, com orientações e recomendações contingentes e descontextualizadas em relação à realidade do indivíduo Gurgel *et al.* (2010a).

Na atualidade, a Educação em Saúde, sob o olhar de Barroso, Vieira e Varela (2003), passa a ser vista como um dos pilares da ideia da promoção humana. Essa nova perspectiva, associada à da promoção da saúde, torna-se mais ampla, quando se consideram a capacitação e a qualificação de pessoas, tendo como resposta a ampliação do conhecimento, o desenvolvimento de habilidades e a formação de uma consciência crítica. Essas perspectivas de trabalhar a educação em saúde em grupo, são retratadas nos discursos do Quadro 7.

O adolescente tem necessidade de estar inserido em um grupo, e o destino dessa necessidade depende das possibilidades que lhe são oferecidas pelo ambiente onde cresce e pelo tipo de grupos que estão à sua disposição. Daí a necessidade da estruturação de grupos de adolescente na perspectiva de sustentabilidade e com ações promotoras de mudanças (THIENGO; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005).

Portanto, as ações de Educação em Saúde devem ser instigantes, criativas, motivadoras e inovadoras, capazes de estimular o adolescente a participar do processo educativo, conforme descreve o Quadro 6. Corroborando esses preceitos, Cabrera e Rodriguez (2007) recomendam que a enfermeira deve promover Educação em Saúde para adolescentes, com um olhar diferenciado, pela ampliação das vulnerabilidades e pelos riscos socioeconômicos e culturais destes jovens, considerando que a maioria pertence às famílias com nível de escolaridade baixo e com dificuldades de acesso à informação.

A Educação em Saúde deve ser planejada, conter objetivos claros e metodologia factível. Quanto à necessidade desse planejamento, estudo realizado por Thiengo, Oliveira e Rodrigues (2005) propiciou uma reflexão, considerando as evidências da ocorrência, entre os jovens, de uma apropriação fragmentada do conhecimento, portanto, impróprio ao desenvolvimento de práticas preventivas eficientes. Os autores recomendam que o profissional de enfermagem, ao planejar e ao desenvolver ações junto à população adolescente, em particular, atividades educativas, deverá estar aberto ao diálogo e sensível para perceber as necessidades do grupo, de forma que os conteúdos abordados atendam às expectativas dos próprios adolescentes. Destacam, também, a importância de maior integração

do enfermeiro e dos demais membros da equipe multiprofissional no desenvolvimento de atividades com vistas à promoção da saúde dos adolescentes, no contexto individual e coletivo.

Assim, Gomes, Fonseca e Veiga (2002) referiram que, ante a complexidade, as ações educativas devem ampliar o debate transpondo o campo biomédico, tentando compreender as subjetividades, as múltiplas implicações e o processo vivenciado na adolescência.

Borges, Nichiata e Schor (2006) acentuaram que, quanto mais o adolescente participar de programas de orientação sexual e tiver oportunidade de conversar sobre esse assunto, melhores serão os resultados, em termos de adesão às medidas de proteção, no intuito de evitar uma gravidez precoce indesejada. Portanto, as enfermeiras afirmaram que aproveitam as oportunidades para tratar sobre esse tema com grupos de adolescentes de forma intersetorial, na escola, comunidade e unidade de saúde, o que é perceptível nas práticas discursivas descritas nas subcategorias no Quadro 9.

Quadro 9 - Apresentação das subcategorias simbólicas da representação social dos enfermeiros sobre grupo de adolescente, Fortaleza-CE, 2011

Categoria - Educação em saúde coletiva	
Subcategoria	Unidade de análise discursiva
Grupo de adolescente na escola	<p>Informação, oficinas, workshops, rodas de debates, chuva de perguntas, parcerias com as escolas, incentivo ao esporte, ao teatro, às potencialidades dos jovens para através de parcerias essas informações ganharem espaço com os adolescentes. E20 SER II</p> <p>Intervenções educativas na escola. Criação de pontos de distribuição de preservativos na comunidade. Planejamento familiar (oferta de anticoncepcional oral e injetável). E27 SER VI</p> <p>Faço parte da equipe do programa de saúde na escola – PSE, onde desenvolvemos ações de educação em saúde semanalmente com crianças e adolescentes. Além de visitas individuais e visitas domiciliares. E47 SER VI</p> <p>Acompanhamento das escolares no Programa Saúde da Escola, realizando conversas e atividades educativas com relação aos vários assuntos, inclusive esse. E 54 SER VI</p>
Grupo de adolescente na comunidade	<p>Participação de um grupo de jovens na comunidade de encontros mensais, na escola, na qual são abordadas questões relativas ao tema: sexualidade, DST, gravidez indesejada, métodos anticoncepcionais. E12 SER II</p> <p>Grupos de adolescentes, atendimento aos adolescentes, rodas de conversa na comunidade, palestra sobre sexualidade nas escolas. E2 SER II</p> <p>Educação em saúde em um local estratégico na própria área de abrangência com o intuito de aumentara adesão das adolescentes ao grupo que é realizado por mim, pelos agentes de saúde e pelo NASF. E 58 SER VI</p> <p>Realizamos atividades educativas na comunidade com o apoio do NASF, formamos um grupo de adolescentes onde trabalhamos diversas temáticas envolvendo os adolescentes. E10 SER VI</p>
Grupo de adolescente na unidade de saúde	<p>Planejamento reprodutivo, atividades de educação em saúde, oficina de sexualidade e vínculo com a equipe. E 6 SER II</p> <p>Tenho grupo formado de adolescentes com encontros mensais, onde cada reunião tratamos de um assunto. Participo de rodas de conversa em grupos de adolescentes no CRAS. Oriento de forma individual todas as adolescentes que buscam a unidade para consulta de Planejamento Familiar e Prevenção Ginecológica. E 48 SER VI</p> <p>Oferecer métodos contraceptivos, abordar questões além da gravidez, como DSTs, conversas individuais com as adolescentes. E28 SER II</p> <p>Criação de um grupo de adolescentes. Orientação e preenchimento de caderneta das adolescentes em consulta de enfermagem individual e/ou coletiva quando as mesmas desejam. Abordagem significativa na consulta de “planejamento familiar” e prevenção de câncer cervico uterino. E29 SER VI</p> <p>Orientação durante o planejamento familiar a cerca de uma gravidez durante adolescência. Os grupos de adolescentes são uma estratégia bem interessante. E59 SER VI</p> <p>Grupo de adolescentes como estratégia de prevenção da gravidez, onde oferecemos oportunidade de conhecimento e tomada de consciência quanto ao problema através de oficinas de Planejamento Familiar, Sexualidade, DST, Gênero, Buling e outros tudo de forma dinâmica e participativa. E60-SERVI</p>

Fonte: Representação Social/ Mapa 3 de Associação de Ideia, Fortaleza-CE, 2011.

A estratégia de trabalhar com grupos de adolescente presente nos discursos dos enfermeiros facilita a abordagem de temas, que carecem de reflexão em relação ao projeto de vida, relações familiares e sociais, questões de gênero e desenvolvimento da autoestima e maturidade emocional. Favorece, também, o trabalho de orientação e de educação, ante as vulnerabilidades e prevenção de DST/AIDS, uso de drogas, gravidez precoce, violência, abandono escolar e autocuidado. A educação sexual abordada em grupo de adolescente, segundo Peña Borrego, Esperón e Lemus (2005), possibilita um resultado positivo, pela participação, reflexão e capacidade de entender a importância de uma vida sexual com responsabilidade e pela autodeterminação de proteção entre os pares.

A subcategoria Grupo de adolescente na Escola destaca a representação social da formação de grupos de adolescentes, constituindo a estratégia mais adotada pelos enfermeiros em suas práticas. A escola destacou-se como um ambiente favorável ao desenvolvimento dos adolescentes, e se apresenta como parceira importante para o setor saúde e comunidade, no sentido de reforçar as condições necessárias para a promoção da saúde do adolescente com a inclusão de vários temas da saúde no cotidiano escolar. É um ambiente que amplia as oportunidades de acesso a atividades educativas, culturais, esportivas, de lazer e de geração de renda, assim retratado nos discursos (GURGEL *et al.*, 2010a).

Moura, Souza e Evangelista (2009) destacaram o importante papel do setor de educação na promoção da saúde e constataram no grupo estudado vulnerabilidades às DST e à gravidez na adolescência. Consideraram a escola como principal espaço de participação dos adolescentes em atividades educativas, justificadas pelo Projeto de Extensão da Universidade Federal do Ceará que nela é desenvolvido. Essa não é, no entanto, a realidade da maioria das escolas em Fortaleza, ou seja, o espaço escolar ainda não constitui cenário de educação sexual. É meta do Ministério da Saúde e da Educação, todavia, como políticas públicas voltadas para o adolescente, tornar as escolas hábeis e promotoras de saúde no campo sexual e reprodutivo (BRASIL, 2006b, 2006c).

Na significação do grupo de adolescente na escola, os enfermeiros apreendem o SPE como um marco na integração saúde-educação, considerando que seu objetivo central é a promoção da saúde sexual e reprodutiva, visando a reduzir a vulnerabilidade de adolescentes e jovens às DSTs, à infecção pelo HIV e à gravidez precoce, por meio de ações nas escolas e nas unidades básicas de saúde.

Assim, o SPE destaca a escola como espaço institucional privilegiado para a articulação das políticas voltadas para adolescentes e jovens. Fonseca, Gomes e Teixeira (2010) pesquisaram a percepção de adolescentes sobre ações educativas em orientação sexual

e contataram que providenciar espaços para diálogo entre adolescentes, professores, profissionais de saúde e comunidade é um importante dispositivo para oferecer resposta social com vistas à superação das relações de vulnerabilidade entre adolescentes. Nesse estudo, as autoras destacaram que todos os adolescentes, ao serem questionados sobre o que acharam do trabalho de orientação sexual realizado no ambiente escolar, aprovaram a iniciativa e apontaram como uma oportunidade a mais de informação e importante para a sua vida, principalmente, em razão da ausência de diálogo com a família.

A busca de novas estratégias para diminuir a vulnerabilidade nessa fase da vida é um instrumento imprescindível para realização de projetos como o SPE; assim, o protagonismo juvenil exibe-se como instrumento eficaz para realização de trabalhos que visem à prevenção de doenças e à promoção da saúde de jovens, ainda mais quando se trata de trabalhos realizados para outros adolescentes, pois, como já apresentado, os jovens conversam muito entre eles por se sentirem mais à vontade e compartilharem dúvidas e sensações semelhantes dessa etapa da vida.

Estudo realizado em escola pública de Fortaleza, com o objetivo de traçar o perfil sexual e reprodutivo e percepção de adolescentes sobre comportamento sexual saudável, revelou que um número significativo de adolescentes se mantém exposto a gravidez, considerando que a anticoncepção estava sendo praticada somente em 29,6% dos adolescentes com vida sexual ativa, seja com parceiros fixos ou eventuais. Constatou que a escola foi o principal espaço de participação em atividades educativas sobre saúde sexual e reprodutiva do grupo estudado. Concluiu que o enfermeiro tem papel importante como agente promotor de mudanças do comportamento sexual dos adolescentes, por meio de ação educativa (MOURA *et al.*, 2011).

Na interface unidade de saúde e escola, com vistas à promoção da saúde do adolescente e prevenção de uma gravidez precoce, Figueiredo (2001) propõe estratégia conjunta de atuação composta de dois momentos, – a princípio, a prevenção, visando essencialmente a retardar a iniciação sexual dos adolescentes; depois, a prevenção de uma gravidez indesejada. Nesse nível, é importante começar antes dos adolescentes estarem sexualmente ativos, visto que é elevada a probabilidade de a gravidez ocorrer no início de sua atividade sexual.

Vale ressaltar que, na análise do estudo de Oliveira e Sá (2001), a escola e, por extensão, a aprendizagem, colocam-se como objetos de representação ancorados no plano da liberdade e do saber. Afirmaram que esses jovens atribuem sentidos bastante claros à instituição escolar e também algumas funções: a escola parece ter o poder de libertar,

possibilitando um melhor futuro; deve cumprir o papel de instância de saber, o que a vincula às possibilidades e impossibilidade de ascensão social de crianças e adolescentes

Portanto, a escola é um espaço privilegiado para a promoção de saúde em um enfoque ampliado, na perspectiva de conquista de cidadania e envolvimento dos diversos agentes que compõem este universo: adolescentes, estudantes, profissionais de educação, familiares, profissionais de saúde e líderes comunitários (FONSECA; GOMES; TEIXEIRA, 2010).

Na subcategoria Grupo de adolescente na comunidade, a Educação em Saúde facilita a integração com o serviço, dá suporte aos adolescentes nas dificuldades do cotidiano, desde a troca de experiências, de apoio e segurança, em compartilhar com outros adolescentes as mesmas dificuldades.

Fernandes, Sousa e Barros (2004) asseveram que é fundamental intensificar as ações educativas, em particular, sobre a sexualidade e a prevenção da gravidez precoce, por meio de grupos de adolescentes e de conversações diretas com os jovens e a comunidade, a fim de reduzir este fenômeno e, conseqüentemente, contribuir para a promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente.

Nas representações sociais das ações intersetoriais na comunidade os enfermeiros destacam o NASF como um apoio importante, cuja significação está inserida na sua gênese, ou seja, no escopo de apoiar e ampliar as ações da atenção básica, complementando o trabalho das equipes da Saúde da Família. O NASF foi instituído em 2008, pela Portaria nº 154. É composto por profissionais de áreas diversas e sua atuação objetiva promover a saúde e a qualidade de vida, como estratégia de prevenção de doenças e agravos, entre as quais, a gravidez precoce (BRASIL, 2008a).

Em estudo de Rodrigues, Lima e Roncalli (2008) sobre as representações sociais no PSF, em Natal, eles destacam o modo de operar os serviços de saúde que se firmam como um processo capaz de contribuir para as mudanças do modelo assistencial. Evidenciam que a potencialidade para as mudanças advém do conteúdo estratégico, que permite um rompimento com o comportamento passivo dentro das unidades de saúde, com extensão das ações para a comunidade, possibilitando o desenvolvimento de trabalho em equipe e a responsabilização sobre um território, os vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre serviço de saúde, profissionais e comunidade.

A subcategoria Grupo de adolescente na unidade de saúde é um caminho para o desenvolvimento de atitudes e habilidades, por constituir um espaço acolhedor, uma forma privilegiada de convivência com outros adolescentes; por propiciar o desenvolvimento de

atitudes de respeito, solidariedade, desinibição; além de favorecer maior reflexão sobre os assuntos discutidos, facilitando o entendimento, troca de experiências, mudanças comportamentais, comunicação, negociação e promoção de saúde (BRASIL, 2005; GUBERT *et al.*, 2009).

Nessa perspectiva, e contrapondo a essa assertiva, no estudo *Emoção e razão: os sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção ao adolescente*, Branco (2002) constatou que os jovens entrevistados se encontram desassistidos nas unidades de saúde, no âmbito escolar e na família. Alguns aspectos precisam ser discutidos, no tocante à assistência e ao estabelecimento de políticas públicas, voltadas para as suas necessidades.

Corroborando essas percepções, Heilborn *et al.* (2006) evidenciou algumas lacunas e destacou as precárias iniciativas de formação em sexualidade, gênero e saúde reprodutiva nas escolas, bem como falta de espaço nas unidades de saúde para o acolhimento dos jovens. Complementou, dizendo que essa lacuna é compensada por meio de revistas, televisão e troca de informações com amigos.

Assim, a promoção da saúde do adolescente reveste-se de novo paradigma que fundamenta a estratégia de Educação em Saúde, propiciando melhor reflexão, planejamento, implementação e avaliação das atividades educativas, não só das enfermeiras, como também de toda a equipe da ESF e demais profissionais, que utilizam a Educação em Saúde como ferramenta de trabalho. O trabalho de orientação e de educação na promoção da saúde do adolescente no Centro de Saúde da Família faz parte de sua prática, como foi destacado nas falas dos enfermeiros que compõem esta subcategoria.

Rodrigues, Lima e Roncalli (2008) estudaram a representação social no PSF em Natal e destacaram que o modo de operar os serviços de saúde é definido como um processo de produção do cuidado, apontando a implantação de um desenho de saúde humanizado, que deve considerar as singularidades e as subjetividades do sujeito.

Estudo sobre representação social dos trabalhadores do Programa Saúde da Família do Distrito Federal evidenciou que os enfermeiros estão mais envolvidos com os atendimentos em grupos, compostos de reuniões e palestras. Conclui que existe a confiança do envolvimento de toda a equipe nas ações de promoção da saúde, e propõe uma nova forma de atuação das unidades básicas de saúde, conforme os princípios do SUS e as diretrizes preventivas e promocionais da PSF (SHIMIZU; REIS, 2011).

A categoria Educação em saúde individual – consulta de enfermagem como representação social da Educação em Saúde individual na prevenção da gravidez precoce – foi apresentada nas falas dos enfermeiros no Quadro 10.

Quadro 10 - Apresentação das subcategorias simbólicas da representação social dos enfermeiros sobre educação em saúde individual – consulta de enfermagem, Fortaleza-CE, 2011

Categoria	Unidade de análise discursiva
educação em saúde individual- consulta de enfermagem	<p>Tenho procurado fortalecer a questão do Planejamento Familiar (com amplo acesso aos métodos contraceptivos) e orientações nas consultas individuais. E27 SER II</p> <p>Oferecer métodos contraceptivos, abordar questões além da gravidez, como DSTs, conversas individuais com as adolescentes.E28 SER II</p> <p>orientação e preenchimento de caderneta das adolescentes em consulta de enfermagem individual. E 29 SER VI</p> <p>orientações nas consultas de planejamento familiar com uso de preservativos, sensibilização dos ACS, palestras nas consultas de puericultura orientando as mães sobre a prevenção de gravidez futura.E52 SER VI</p> <p>orientação durante o planejamento familiar a cerca de uma gravidez durante adolescência. E59 SER VI</p> <p>educação em saúde na prevenção de uma gravidez indesejada. Orientando quanto ao uso de camisinha na relação sexual e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, orientando também quanto ao uso do contraceptivo oral, tempo de intervalo.E15 SERII</p>

Fonte: Representação Social / Mapa 3 de Associação de Ideia, Fortaleza-CE, 2011.

Na consulta individual com o adolescente, a enfermeira tem a oportunidade e a responsabilidade de identificar, aprofundar e avaliar com o adolescente sua sexualidade e as implicações do sexo inseguro, entre as quais, a gravidez precoce. Constitui um momento importante de interação, considerado como um exercício de comunicação interpessoal que vai além das palavras, isto é, possibilita a observação das emoções, gestos, tom de voz e expressão facial (GURGEL *et al.*, 2010c).

As ações de promoção da saúde junto aos adolescentes redimensionam as práticas da enfermeira na consulta individual quanto à educação sexual, requerem flexibilidade e bom senso, em relação ao tempo de duração, bem como o respeito às necessidades e singularidades desse segmento.

Para Heilborn *et al.* (2006), a educação sexual não deve se limitar a fornecer informações sobre o funcionamento do aparelho reprodutor e/ou acerca dos métodos disponíveis de prevenção da gravidez e DST. Deve-se preparar mais amplamente o jovem para o ingresso na vida sexual e adulta, aumentando as possibilidades de reflexão sobre os diferentes eventos e situações que poderão experienciar, a fim de torná-los mais habilitados para enfrentar os desafios próprios das relações afetivo-sexuais

É importante considerar, pois, o estudo de Thiengo, Oliveira e Rodrigues (2005) sobre a representação social dos adolescentes ligadas à prevenção, o qual revelou uma contradição entre os conteúdos de conhecimento e as práticas relatadas pelo grupo. Sugere-se,

ali que as práticas de enfermagem devem ter como objetivo reduzir a distância entre práticas, representações e conhecimento.

Essa aproximação constitui ferramenta com potencial de intervenção nos processos de produção do cuidado, que pressupõe um momento de encontro entre o usuário e profissional em que, este consiga captar as necessidades singulares de saúde do usuário, tornando-se imprescindível uma abertura por parte do profissional para inclinar-se a uma escuta qualificada. Implica, também, acolher o outro, oferecer espaço para as falas e para o diálogo, e, com isso o estabelecimento de vínculo e de laços de confiança, portanto, uma maior capacidade de ação (RODRIGUES; LIMA; RONCALLI, 2008).

Essas duas categorias, pois, que abordam as ações educativas coletivas e individuais, podem-se tornar um espaço para discussão e orientação, com lugar reservado para as falas e questionamentos do adolescente e de sua família, um lugar propício para firmar a confiança mútua e o fortalecimento dos vínculos, com possibilidades de superar os desafios de gestão e gerência. Constituem, assim, espaços de formulação de saberes que vão ao encontro das recomendações expressas na Política Nacional de Saúde Integral de Adolescentes e Jovens (BRASIL, 2005, 2008c)

A consulta de enfermagem e o trabalho com grupo de adolescentes são realidades presentes no cotidiano de muitas enfermeiras. No dia a dia de outras, diante do processo organizacional do trabalho, sobrecarga de trabalho e equipe incompleta, não conseguem desenvolver a atenção ao adolescente. Essas representações sociais estão enfatizadas no Quadro 11.

Quadro 11 - Apresentação das subcategorias simbólicas da representação social dos enfermeiros sobre não realizam ações de promoção da saúde com adolescente. Fortaleza-CE, 2011

Categoria	Unidade de análise discursiva
Não realizam ações com adolescente	<p>Na verdade, acho que venho fazendo muito pouco para prevenir tal agravo, pois, atualmente, não venho desenvolvendo nenhuma atividade educativa junto à escola, não temos grupo de adolescentes na minha área... Na verdade, não tenho no meu cronograma mensal nenhum dia para atendimento ao adolescente. E11 SER VI</p> <p>Por falta de tempo, local e organização, no momento não estamos desenvolvendo atividades nesta área. E53 SER VI</p> <p>Especificamente voltado para a adolescente, ainda NADA! E24 SER VI</p> <p>Como a nossa demanda esta excessivamente curativa, estamos (enfermeira) sem atividades preventivas. E13 SER II</p> <p>Só estou trabalhando, desde que cheguei nessa unidade usando o dia de grupo para atendimento a dengue, pois estamos passando pro uma epidemia. Mas há o PSE na escola que infelizmente estavam em greve e agora estão de férias. E 3 SER II</p> <p>Infelizmente, muito pouco, predomina a demanda espontânea. Iniciamos estratégia com o PSE (Programa de Saúde da Escola), mas logo em questão de 2, 3 meses são interrompidos e negligenciada por gestores da saúde e gestores da educação (diretores de escola). Contamos com os agentes de saúde, os que realizam boa parte das orientações aos adolescentes. E21 SER II</p>

Fonte: Representação Social/ Mapa 3 de Associação de Ideia, Fortaleza-CE, 2011.

Na falas dos enfermeiros, podemos constatar alguns desafios que enfrentam no seu cotidiano, fazendo prevalecer as atividades curativas em detrimento das preventivas, prioridades em ações contingenciais e sazonais como a atuação na epidemia da dengue, descontinuidade das ações ocasionada pela greve dos professores da rede municipal de educação, e pela própria greve dos enfermeiros.

Shimizu e Reis (2011) versaram quanto aos modos de organização das práticas cotidianas do PSF. Comprovaram que as unidades seguem predominantemente o modelo de atenção programática e de pronto atendimento individual da demanda espontânea, pois grande parte das atividades da equipe tem como centralidade o atendimento clínico, ou seja, médicos e enfermeiros ocupam-se das consultas e desenvolvem seus trabalhos isoladamente. Afirmaram em suas conclusões que esse modelo compartimentalizado de organização pautado na cura e no individualismo, sem um planejamento coletivo das ações de promoção da saúde de acordo com as necessidades da população adscrita, dificulta a mudança no modelo de atenção. Propõem maior aproximação dos trabalhadores com os resultados dos seus trabalhos, dando subsídio ao novo planejamento com articulação e integração das ações.

Almeida (2003 p. 235) pondera que “[...] à falta de respostas às necessidades da população, a própria prática do PSF, que se volta muito mais para o atendimento individual, focalizado, excluindo em parte a família como sujeito de seu viver”; pode dificultar as práticas, bem como mudanças no modelo de atenção propostos pela saúde da família.

Quanto ao processo de trabalho na ESF voltado para o modelo biomédico, não só os enfermeiros detêm essa apreensão, mas também a população. Ogata, Machado e Catoia (2009) demonstram que os usuários buscam a Unidade de Saúde da Família visando a um atendimento baseado na queixa-conduta e na procura por pronto atendimento. As ações preventivas em saúde, salvo exceções, como a imunização, não são valorizadas pela população, que não vê sentido em realizá-las, procurando os serviços de saúde para ações curativas em saúde, realizadas, em sua maioria, em consultas ou busca de medicamentos.

Gomes, Oliveira e Marques (2004) demonstram também essa limitação da atuação dos enfermeiros nas ações preventivas ao se referirem à tensão entre ações prescritivas e a liberdade de ação, refletindo, ainda, a valorização da realização de procedimentos técnicos nas unidades de saúde. Os enfermeiros afirmaram que possuem saber e que, se aplicado, poderia ser proveitoso ao atendimento das necessidades de saúde dos clientes, mas se sentem limitados no cotidiano profissional pelas rotinas programáticas da instituição. Mesmo com tais impossibilidades, os discursos dos enfermeiros apontam para importância da enfermagem no PSF no desenvolvimento dos programas, na relação direta com a clientela, na organização

da unidade de saúde e na preocupação com o desenvolvimento da profissão, no sentido de contribuir com a melhoria da qualidade de vida e dos índices de saúde da população.

Nas subcategorias percorridas, evidenciaram-se as pertencas das representações sociais nas perspectivas críticas das posições em função de uma análise dos contextos da ação do ponto de vista dos enfermeiros. Essa conscientização crítica de conduta ideológica e prática, para Jodelet (2009), possibilita que a representação social produzida pelos indivíduos ou grupo, em espaço concreto de vida, ultrapasse o estágio simples de descrição de estados representacionais, gerando correção das inadequações por meio de ações transformadoras. Assim, as representações sociais podem ser consideradas matéria-prima para a análise do social e também das ações pedagógicas e políticas de transformação (MINAYO, 2007).

Na Teoria das Representações Sociais, é importante destacar o Vocabulário das emoções, onde Harré reflete sobre a íntima relação entre o domínio individual de um vocabulário e o repertório das emoções disponíveis, quando das interações coletivas e sociais. O repertório que serve para designar referentes específicos influencia e é influenciado pela maneira como a responsabilidade é atribuída pela ordem moral local. Tais asserções são reforçadas pelo autor, ao dizer “Em certos casos, esta ordem se atualiza em práticas que responsabilizam o indivíduo, enquanto em outros, as responsabilidades morais recaem unicamente em um grupo”. (HARRÉ, 2001, p. 106).

Assim, ao se associarem representações e práticas em saúde, não é intenção levar a crer na existência de uma relação linear entre representações sociais e práticas, mas considerar que, sendo as representações um saber prático, esse se estrutura como um guia de comportamentos e atitudes. Dessa forma, depreendem-se a importância de seu conhecimento quando da estruturação das estratégias do PROSAD, bem como da avaliação destas, no cotidiano de trabalho.

5.2.6 Representação social do enfermeiro sobre o conhecimento e contribuição do SINASC e SIM para o planejamento das ações de prevenção da gravidez na adolescência

O estudo da representação social tem larga expressão em investigações qualitativas, possuindo diversas abordagens metodológicas. Avalia a forma como o indivíduo se conduz no ambiente social, material e ideativo, orientando a conduta, a comunicação social e estabelecendo uma realidade sociocultural comum (MINAYO, 2007).

Com efeito, o mapa 4 traz as representações sociais da contribuição dos sistemas de informação SIM e SINASC no planejamento das ações de prevenção da gravidez precoce, na apreensão dos enfermeiros. Essa categoria foi definida anteriormente, mas, em razão da análise dos núcleos dos sentidos, foi dividida em quatro subcategorias: Conhecem e utilizam; Conhecem e questionam a qualidade; Conhecem e não utilizam; e Desconhecem os sistemas, – consoante descrito no Quadro 12.

Quadro 12 - Apresentação das subcategorias simbólicas da representação social do enfermeiro sobre a contribuição do SIM e SINASC no planejamento das ações de prevenção da gravidez precoce, Fortaleza-CE, 2011

Sub-categorias	Unidade de análise discursiva
Conhecem e utilizam os sistemas	<p>São ferramentas imprescindíveis para planejar e agir (intervir) tanto na prevenção ou até mesmo traz a reflexão para agir de forma a investigativa/epidemiológica, quando frente a um óbito, por exemplo. Entretanto, tenho percebido lacunas em fortaleza, no sentido do acesso a esses sistemas, tanto pela conjuntura macro, como a forma de organização da maneira de trabalho da ESF. E27 SERII</p> <p>São dados importantes que vincula informações sobre mortalidade, bem como, dados transversais e dados sócio demográficos. São importantes para pesquisas e desenvolvimento de políticas publicas de enfrentamento de gestão negativa dos dados. E18 SERII</p> <p>São sistemas demais para a condução do trabalho de planejamento e ação desse processo...vale salientar que esses sistemas nos dão uma gama de informações que nortearão nosso processo de trabalho em outros contextos. E19 SERII</p> <p>É importante porque dimensiona o problema. Assim, as ações poderão ser planejadas e implementadas. E4 SERVI</p> <p>Trata-se de uma valiosa ferramenta... dar para a unidade traçar o perfil e poderá direcionar a assistência prestada. E12 SERVI</p> <p>É uma fonte importante para levantamento de dados epidemiológico, que nos permite direcionar ações. E33 SERVI</p> <p>Com esses sistemas é possível ter um indicador... pode traçar o perfil de um bairro/cidade/estado e ver onde estão os problemas par se verificar ações que possam reverter o quadro e assim traçar estratégias. E48 SERVI</p>
Conhecem e questionam a qualidade dos sistemas	<p>Considero o sistema falta, pois as informações por vezes são incompletas ou dados trocados. E51 SER VI</p> <p>As informações ainda são desconstruídas. E26 SER VI</p> <p>Infelizmente, o sistema de informação ainda são muito falhos, não são alimentados diariamente. Seria excelente se pudéssemos utilizá-los. E 46 SER VI</p> <p>Bonito na teoria, mas falho na prática. E36 SER VI</p> <p>Acredito que números não mostram a realidade. E38 SER VI</p>
Conhecem e não utilizam os sistemas	<p>Dentro da minha realidade, não tenho muito acesso a eles. Usamos mais frequentemente as informações dos Agentes comunitário de saúde e da própria Unidade de Saúde. E34 SER VI</p> <p>Não tenho acesso ao SINASC e SIM. E22 SER II</p> <p>Sistemas não exercidos na pratica; falta de computador no postos. E61 SER VI</p> <p>Não analiso esses sistemas. Fazemos a notificação quando tem mortalidade infantil e materna. E19 SER VI</p> <p>Importante para a avaliação das situações e para o planejamento de ações e estratégias, apesar de não fazer uso desses sistemas diretamente, os dados são separados pela regional. E29 SER II</p> <p>É um sistema importante, mas que na pratica estes dados “nunca” são analisados e traçadas ações a partir destes. E11 SER II</p>
Desconhecem os sistemas	<p>Aqui em Fortaleza, eu desconheço as informações do SINASC e SIM, mas sei da valiosa importância desses números para o planejamento das ações em todas as esferas públicas de saúde. E56 SER VI</p> <p>Não conheço o SIM e SINASC. E7 SER II</p> <p>Nunca utilizei e não tenho conhecimento sobre os mesmos. E14 SER VI</p>

Fonte: Representação Social/ Mapa 4 de Associação de Ideia, Fortaleza-CE, 2011.

Nos discursos apresentados na subcategoria, conhecem e utilizam os sistemas. As informações de nascimento e morte contidas na base de dados SINASC e SIM, estão sendo

analisadas como instrumento na tomada de decisão em saúde por enfermeiro, no planejamento das ações de prevenção de gravidez precoce, no âmbito da Estratégia da Saúde da Família, considerando que o acesso a esses bancos de dados foi facilitado quando a Célula de Vigilância Epidemiológica implantou a Unidade de Vigilância Epidemiológica no nível local, disponibilizando equipamento de informática (computador) para cada Centro de Saúde da Família (FORTALEZA, 2006).

O acesso às informações do SINASC e SIM não deve ser considerado apenas como um instrumento sistêmico-funcional de competências dos gestores no âmbito central das Secretarias Executivas Regionais e Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, mas, sobretudo, como um processo de relações/conhecimento de todos os que fazem saúde no Município, considerando que eles permitem analisar os números, no cotidiano dos serviços, e norteiam os processos de intervenção. A utilização das informações em saúde precisa fazer sentido no cotidiano de trabalho. Alguns enfermeiros que participaram do estudo utilizam os sistemas e revelam a sua importância.

É oportuno destacar o fato de que a informação em saúde é uma área do conhecimento da saúde coletiva, por estar inserida nas políticas públicas de saúde para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva. Benito e Licheski (2009) demonstraram que as informações dos eventos vitais, ou seja, nascimento e morte, são ferramentas importantes na análise da produção de ações de saúde, nas tomadas de decisão e na reconstituição de modelo assistencial, possibilitando aos gestores e profissionais de saúde, dentre eles os enfermeiros, alcançarem a autonomia no desenvolvimento de seu trabalho em saúde.

Na subcategoria Conhecem os sistemas e questionam a qualidade, os enfermeiros, mesmo reconhecendo a importância do SIM e SINASC, identificaram inconsistências.

Fortaleza trabalha no intuito de melhorar a cobertura e qualidade do SIM e SINASC, com a implantação descentralizada da digitação diária das DNV nos estabelecimentos que compõem a rede de informação da Capital. Em 2004, a CEVEPI, incentivada pela Portaria nº 2.529, instituiu a vigilância epidemiológica no âmbito hospitalar, implantou nove núcleo hospitalar de epidemiologia (NUHEPIs) na esfera municipal, objetivando a vigilância à saúde e o monitoramento de nascimento, óbito e doenças e agravos, de notificação compulsória e outros eventos emergentes, reemergentes e inusitados de relevância para a saúde pública. Em 2009, os NUHEPIs tiveram reconhecimento oficial por meio da Portaria nº 42/2009. Essa descentralização vislumbra uma melhoria na qualidade da

informação, pelas avaliações desencadeadas, *in loco*, no sentido promover a agilidade e evitar as inconsistências e as incompletudes na DO e DNV (FORTALEZA, 2009).

Na perspectiva de descentralização, Branco (2006) enfatizou a importância que a informação assume na sociedade moderna e a transformou em recurso estratégico de poder em todas as áreas, recomendando que a descentralização no setor saúde não se restrinja a ações em serviços, mas privilegie também a descentralização da informação. Asseverou que essa amplitude possibilita superar a prática da relação vertical entre esferas de governo e caminhar no sentido da parceria gerencial, capaz de contribuir para minimizar as desigualdades regionais e otimizar a utilização de recursos.

Mello-Jorge, Laurenti e Gotlieb (2007) destacam que a finalidade da informação em saúde consiste em identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis opções de encaminhamento. Assim, as informações em saúde devem abranger as relativas ao processo saúde/doença e as de caráter administrativo – todas essenciais à tomada de decisão.

Quanto ao uso de informação no processo de trabalho, pesquisa realizada por enfermeiras da Universidade de Londrina, em foz do Iguaçu, concluiu que o cuidado de enfermagem é amplo e complexo e exige a atenção, obstinação, dedicação para olhar e enxergar em dados estatísticos direcionadores reais e potenciais para aumentar a qualidade das ações e benefícios aos usuários. Destacam que o cuidado baseado em fontes de informações oferece visibilidade e autonomia ao desempenho do enfermeiro, nos distintos contextos de atuação. Concluem que os benefícios são notórios para a equipe de saúde, usuários e a própria instituição de saúde, e recomendam ao enfermeiro a utilização das informações em saúde, no planejamento das ações de cuidado, em especial a grupos vulneráveis, como adolescentes, pois facilita a avaliação da qualidade e quantidade das intervenções efetivadas (RODRIGUES; ZAGONEL, 2010).

Mello-Jorge, Laurenti e Gotlieb (2007) refletiram sobre a informação de má qualidade, e a ausência de intercâmbio dos sistemas pode ensejar desmotivação dos profissionais quanto ao acesso às bases de dados. Estudo verificou que o SIM e o SINASC obtêm, embora lentamente, uma melhora da qualidade. Atribui às facilidades no campo da informática e descentralização da informação, que resulta no aumento de sua abrangência e a possibilidade do aprimoramento e se tornam mais factíveis. É preciso, entretanto, motivar, sensibilizar e orientar os gestores e profissionais quanto ao uso dos dados de mortalidade e de nascidos vivos na elaboração de indicadores e a sua utilização no planejamento das ações.

Portanto, a qualidade da informação está diretamente relacionada à sua fidedignidade por meio da codificação correta na fonte (*in loco*) e sobre uma base consistente em todas as etapas desse processo, ou seja, coleta, processamento e análise dos dados.

Na subcategoria Conhecem e não utilizam os sistemas, o processo de descentralização da informação em Fortaleza, com a disponibilidade de equipamento de informática para esse fim, nos centros de Saúde da Família, não foi suficiente para garantir o acesso às bases de dados. Nas unidades discursivas desta subcategoria, os enfermeiros revelam que conhecem esses sistemas, mas não utilizam, e elencaram algumas inconformidades.

Essas considerações (significações) mostram que, apesar de pouco utilizados, os indicadores epidemiológicos são importantes na programação em saúde, no sentido de se obter melhor compreensão do modelo assistencial e de seus problemas, colaborando para sua reorientação, onde e quando se fizer necessário. Portanto, os sistemas de informação em saúde devem permitir que os trabalhadores tenham acesso às atualidades, à profundidade das informações, para que sirva de apoio no processo decisório.

Benito e Licheski (2009) concordam com essa ideia, quando recomendam que esses sistemas disponibilizem, de forma rápida, fácil e segura as informações, permitindo que os profissionais da saúde busquem conhecimentos e se tornem capacitados, criativos e competentes para atuar com a complexidade do trabalho em saúde dentro do sistema de saúde brasileiro, visando a consolidar a política do SUS. Refletiram, ainda, sobre o que é a gestão do trabalho em saúde e como os sistemas de informação contribuem para o fortalecimento de ações e processos de saúde.

A subcategoria desconhece os sistemas no cenário atual dos serviços de saúde. A informação fez-se a base para o desenvolvimento das instituições, tornando os sistemas um instrumento essencial para a gestão do trabalho, contribuindo no que diz respeito às ações de gerenciamento, monitoramento, desenvolvimento e avaliação do trabalho em saúde (ROTTA; ANDRADE, 2004).

A força construtiva das práticas discursivas quanto ao uso da informação em saúde se acha em poder prover posições de pessoas, uma posição que incorpora repertórios interpretativos, assim como na localização, num jogo de xadrez, inevitavelmente, permeado por uma relação de poder. As práticas discursivas implicam, necessariamente, repertórios e posições identitárias (SPINK; MEDRADO, 1999).

Portanto, nas práticas discursivas de alguns enfermeiros evidenciam não conhecer os sistemas SINASC e SIM, mas admitem que os sistemas de informações que conhecem são importantes no planejamento das ações, a exemplo do SIAB.

Refletindo sobre esse desconhecimento, Benito e Licheski (2009) ponderaram que, num mundo em constante evolução tecnológica e modernização das atividades, tornou-se importante que as entidades de qualquer área de estudo sejam públicas ou privadas, se adaptem às novas perspectivas de disseminação das informações e rapidez na transmissão de conhecimento. As autoras destacaram o fato de que esses avanços resultaram na Era da Informação que está dando origem à Era do Conhecimento, e os sistemas de informação tornaram-se um dos principais recursos computacionais capazes de propagar, de maneira rápida, fácil e segura, as informações necessárias para mediar e auxiliar os profissionais no processo de trabalho.

Perteline e Zagonele (2006) complementam, expressando que os sistemas de informação constituem recursos tecnológicos capazes de potencializar a efetividade das ações dos profissionais de saúde, pois estes se tornaram uma ferramenta de apoio às atividades, auxiliando na tomada de decisão e aquisição de conhecimento. O uso dessa tecnologia resulta em profissionais criativos, capazes de mudar a realidade e melhorar o atendimento dos serviços de saúde, por meio de ações de inovação de processos de saúde, e, conseqüentemente, potencializam suas competências pessoais e coletivas no trabalho em saúde.

Branco (2006) recomenda superar os desafios de caráter administrativo na busca dessas informações, considerando que sua finalidade consiste em identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para análise da situação encontrada e subsidiando na busca de possíveis opções de encaminhamento.

A pesquisa *O trabalho do enfermeiro apoiado nos sistemas de informação em saúde* encontrou resultado semelhante, e mostrou que, apesar de pouco utilizados, os indicadores epidemiológicos são importantes na programação em saúde, pois, dada a própria natureza, dos dados usados na sua feitura, estes permitem recuperar as informações sobre a população como um todo, não se restringindo apenas à clientela usuária SUS.

Somente com estas informações, se pode obter melhor compreensão do modelo assistencial e de seus problemas, colaborando para sua reorientação, onde e quando se fizer necessário. Enfatiza, também, a importância do uso de informações epidemiológicas para a

avaliação da qualidade dos serviços de saúde, contribuindo para a identificação e correção de pontos de estrangulamento da atenção à saúde (BENITO; LICHESKI, 2009).

Mello-Jorge, Laurenti e Gotlieb (2007), ponderaram quanto ao conhecimento e acesso aos sistemas, analisando criticamente o fato de que, em pleno século XXI, Era da Tecnologia da Informação, ainda é comum o profissional revelar que não dispõe de TI ou que os dados não são confiáveis. Nesse debate, advém a questão de que, por mais precárias que possam ser essas fontes, devem ser consideradas no planejamento do processo de trabalho.

Assim, o acesso às informações, seja do SINASC e SIM, ou de outras bases de dado, torna-se fundamental na atuação do enfermeiro, pois o fluxo articulado das informações no processo de trabalho em saúde deve ser visualizado como o eixo norteador para a potencialização e efetividade das ações de saúde, sobretudo no âmbito local da ESF.

Ao utilizar a Teoria das Representações Sociais na apreensão da contribuição das informações em saúde no cotidiano de trabalho dos enfermeiros da Saúde da Família, buscamos compreender de forma ampliada a realidade cotidiana desses enfermeiros, sem isolá-los de sua vida e de sua história, compreendendo o pensamento individual e o social, e a relação entre o pensamento dos enfermeiros e sua prática.

5.2.7 Representação social dos enfermeiros sobre as dificuldades encontradas para o desenvolvimento das ações de prevenção da gravidez na adolescência

O mapa de associação de ideias 5 consta das representações sociais quanto às dificuldades identificadas pelos enfermeiros na atenção ao adolescente. Essa categoria demonstra a apreensão de elementos redutores de ações e de autonomia do enfermeiro que demanda interferência significativa no processo de trabalho nas unidades de Saúde da Família. Na análise, foram identificadas quatro subcategorias: Drogas; Falta de adesão dos adolescentes; Condições de trabalho precários relacionadas à sobrecarga, espaço físico e gestão de insumos; e Falta de capacitação para trabalhar com adolescente, as quais estão explicitadas no Quadro 13.

Quadro 13 - Apresentação das subcategorias simbólicas das representações sociais dos enfermeiros sobre as dificuldades para realizar ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente, Fortaleza-CE, 2011

Subcategorias	Unidade de análise discursiva
Drogas	<p>As drogas ilícitas são grandes obstáculos na criação de vínculos com as adolescentes. E22 SER VI</p> <p>Hoje o principal problema é a droga, em destaque o crack. As garotas acabaram se prostituindo para a manutenção do vício e sem proteção nenhuma. A pouca educação também dificulta as ações de prevenção. Quando menos educação mais difícil é. E4 SER VI</p> <p>Relativo à área que atuo: uso de drogas ilícitas, falta de controle dos pais, falta de tempo no trabalho para dinamizar essa temática. E1 SER II</p> <p>Drogadição, violência, desacreditação do estado por parte dos jovens e de suas famílias. Escolas deficitárias, baixa escolaridade e quando o jovem consegue conclusão do ensino médio, esse é de baixíssima qualidade. E20 SER II</p>
Falta de adesão dos adolescentes	<p>A maior dificuldade que tenho enfrentado é não só formar, como dar sustentabilidade a um grupo de adolescentes, pois é um público alvo diferenciado, que exige outras metodologias, é de difícil adesão. E27 SER II</p> <p>A dificuldade em perpetuar os grupos de educação em saúde, no fato de iniciarem e continuar com a adesão ao grupo. E2 SER VI</p> <p>Falta de adesão dos adolescentes; falta de orientação quanto à importância deste assunto nas escolas pelos professores, falta de interesse dos adolescentes. E61 SER VI</p> <p>Por ser uma capital, há uma demanda enorme de ações na área da saúde da família, as adolescentes não criam muito vínculos com a equipe e há dificuldade do interesse coletivo das ações. E16 SER II</p> <p>Os grupos de adolescentes é uma estratégia bem interessante, mas os jovens não se sentem estimulados a participarem. E59 SER VI</p>
Condições de trabalho precárias	<p>Dificuldades quanto à disponibilidade de tempo na agenda profissional, já que possuímos uma demanda exacerbada e inúmeros programas para o atendimento, acarretando numa sobrecarga de trabalho. Como também, espaço físico na unidade de trabalho e a falta de interesse e motivação por parte do público adolescente em participar dos grupos de educação em saúde. E30 SER VI</p> <p>Demanda excessiva impossibilitando atividades extra-muro. E 17 SER II</p> <p>Não tenho sala fixa, isto dificulta a chegada até a minha pessoa; sobrecarga de programas. Tudo para todos; reuniões, ações futuras... muita responsabilidade territorial que contam com o PSF; ACS desmotivadas, despreparados, médicos também. Sou uma pessoa “sozinha” para conduzir. Isto faz com as ações deixem a desejar. E16 SER VI</p> <p>Adesão dos jovens, atividade específicas para atraí-los, falta ambiência. E4 SER II</p> <p>Falta de interesse do adolescente e por falta de recursos materiais para as atividades (papel, caneta, TV, vídeos), falta local de educação continuada. E9 SER II</p> <p>Adesão da adolescente, tendo em vista que não é fácil de trabalhar as atividades desenvolvidas pela equipe. Falta de interesse dos outros setores em relação ao tema. Falta de insumos, instrumento de trabalho para as ações desenvolvidas. E 43 SER VI</p> <p>Pouca adesão das adolescentes da área ao grupo específico para essa faixa etária. Dificuldades da regional para dar início ao programa de saúde nas escolas, já que uma das temáticas que nós enfermeiros vamos trabalhar com as adolescentes é a prevenção da gravidez na adolescência. Inexistência de material educativo para o trabalho desse tema com as adolescentes, dessa forma, nós estamos formulando o material a ser utilizado. E 58 SER VI</p> <p>Não temos espaço físico para trabalhar com grupo. Não há disponibilidade de anticoncepcionais para os adolescentes, como a camisinha. Demanda de atendimento volumoso. E16 SER II</p>
Falta de capacitação na saúde do adolescente	<p>Falta de habilidade e manejo para trabalhar esse grupo. E14 SER II</p> <p>Falta de formação para desenvolver ações com adolescente, por se tratar de um público específico. Planejamento efetivo das ações por parte de nós mesmos. Falta de insumos e investimento na área. Ausências de uma política municipal que realmente intervenha e responda as necessidades desse público. E29 SER II</p> <p>Falta de preparo técnico por carência de treinamento. Carência de material educativo. Pouco entrosamento com as escolas do bairro. Membros da equipe não trabalham com a mesma linguagem. Carência e limitação de opções dos métodos contraceptivos. Ausência de espaço físico na Unidade para trabalhar o grupo. E29 SER VI</p> <p>Tenho dificuldade em trabalhar grupos de adolescentes, talvez por não me sentir devidamente capacitada. E35 SER VI</p> <p>Déficit de capacitação, principalmente para trabalhar com o público adolescente. Insegurança no meio ambiente de trabalho o que causa receio de trabalhar com temas relacionado à droga (muitas gestantes adolescentes se drogam. Onde trabalho, muitas são mulheres de traficantes). Déficit de intersetorialidade em alguns contextos. Métodos contraceptivos em quantidade insatisfatória. E19 SER II</p> <p>Falta de treinamento, visto que estou formada a mais de 10 anos e infelizmente a Prefeitura quando oferece treinamento é só para alguns profissionais. E3 SER II</p>

Fonte: Representação Social/ Mapa 5 de Associação de Ideia, Fortaleza-CE, 2011.

A subcategoria Droga constitui um problema de saúde pública de grande magnitude, pela ação devastadora na vida dos usuários, traficantes e vítimas, conseqüentemente, implicações na área da saúde, educação, econômica, social, justiça e segurança pública.

A Organização Mundial da Saúde identificou o fato de que o uso do cigarro, do álcool e das drogas ilícitas está entre os 20 maiores problemas de saúde no mundo (WORLD HEALTH ORGANISATION, 2002). É importante refletir, pois, sobre as possibilidades de atuação dos profissionais de saúde do Programa Saúde da Família no combate a essa realidade, considerando que os adolescentes estão inseridos nesse campo como coadjuvantes. Para o enfermeiro, a drogadição representa uma limitação nas ações de promoção da saúde do adolescente, conforme explicitam em suas falas.

Estudo de Oliveira, McCallum e Costa (2010) mostra que situações vivenciadas pelos agentes comunitários de saúde no cotidiano de suas relações sociais e profissionais os levam a representar o consumo e tráfico de drogas como problemas que atingem a todos. O consumo de drogas, no entanto, não é assumido como um problema de saúde no contexto assistencial em que atuam. Assim, os autores consideraram que o estudo das representações sociais constitui ferramenta útil para revelar estereótipos e compreender aspectos psicossociais acerca do fenômeno das drogas e, conseqüentemente, favorecer sua visibilidade como problema de saúde pública e subsidiar a Equipe de Saúde da Família nas diversas dimensões do cuidado.

A esse respeito, Barros e Pillon (2006), com o objetivo de identificar no Programa Saúde da Família os desafios e potencialidades em relação ao uso de drogas, evidenciaram algumas fragilidades no cotidiano do profissional no PSF, dentre elas o fato de que pouco se abordam os problemas relacionados ao uso de drogas. Elencaram possibilidades de enfrentamento na atenção primária, tais como: ações intersetoriais, ou seja, atuação em rede, com destaque para a articulação com a saúde mental; responsabilização e formação de vínculo da equipe com as famílias, facilitar o acesso e promover o acolhimento com classificação de riscos e vulnerabilidades e, sobretudo, capacitar a equipe com formação específica dessa temática.

As representações dos enfermeiros, quanto à compreensão e apreensão das dificuldades na interface droga e prevenção da gravidez precoce, demandaram uma ponderação e consideração das tendências atuais de vida, induzindo os adolescentes a assumirem comportamentos para os quais não estão preparados, como experimentar drogas e iniciar relacionamento sexual precocemente; compreender que, nessa fase da vida, eles se

tornam mais vulneráveis pela ansiedade de viver, tudo rápido e intensamente, e, com isso, acabam sem espaço para reflexão e julgamento.

Para Fonseca, Gomes e Teixeira (2010), as vulnerabilidades e riscos estão atrelados às características próprias do desenvolvimento psicoemocional, como o sentimento de imunidade, a onipotência, o desejo de experimentar coisas novas. Por outro lado, a timidez e a baixa autoestima podem torná-los potencialmente frágeis, levando-os à vinculação com soluções externas inadequadas para os seus problemas, como o uso de drogas.

Antagônicos aos fatores de riscos, Zweig, Phillips e Lindberg (2002) evidenciaram a importância de a Equipe da Saúde da Família potencializar os fatores de proteção e os identificaram em seis domínios: individual – atitudes e predisposições; meio familiar – relações familiares e atitudes parentais; escola – clima seguro ou inseguro; amigos – envolvimento ou não com drogas; sociedade – tendências econômicas, falta de emprego; comunidade – organização ou desorganização.

Schenker e Minayo (2005) observaram que o vínculo entre o adolescente e seu pai intensificou os efeitos protetores, tais como o comportamento formal do adolescente, as características maternas positivas e a harmonia marital, atuando positivamente na prevenção ao uso de droga. Oliveira e Sá (2001) abordaram o tema das drogas na interface adolescente e família, destacando a importância da comunicação, que a ausência potencializa o distanciamento e as dificuldades dessa relação e a sua fluência como elemento de aproximação.

Pinheiro (2004, p. 352) abordou sobre esse direito de proteção, numa reflexão crítica das práticas de proteção “[...] que se caracteriza em ações de benemerência, filantropia e compaixão, através de políticas públicas focalistas, seletivas e voltadas para os mais carentes, distanciando-se do caráter inclusivo e das garantias dos direitos.”

Além desses aspectos anteriormente abordados, para Schenker e Minayo (2005), no processo de trabalho, é importante considerar as ações intersetoriais, ou seja, compreender que as representações sociais que levam à adesão às drogas dependem do contexto sociocultural, e entender também que a prevenção do abuso de drogas é sinônimo de vida saudável, empreendimento tão importante para os jovens, que deve incluir a família, a escola, o grupo de pares e a comunidade. Tal abordagem requer uma difícil (mas factível) articulação dos serviços de saúde, social, educacional, numa visão multidisciplinar e como responsabilidade de criar oportunidades para o envolvimento familiar na promoção e desenvolvimento das habilidades dos jovens.

Segundo Kodjo e Klein (2002), esse desenvolvimento inclui o planejamento de vida. Eles relataram que os adolescentes que têm objetivos definidos e investem no futuro apresentam menor probabilidade de usar drogas, porque o uso interfere em seus planos.

O uso de drogas pelo adolescente compromete a aproximação não somente dos serviços de saúde, mas da família, escola e sociedade; compromete igualmente a sua saúde, pela diminuição do nível de consciência, acreditando ser onipotente e imune a todos os perigos. A droga, no entanto, os deixa mais vulneráveis, pela perda da capacidade de avaliação, e os riscos tornam-se mais iminentes.

Portanto, são imprescindíveis a qualificação do enfermeiro e o apoio institucional para o enfrentamento da problemática das drogas de forma intersetorial, com ações de promoção e proteção e assistência ao adolescente e família; e reconhecer que ambos são complexos e demandam multiações que envolvem os três níveis de atenção – primário, secundário e terciário.

Assim, para o enfermeiro, é indispensável a formação nesse campo, no contexto de prevenção à drogadição, no sentido de desenvolver competência no conhecimento, habilidade e atitude e dispor de condições de trabalho, com protocolos, fluxograma e referências e contrarreferência para os centros de atenção psicossocial (CAPS) e com isso propiciar condições de adesão do adolescente às ações promovidas pelos enfermeiros na saúde, por meio de ações intersetoriais.

Na subcategoria Falta de adesão do adolescente, há representação social da falta de motivação do adolescente de se integrar como protagonista no contexto da Saúde da Família. Constitui este um grande desafio para o enfermeiro, é necessário também rever sua prática em decorrência de novos paradigmas desse modelo assistencial. Assim, é indispensável repensar os processos de trabalho e adotar metodologias, instrumentos e conhecimentos diferentes dos atualmente instituídos.

Pesquisa realizada no Rio de Janeiro identificou a falta de adesão e mostrou que as adolescentes não buscam os serviços de saúde visando à prevenção para o exercício pleno de sua sexualidade. Na verdade, aquelas que procuraram os serviços de saúde ou planejamento familiar o fizeram com o intuito de prevenir somente uma futura gravidez. Essa adesão contingente é refletida de forma crítica pelas autoras em suas conclusões quando dizem “[...] mais que planejar, a adolescente necessita de serviços que lhe ofereçam a possibilidade do exercício pleno e protegido de sua sexualidade”, ou seja, que lhe garantam seus direitos sexuais e reprodutivos.” (BARRETO; SANTOS, 2009, p. 805).

É salutar a identificação dessas lacunas; bem como dos mecanismos de facilitação do acesso do adolescente aos serviços para garantias dos seus direitos. Faz-se necessário, então, o enfermeiro pesquisar os motivos da falta de adesão e atentar para alguns fatores que prejudicam a acessibilidade aos serviços, tais como: dificuldade para agendar consultas; falta de privacidade e confiabilidade; falta de material e insumos e falta de flexibilidade para atender fora dos horários agendados; – dispositivos estes que comprometem a qualidade, continuidade e a formação de vínculo com a equipe. É nesse ambiente multidimensional que a enfermeira atua, devendo proporcionar ao adolescente uma atenção acolhedora, ética, resolutiva e humana. Vale ressaltar que, quanto mais os serviços se tornam eficazes e acolhedores, mais os adolescentes irão procurá-los.

Quanto à formação de vínculo, merece a compreensão da filosofia de Saúde da Família como estratégia para a reorientação do modelo assistencial, a partir da organização da atenção básica, com princípios e diretrizes voltados para a família e comunidade, dentre eles o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e população.

Esta asserção foi evidenciada em Cajuri, Minas Gerais, onde 48,6% das gestantes apresentavam uma concepção do PSF como uma estratégia que proporcionava a criação de vínculos entre a equipe e a população, e com isso promovendo a organização da atenção primária de saúde do Município. Restou evidenciado, também, que 76,5% ressaltavam a existência de uma confiança e de cuidado entre usuário e os profissionais, expresso no acompanhamento contínuo realizado pelas equipes de PSF e pela satisfação com os serviços oferecidos (GOMES *et al.*, 2011).

Essas diretrizes aplicadas ao adolescente requerem aproximação, assiduidade e participação nas ações de promoção da saúde e assistência promovida pelo enfermeiro. O vínculo com os usuários estimula a autonomia e a cidadania, amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço de encontro e relações deve ser utilizado para a consolidação de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há estabelecimento de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito (GURGEL *et al.*, 2008; SCHIMITH; LIMA, 2004).

Um dos pilares do ESF é a formação de vínculos com a comunidade, o que implica mais responsabilidade dos profissionais no que concerne à saúde da população. Essas concepções ficaram evidenciadas nos discursos dos enfermeiros, evidenciados nessa subcategoria. Leite e Veloso (2008) destacaram, também, a importância dessa responsabilização, de modo que a população se ache amparada e estimulada pela equipe.

A despeito das dificuldades, os enfermeiros revelam a importância das parcerias com a escola e a comunidade. Essa representação também foi identificada em estudo realizado em Campina Grande, onde se constatou que as ações intersetoriais dão-se de forma incipiente, mas os autores acreditam que essas ações são determinantes para os avanços do SUS, pois surgem como uma nova possibilidade para minimizar os problemas sociais numa visão integrada de superação, com a otimização dos recursos dentro do território (LEITE; VELOSO, 2009).

As dificuldades identificadas na subcategoria – Condições de trabalho precárias, apreendidas pelos enfermeiros, merecem destaque, espaço físico inadequado; deficiência de apoio logístico; grande demanda espontânea de usuário e ações de cunho curativo no âmbito da unidade de saúde, ensejando uma sobrecarga de trabalho. Essa sobrecarga limita a elaboração de agenda com prioridade para ações de promoção da saúde e atividades intersetoriais, ou seja, ações que extrapolem os muros do serviço de saúde. A esse respeito, Leite e Veloso (2009) advertiram para o fato de que essas dificuldades produzem sofrimento para os enfermeiros, determinado em grande parte pelas condições precárias de trabalho.

O excesso de funções e as reclamações da sobrecarga de trabalho foram também evidenciados por Centa e Almeida (2003), onde os profissionais da ESF reuniram alguns fatores desencadeantes, como: população de risco, falta de profissionais para a equipe, demanda excessiva e descaso de alguns membros da equipe, sejam por baixa qualificação ou pouco envolvimento com o programa, atribuição profissional e cobrança de produtividade.

Os fatores de motivação e insatisfação no trabalho dos enfermeiros das instituições públicas de saúde foram estudados em Aracaju, onde as condições de trabalho são fator principal para produzir motivação ou insatisfação, superando até mesmo a remuneração. As instituições contavam com número reduzido de enfermeiros, acarretando um sobrecarga de trabalho, que, somando as condições desfavoráveis “[...] afetar a necessidade de autorealização, á medida que não se consegue resolver os anseios do cliente e suas próprias exigências em relação á qualidade dos serviços prestados.” (BATISTA *et al.*, p. 90).

Essas dificuldades também foram evidenciadas por Gurgel *et al.* (2010 b) trabalho no qual os enfermeiros da ESF de Fortaleza-CE destacaram a sobrecarga de trabalho como inconformidade que dificulta o planejamento da atenção ao adolescente, atribuindo a essa sobrecarga três fatores preponderantes: o número de famílias que extrapola o parâmetro máximo estabelecido pela ESF; a equipe incompleta; e a demanda de áreas descobertas de Equipe da Saúde da Família, que, pelo princípio da universalidade do SUS, não pode deixar de atender e de fazer os encaminhamentos devidos.

Para enfrentar essas inconformidades, a reorientação dos serviços de saúde, premissas de reformulação do modelo assistencial no Brasil por meio da ESF, configura-se como um dispositivo de superação.

A pesquisa *Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial* - abordou os desafios desta estratégia quanto às práticas de saúde no contexto da atenção primária. Evidenciou o fato de que, mesmo com os avanços reconhecidos nesses anos de existência, surgiram ainda questionamentos quanto ao papel do PSF. Suas estruturas continuam permeáveis ao modelo hegemônico que corrompe o trabalho cotidiano. Recomendou mudanças nas práticas de saúde, especialmente no que tange à produção de cuidados. Estas são necessárias e esse processo de reconstituição implica muito labor. Essa reorientação, no entanto, possibilita que se estabeleçam práticas de saúde mais solidárias, acolhedoras e, conseqüentemente, mais resolutivas (COSTA *et al.*, 2009).

Para atender a essa demanda da ESF, pautada na reorientação dos serviços de saúde, as unidades precisam também de (re) estruturação do seu espaço físico, no intuito de promover um acolhimento e um atendimento dignos, bem como dispor de espaços para realização de Educação em Saúde Coletiva, onde os adolescentes possam se achar seguros nos aspectos éticos, da confidencialidade e sigilo.

Fortaleza, em 2006, ampliou as Equipes de Saúde da Família de 100 para 307, com a realização de concurso público. Investiu também na ampliação e redimensionamento do espaço físico de muitas unidades de saúde (FORTALEZA, 2007), mas, pelos relatos, essas ações não foram suficientes. Essas implicações funcionais quanto à estrutura física adequada para as equipes de PSF, foram aspectos evidenciados por Centa e Almeida (2003), que nos relatos, disseram que o espaço físico das unidades de saúde não é compatível para atuar em PSF, a demanda aumenta e o espaço continua o mesmo.

Outro aspecto significativo na representação social dessa subcategoria foi a falta de ambiência. Em corroboração desse contexto, Gurgel *et al.* (2010a) encontraram que, para os enfermeiros, a adesão às ações de Educação em Saúde pelo adolescente está diretamente ligada ao desenvolvimento de um ambiente favorável à saúde. Destacaram que o ambiente favorável à saúde é um dos campos da promoção da saúde expressos na Carta de Otawa, e que este não pode ser compreendido apenas na dimensão do espaço físico, mas como *locus* social, profissional e de relações interpessoais, em que estão envolvidos os aspectos psicológicos, culturais, subjetividade e simbolismo.

Portanto, as deficiências operacionais, estruturais e organizacionais têm implicações diretas na atuação do enfermeiro, e contribuem para o afastamento do adolescente

da unidade de saúde, com implicações negativas no processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família.

Centa e Almeida (2003) procuraram retratar a preocupação dos profissionais que atuam em PSF sobre o impacto de suas estratégias no processo de trabalho e puderam observar que os profissionais de saúde relatam que o PSF possui pontos positivos, negativos e significado de atuar no PSF. Dentre os pontos negativos, sobressaíram falta de recursos, o excesso de funções, a baixa qualificação profissional, a falta de entrosamento da equipe, a falta de consciência e conhecimento do programa por parte da população, a insatisfação da população, os riscos enfrentados, aspectos políticos e sistema de referência. Concluíram que o PSF é uma estratégia capaz de melhorar a qualidade de vida da população, mas, para isso acontecer, há necessidade de melhor gerenciamento de políticas locais, aumento de recursos financeiros e humanos, além de melhor capacitação profissional.

Leite e Veloso (2009), que analisaram os limites e avanços do PSF com suporte nas representações sociais, evidenciaram o impacto positivo causado por esse modelo assistencial, mas chamam a atenção para as dificuldades enfrentadas para o cumprimento dos princípios do programa, principalmente em relação à estrutura física.

No tocante a resultados similares, Rodrigues, Lima e Roncalli (2008) explicitaram dificuldades no cotidiano de trabalho nos serviços de saúde, e observaram a falta de infraestrutura nas unidades do PSF, constituindo assim, um problema de estrangulamento do programa, visto que dificulta de forma significativa a efetivação das ações de saúde e, conseqüentemente, a produção do cuidado durante trabalho das equipes.

Os autores ressaltaram, que embora nos discursos os profissionais reconheçam que ocorreram melhorias nas condições de trabalho, não se consegue, ainda, viabilizar uma resposta mais concreta para as ações de saúde e a prática do cuidado. Eles apontam para a necessidade de se trazer à pauta esses pontos, no sentido de superação, resultando no exercício do cuidado de modo mais efetiva. Gomes, Oliveira e Marques (2004) recomendaram maior investimento na estruturação na atenção básica, e nos demais níveis de atenção por parte do Governo, para garantir a criação de uma rede de atenção integral e contínua.

A última subcategoria – Falta de capacitação na saúde do adolescente – os enfermeiros destacaram como núcleo do sentido das representações sociais as limitações de sua atuação provenientes da falta de preparo para o atendimento integral ao adolescente, atribuída, à insuficiente (escassa) qualificação profissional. Vale ressaltar o caráter inovador da Estratégia Saúde da Família, que evidencia uma série de desafios com características diversas, dentre eles a necessidade de se definir o perfil de competências necessário aos

profissionais inseridos no PSF, bem como aos seus processos de formação de educação continuada e permanente para que a enfermeira atenda às demandas desse cotidiano no caso em questão, o adolescente (VILLAS BOA *et al.*, 2008).

Em estudo realizado por Branco (2002), os profissionais relataram que existem limites em suas atuações, o que os impossibilita de dar respostas às demandas juvenis, por isso, reivindicam capacitação para lidar melhor com a imagem idealizada que têm do adolescente e com a complexidade das questões desse grupo, exigindo mais tempo para desenvolverem um atendimento mais integrado.

No referido estudo, os profissionais citaram a gravidez como tema relevante para um trabalho direcionado aos adolescentes, já que é a questão que mais absorve os atendimentos, representando, para 63% destes entrevistados, uma questão socioeconômica que reflete a falta de oportunidades de desenvolvimento pessoal. Uma das barreiras para a própria capacitação, no entanto, é a tendência, ainda persistente nestes profissionais, de julgar o comportamento dos adolescentes, sendo que 56% admitem ser difícil falar sobre sexo e 16% acreditam que distribuir preservativo é um incentivo ao sexo. Ambos os fatores foram considerados importantes no afastamento dessa população dos serviços

A insuficiência de capacitação também foi evidenciada em estudo de Shimizu e Reis (2011), em que a maioria dos profissionais realizou apenas o curso introdutório, ou cursos de curta duração que trataram de temas circunstanciais. Eles também revelaram a dificuldade de sair da unidade para participar de formação, e recomendaram maior investimento nessa área. Na percepção deles, os cursos ajudam a reconhecer as competências específicas de cada profissional, além de promover uma troca de conhecimento e experiência entre os profissionais

A capacitação dos enfermeiros na atenção ao adolescente é fundamental, pois a maioria não obteve essa oportunidade anterior no desenvolvimento de competências e habilidades exigidas no processo de trabalho na Saúde da Família para esse segmento, visto que, das 96 enfermeiros, somente sete participaram de formação nessa temática. Merhy (2005) posiciona-se quanto à necessidade de repensar as estratégias de educação permanente no PSF, com a adoção de ações baseadas em recursos pedagógicos que contemplem os profissionais como agentes transformadores da situação de saúde de sua localidade.

Calomé e Lima (2006), com o objetivo de identificar na concepção de enfermeiras que atuam no PSF as dificuldades e facilidades encontradas no cotidiano do trabalho em equipe, observaram também que a falta de formação constitui dificuldade com interferência significativa na atuação das equipes e, conseqüentemente, no desenvolvimento e resultado de

suas práticas. Para as autoras, não existe fórmula mágica e sim opções de transpor as dificuldades, o que tornará cada vez mais possível, quanto mais houver encontros, momentos de troca de saberes e práticas.

Os desafios revelados nessa subcategoria concordam com a ideia Sousa e Hamann (2011) quanto à necessidade mais urgente em termos de incorporação tecnológica, formação da força de trabalho e implantação efetiva da política de capacitação, formação e educação permanente para pessoal do PSF.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde e do Departamento de Atenção Básica no intuito de descredenciar as ideias de que o PSF não ficasse confinado no SUS para os pobres e na atenção primária de saúde, ensejou a implantação, no final de 1996, dos polos de capacitação, formação e educação permanente para pessoal da Saúde da Família. Foram convocadas as instituições de ensino e serviço a apresentar projetos que possibilitassem uma ação renovada no espaço de articulação ensino-serviço, com vistas à capacitação e formação de profissionais capazes de constituir o PSF nas diferentes regiões do País (BRASIL, 2004a).

Assim, vale refletir sobre essa política nacional, quanto à responsabilidade de exercício junto às secretarias estaduais e municipais de saúde, e às instituições de ensino superior. Sousa e Hamann (2011), no caso do PSF, consideraram que tal disfarce é potencializado pela inércia de uma agenda incompleta, é incompleta, porque não conseguiu ao longo desses anos a consolidação dessa política de formação, bem como ampliar as condições para a superação efetiva do modelo biomédico hegemônico nas políticas públicas do setor saúde no Brasil.

Desse modo, é salutar conjecturar sobre a construção e o redimensionamento dos processos de formação do enfermeiro da Saúde da Família, considerando que, na sua maioria, não se encontra preparado para agir neste segmento populacional, como evidenciado nas práticas discursivas dos enfermeiros, contidas no Quadro 1. Deve-se, então, a princípio, reconhecer o profissional enfermeiro como sujeito ativo de transformação da realidade e gerador das mudanças na ESF e investir no desenvolvimento de competência referente a conhecimento, habilidade e atitude voltados para a atenção integral ao adolescente, em especial no campo da promoção da saúde sexual e reprodutiva.

Nessa perspectiva de qualificação, trabalhar com modelo de atenção à saúde voltada à comunidade, como o PSF, que demanda ampliação do acesso, qualificação e reorientação das práticas de saúde, não é tarefa simples, pois exige um olhar voltado para os grupos sociais específicos e, sobretudo, um alto grau de complexidade do conhecimento.

Como é requerida uma reflexão quanto aos limites e possibilidades de atuação e demanda desses profissionais novas habilidades (COTTA *et al.*, 2007).

A Secretaria de Saúde de Fortaleza instituiu em 2006 o Sistema Municipal de Saúde-Escola, cuja idéia-força que orienta esse sistema “[...] é potencializar a reorientação do modelo assistencial, propiciando mudanças qualitativas no processo de trabalho, contextualizadas em vivência educacionais [...] na perspectiva do cuidado se desvelar e ser entendido nas suas dimensões.” (FORTALEZA, 2007, p. 317).

Considerando os investimentos tecnológicos e financeiros na capacitação, formação e educação permanente para o pessoal do PSF, a formação continua como lacuna. Portanto, a formação da equipe de PSF é uma questão específica a ser enfrentada, como política de Estado capaz de levar adiante mudanças para consolidação da Saúde da Família e fortalecimento do SUS, uma vez que esse modelo assistencial vislumbra proporcionar às famílias e comunidades melhores condições de saúde e qualidade de vida.

No Distrito Federal, estudo evidenciou que o desenvolvimento do PSF é prejudicado, em decorrência de muitas limitações, operacionais e estruturais, sobretudo a falta de política publica que garanta sua continuidade. A inversão do modelo de atenção, premissa da estratégia, só será concretizada com o efetivo comprometimento ético e político dos gestores, trabalhadores e usuários. As principais fragilidades são a falta e a escassez de investimento nas capacitações, que influenciam significativamente o desempenho de práticas (SHIMIZU; REIS, 2011).

Estudo que abordou as representações sociais do trabalho do enfermeiro na programação de saúde evidenciou nos discursos a necessidade do conhecimento científico como fundamental para trabalhar dentro dos programas e das rotinas, destacando “[...] a tensão nas falas entre o que se sabe e o que se pode fazer, sendo, a saber, considerado mais amplo que o fazer, o que gera conflitos e desestímulo na prática profissional.” (GOMES; OLIVEIRA; MARQUES, 2004, p. 85).

Vale ressaltar que todos estes obstáculos apontados pelos enfermeiros estão presentes em outros contextos de várias regiões do País. Gomes *et al.* (2011) asseveram que esses desafios devem ser objeto de atenção dos idealizadores das políticas públicas e dos gestores responsáveis pela execução e implementação destas políticas, já que prejudicam o desenvolvimento do potencial do PSF como estratégia de estruturação do sistema de saúde, via atenção primária de saúde.

Mesmo constatando dificuldades, Leite e Veloso (2009) encontraram unanimidade entre os participantes do estudo em que o PSF é representado como algo positivo, capaz de

redimensionar as práticas de saúde e potencializar os benefícios para a comunidade. Nos discursos, reconheceram e consideraram o PSF como algo de valor atribuído aos avanços e impactos positivos para a população.

Mesmo, porém, com as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros, acredita-se na superação por meio de um planejamento participativo, ancorado na vigilância à saúde e no reconhecimento dos determinantes sociais no processo saúde-doença; como arrimo, também, na percepção das vulnerabilidades e nas implicações das condições de vida sobre as condições de saúde da população.

As ações de enfermagem pautadas na lei do exercício profissional, nos princípios do SUS e diretrizes da ESF, são propulsoras de mudanças, e sem dúvida, contribuirão para o fortalecimento e avanços das ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente.

Sousa e Hamann (2011) complementam, dizendo que esse avanço ocorre em maior ou menor intensidade, dependendo da adesão dos profissionais, gestores e comunidade a novos processos e tecnologias educativas e assistenciais voltados para a atenção primária de saúde.

Compreendeu-se que a representação social dos enfermeiros sobre a sua atuação na prevenção da gravidez foi contida com base na sua prática, e de como se organizam na Saúde da Família na atenção a promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, visto que a representação não se dá no vazio social.

6 TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS

Em face dos inúmeros contributos existentes na triangulação de métodos e dos possíveis pontos de análise, apontamos apenas alguns tópicos de caráter mais descritivo, mas igualmente reflexivo sobre esta combinação. Assim, será demonstrada a seguir a imbricação percebida nos achados dessa triangulação, com os dados dos instrumentos: TALP, questionário- representações sociais e indicadores quantitativos provenientes da base de dados do SINASC e SIM.

A primeira triangulação ocorreu entre os dados qualitativos, ou seja, na interface das representações sociais dos enfermeiros quanto à prevenção da gravidez na adolescência, diante do primeiro estímulo tanto do TALP, como do questionário. Podemos constatar que o significado de prevenção da gravidez na adolescência esteve em ambos vinculados à educação, família, grupo, preservativo (anticoncepção). Esses termos foram evidenciados no núcleo central da representação social dos enfermeiros ante a esse estímulo, bem como nas categorias dos mapas 1 de associações de ideias e produção de sentido na categoria responsabilização, expressas nas subcategorias família, escola e unidade de saúde.

A visão holística dos enfermeiros no significado desse fenômeno complexo considera que, para a prevenção de se faz necessário adotar ações intersetoriais de promoção da saúde sexual e reprodutiva, parcerias entre a unidade de saúde, família e escola, no sentido de apoiar, educar e assistir os adolescentes. Portanto, esses três segmentos constituem pilares importantes na prevenção da gravidez precoce na representação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família da SER II e VI.

Um dos pontos convergentes encontrados na segunda combinação foi na análise das representações sociais dos enfermeiros quanto aos riscos da gravidez na adolescência para o recém-nascido, presentes no TALP e questionário, onde apareceram baixo peso nascer, prematuridade e mortalidade infantil com maior significado destes riscos.

Em relação à representação social dos enfermeiros sobre os riscos, nos dois instrumentos de coleta de dados, os discursos apontaram no TALP os riscos para o recém nascido (prematuridade, imaturidade, óbito) para mãe (aborto, eclâmpsia, depressão). No questionário, são apontados também esses riscos, ao emergir na associação de ideia, Mapa 2, a categoria. Responsabilidade maior da equipe de Saúde da Família na prevenção da gravidez precoce e dos riscos advindos deste fenômeno. No núcleo central, o termo desinformação, e nos discursos enfatizaram a importância da informação no “empoderamento” dos adolescentes. Nas falas, apresentaram a Educação em Saúde Coletiva (grupos de adolescentes

na unidade de saúde, escola e comunidade) e individual (consulta de enfermagem) como estratégia de superação dessa desinformação.

A combinação de dados foi possível, quando ficou apresentado no núcleo central o termo óbito, como representação dos enfermeiros, de risco da gravidez na adolescência. Esse desfecho fatal foi convergente, ao identificar nas falas constantes no questionário a categoria aumento dos indicadores de mortalidade infantil e materna, Mapa 2, categoria 4.

Na triangulação, TALP, questionário e base de dados do SINASC e SIM, os riscos a pouco mencionados na representação social dos enfermeiros foram convergentes com os achados quantitativos. Sendo assim, confirmados na regressão linear simples, bem como no coeficiente de correlação e de Pearson, onde evidenciou que mães com idade menor de 20 anos apresentaram forte associação/correlação com recém-nascidos de baixo peso ao nascer, prematuridade, mortalidade neonatal precoce.

A contribuição dos sistemas de informação no planejamento das ações de enfermagem na atenção ao adolescente foi também constatada nessa triangulação. No questionário, os enfermeiros destacam a importância do acesso e utilização das informações referentes aos eventos vitais, nascimentos e óbitos contidos no SINASC e SIM.

A qualidade da informação das bases de dados do SINASC e SIM, tanto na análise dos indicadores como nos discursos dos enfermeiros presentes nas práticas discursivas, mapa 5 de associação de ideia, categoria 2, conduziu às mesmas conclusões, ou seja, os sistemas precisam melhorar a sua qualidade, com redução ou eliminação dos registros ignorados.

Neste experimento, foi encontrado o fato de que o SINASC apresentou melhoria significativa das informações contidas na declaração de nascidos vivos ao longo do período estudado, referentes às variáveis delimitadas: idade da mãe (1999=3,8%, 2008 = 2,4%), peso ao nascer (999=2%, 2008 = 0%) e idade gestacional (999=7%, 2008 = 1%). Embora o anseio seja da incompletude manter-se em zero, ao analisar as proporções de ignorado, podemos inferir que as três variáveis estão em patamares excelentes, considerando o que profere Romero e Cunha (2006), que a classificação excelente é quando essa proporção de ausência de informação for abaixo de 5%. Mesmo com essa classificação positiva, a busca pela melhoria do preenchimento e digitação da DNV deve ser contínua.

A qualidade do SIM, no entanto, ficou muito aquém do SINASC. A ausência de registro da idade da mãe na DO foi elevadíssima. Para o óbito neonatal precoce, em 1999, chegou a 69,3%; em 2008 a 16,7%. Portanto, esses achados condizem com as mesmas conclusões da representação social dos enfermeiros quanto à necessidade de acuidade da

qualidade desses dados, bem como a contínua vigilância na agilidade e fidedignidade das informações de nascimento e óbito, pois constituem ferramentas importantes no planejamento de suas ações no território voltadas para a saúde sexual e reprodutiva do adolescente. Essa visibilidade e análise das informações do SINASC e SIM no âmbito local possibilitam ao enfermeiro a integração e complementaridade das políticas voltadas para a Assistência Integral à Saúde da Mulher; Saúde do Adolescente; Humanização no Pré-natal e Nascimento com a Estratégia de Saúde da Família.

A integração dos diferentes métodos aqui experimentados pode chegar à produção do sentido sobre o fenômeno estudado, uma vez que a linguagem presente nos discursos sustenta as práticas sociais geradoras do sentido. Assim, possibilitou apreensões tanto das práticas discursivas que perpassam o cotidiano, apresentadas no questionário, como os repertórios utilizados nessas produções discursivas presentes no TALP. A interface da representação social dos enfermeiros com a realidade estatística do SINASC e SIM expressas nos indicadores apresentados, pode inferir que a gestação precoce se mostrou como um problema a ser enfrentado, pois constitui riscos para o recém-nascido, quanto à prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal precoce.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações aqui apresentadas referem-se aos achados das duas abordagens delineadas para o alcance dos objetivos. A compreensão desses resultados, quer de maneira isolada, baseados nos instrumentos e técnicas, quer de modo complementar, por meio da triangulação de métodos, possibilitou assimilar a tendência e os riscos da gravidez precoce para recém-nascidos, também as nuances da Teoria das Representações Sociais e seu caráter construcionista, assim como de elevar a estatuto da ciência, a despeito das inferências provenientes do senso comum dos enfermeiros da estratégia saúde da família da SER II e SER VI.

A gravidez precoce e os desfechos desfavoráveis advindos deste fenômeno constituem tema oportuno, pertinente, que enseja bastante interesse e proporciona debate. Isso decorre não só dos aspectos biológicos e epidemiológicos que definem o perfil de saúde desse grupo, mas, acima de tudo, da ampliação do conceito de saúde e concepções da promoção da saúde, vinculados à qualidade de vida, aliados ao enfoque dos direitos sexuais e reprodutivos e protagonismo juvenil, que devem ser inseridos na prática cotidiana do enfermeiro e de toda a equipe da Estratégia Saúde da Família.

Considera-se que a gravidez precoce provém da multicausalidade, bem como o risco materno e infantil resulta desta gestação. A delimitação do objeto de estudo, não ocorreu numa percepção reducionista, pois foi, tão somente, por estar vinculada a prática profissional cotidiana e ao vislumbrar as possibilidades de intervenção diante das contribuições do estudo, pois acreditamos que etiologia desse fenômeno transcende os aspectos biológicos (efeitidade) e ancora em outros fatores de ordem social, econômico e cultural, levando em consideração as subjetividades – valores, crenças, atitudes e desejos.

Apesar das restrições metodológicas inerentes ao uso de dados secundários provenientes dos sistemas de informação do SINASC e SIM e das distorções relacionadas à qualidade dos registros de dados vitais, os achados se mostraram viáveis e capazes de detectar a tendência e os riscos da gravidez precoce para o recém-nascido, quanto às variáveis delimitadas no estudo – baixo peso ao nascer, prematuridade e mortalidade neonatal precoce.

A tendência de nascidos vivos em Fortaleza não foi crescente nesse período, no entanto, houve redução na adolescência tardia e aumento de nascidos vivos na adolescência precoce, fato indicativo de que as adolescentes estão engravidando cada vez mais cedo.

Os nascidos vivos de mãe adolescente têm maiores riscos de nascer de baixo peso, prematuro e morrer antes de completar seis dias de vida, do que os de mãe adulta. Quando

essa comparação é feita nas fases da adolescência, encontramos a associação de risco maior para a mãe adolescente de dez a 14 anos.

Evidenciamos uma melhoria dos registros no SINASC. Percebemos a importância de pesquisar as características das mães adolescentes e sua relação com o baixo peso ao nascer e prematuridade na base de dados do SINASC, pois este se mostrou como fonte adequada e confiável. Assim sendo, a informação só tem poder quando sustentadora de uma ação, e, nesse sentido, o SINASC e outros sistemas de informação podem subsidiar e nortear a prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, nas ações de promoção, prevenção e intervenção na atenção à saúde do adolescente.

Consideramos que o *Linkage* é uma ferramenta importante e que deve ser utilizada para a completude das informações, pois o uso da técnica entre os bancos SINASC e SIM realizado neste estudo se mostrou bastante útil e, igualmente, o processo foi facilitado graças à utilização do *software* ReLink III.

Ante essas constatações, concluímos que a hipótese foi confirmada, ou seja, as adolescentes concentram maiores proporções de nascidos com fatores de risco para a prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal.

A Teoria das Representações Sociais demonstrou-se adequada a este estudo, pela contribuição na produção do conhecimento inerente ao objeto de estudo, ou seja, foram identificados os conteúdos e a estrutura das representações sociais dos 96 enfermeiros sobre a prevenção da gravidez na adolescência e riscos para o recém-nascido.

A representação social resultante do questionário constituiu o pensamento social dos enfermeiros da Saúde da Família da SER II e SER VI ante as cinco perguntas. O primeiro apontou que o significado da prevenção gravidez na adolescência está relacionado ao desenvolvimento de habilidade do adolescente, por meio das ações de Educação em Saúde, advocacia, anticoncepção e projeto de vida. Essa prevenção está relacionada também à responsabilização da família, escola e unidade de saúde.

Na representação social dos riscos da gravidez precoce, estes estiveram vinculados aos desfechos desfavoráveis para saúde materna e infantil. Com isso uma atribuição de maior responsabilidade para a equipe de Saúde da Família pelos riscos de aumento dos indicadores de mortalidade infantil e materna.

As práticas discursivas para a prevenção da gravidez na adolescência destacaram a Educação em Saúde Coletiva por meio de grupos de adolescente na escola, comunidade e unidade de saúde, e individual, ou seja, na consulta de enfermagem. Outras não desenvolvem ações com adolescente e elencaram alguns desafios que as impossibilitam, destacando o

processo organizacional que não prioriza as ações de promoção e prevenção, a sobrecarga de trabalho e equipes incompletas.

Quanto à contribuição dos sistemas de informação SIM e SINASC no planejamento das ações de prevenção da gravidez, os discursos apontaram que a maioria conhece e utiliza o sistema, mas questiona a sua qualidade; conhece mais não utiliza pela dificuldade de acesso, e outras desconhecem os sistemas. Nesse contexto, é importante refletir sobre o cenário atual, onde a informação se tornou a base para o desenvolvimento das instituições e instrumento essencial para a gestão do trabalho, contribuindo no que diz respeito às ações de gerenciamento, monitoramento, desenvolvimento e avaliação do trabalho em saúde.

Por fim, os enfermeiros elencaram as dificuldades encontradas no cotidiano na atenção ao adolescente, dentre elas as drogas, falta de adesão do adolescente às ações educativas coletivas e a consulta de enfermagem, condições de trabalho precárias e a falta de capacitação. Esta categoria demonstrou a apreensão de elementos redutores de ações e de autonomia do enfermeiro que demandam interferência significativa no processo de trabalho nas unidades de Saúde da Família.

A capacitação do enfermeiro da equipe da Saúde da Família para trabalhar com adolescentes, expressa nessa última subcategoria, surgiu como uma lacuna a ser preenchida pelo Sistema de Saúde Escola da Secretaria de Saúde de Fortaleza, considerando as nuances e subjetividades que envolvem as ações com esse grupo. Esses profissionais necessitam desenvolver competência (conhecimento, habilidade e atitude) específica para lidar com o adolescente, a fim de atender às suas necessidades de forma integral. Vale ressaltar que, dos 96 enfermeiros, 89(92%) não se sentiam seguros e capacitados para atuar neste ciclo de vida.

Constatamos que a representação social não é um simples reflexo da realidade, mas uma organização significativa que funciona como um sistema de interpretação da realidade, regente das relações dos indivíduos com o meio físico e social, determinando seus comportamentos e práticas.

As reflexões em torno dessas dimensões, não constituem apenas uma avaliação da problematização dos temas estudados, pois possibilitam, ainda, a constituição de uma abordagem teórica que permita melhor compreensão dos fenômenos psicossociais e da própria dinâmica da produção do sentido pelos enfermeiros da Saúde da Família na atenção à saúde sexual e reprodutiva do adolescente, com vistas à prevenção da gravidez e dos riscos perinatais para a mãe e o neonato.

Assim, acreditamos que os achados deste estudo possam contribuir para uma representação social com implicações práticas na atuação do enfermeiro da Saúde da Família, no entendimento e empenho de manter fluindo essa perspectiva de formação sem o intento de esgotá-la.

Importa acrescentar que, no início deste trabalho, sobrevieram algumas dificuldades, que limitaram, em parte, a pesquisa, principalmente em relação ao acesso ao participante do estudo, em decorrência da greve dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, estabelecida de maio e junho de 2011.

Outra limitação da pesquisa foi a qualidade comprometida da base de dados do SINASC da Secretaria de Saúde de Fortaleza, nos primeiros anos do estudo, em que o número de nascidos vivos não era condizente com as bases de dados da SESA e do DATASUS. Essa inconformidade demandou mudanças de acesso das bases no Município para o âmbito estadual, e ocorreu após negociações e assinaturas do Termo de Fiel Depositário. Essas limitações, contudo, não trouxeram prejuízos para o resultado da pesquisa, pois as respostas obtidas durante os encontros com os enfermeiros, e do acesso ao SINASC e SIM, constituíram informações exitosas para o alcance dos objetivos propostos.

Vale salientar que não foram medidos esforços para encontrar as respostas para as nossas inquietações. É possível que nem sempre tenhamos perlustrado o terreno ideal para plantar o conhecimento desejável, mas a aprendizagem ocorreu durante todo esse percurso.

Com os resultados deste estudo, cremos que a proposição de contributo do estudo pode tomar caminhos infinitos, a depender do contexto, seja para os enfermeiros, profissionais diversos, gestores e comunidade científica. Esperamos que possa contribuir para a área de saúde coletiva e suscitar reflexões da prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, com fundamento em princípios científicos e também na visão crítica da realidade; que possa, inclusive, subsidiar a implementação das políticas públicas de saúde para o adolescente do Município de Fortaleza.

Ademais, o tema em foco não se encerra com esta pesquisa, pois o aprofundamento nos diversos aspectos que permeiam a temática tendência da gravidez na adolescência e dos riscos perinatais, assim como as representações sociais dos enfermeiros acerca da prevenção, pode ser feito de maneira mais específica, com origem neste ensaio universitário para obtenção do título de Doutor.

Pelo comprometimento com a temática, reportamo-nos, ainda, a algumas recomendações que, sobremaneira, auxiliarão na feitura de agendas que vislumbrem a

promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente, bem assim, a interface com os sistemas de informação conforme delineamos a seguir.

Organização dos sistemas de vigilância a saúde

Demandar esforço para o aprimoramento da cobertura e qualidade dos sistemas de informação SINASC e SIM em Fortaleza (Operacionalizar: Gestores SMS/CEVEPI, SER; SESA e MS).

Estimular a utilização dos dados gerados pelos sistemas de informações de base epidemiológica no planejamento das ações de saúde do adolescente (Operacionalizar: gestores SMS/CEVEPI, SER, CSF, hospitais, NEHEPI e Equipe da ESF).

Consolidar a descentralização da informação para os hospitais (NUHEPI) e para Centro de Saúde da Família (UVE) com a condição organizacional e estrutural adequada (Operacionalizar: gestores da SMS/CEVEPI, SER, CSF e Hospitais).

Emitir a declaração de óbito com qualidade; preencher todos os campos com letra legível e registrar a causa do óbito (Operacionalizar: médico atestante do óbito).

Emitir a declaração de nascido vivo com qualidade; preencher todos os campos com letra legível, orientar quanto à importância de agilizar a emissão da certidão de nascimento (Operacionalizar: equipe de enfermagem e médica da maternidade).

Instituir uma vigilância adequada aos recém-nascidos prematuros, com baixo peso ao nascer e com outros fatores de risco, no intuito de reduzir a morbimortalidade infantil e fetal (Operacionalizar: gestores da SMS/CEVEPI, SER, CSF, hospitais, profissionais da ESF, UVE, maternidade e NUHEPI).

Notificar a gravidez na adolescência precoce, pautada na Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que dispõe sobre a notificação obrigatória dos profissionais de Educação e Saúde nos casos de gestação em adolescente menor de 14 anos de idade (Operacionalizar: profissionais da ESF, Educação, Maternidade, NUHEPI e Conselho Tutelar).

Incluir e estimular o uso da técnica de *linkage* seja na rotina do NUHEPI e da Célula de Vigilância Epidemiológica das SER e SMS, por considerar um instrumento de baixo custo operacional e a obtenção de dados mais confiáveis (Operacionalizar: gestores da SMS/CEVEPI, SER e NUHEPI).

Educação permanente em saúde

Realizar formação continua dos profissionais responsáveis pelo preenchimento das DO e DNV e dos responsáveis pela entrada de dados nos bancos do SINASC e SIM, com vista à confiabilidade e fidedignidade (Operacionalizar: Sistema Municipal de Saúde Escola, CEVEPI, SER e NUHEPI).

Manter os enfermeiros da ESF em processo de educação permanente, com vistas a aprimorar sua prática na atenção ao adolescente (Operacionalizar: Sistema Municipal de Saúde Escola, SER e CSF).

Realizar formação continua dos profissionais da educação, Serviço Social e outros parceiros da comunidade que desenvolvam trabalho com adolescente, na busca da integração e potencialização e otimização das ações (Operacionalizar: Sistema Municipal de Saúde Escola, equipe da SER, ESF e NASF).

Rede matricial de proteção, promoção, prevenção e assistência ao adolescente

Reorganizar e fortalecer a rede de apoio matricial na atenção ao adolescente com a criação de estratégias que promovam a acessibilidade, qualidade, integralidade e resolubilidade (Operacionalizar: gestores da CAB da SMS e SER; CSF; profissionais da ESF e NASF).

Aperfeiçoar a dinâmica da atenção ao adolescente, por meio de uma abordagem interdisciplinar, de forma que se determine um protocolo de atendimento, privilegiando as especificidades na perspectiva de complementaridade (Operacionalizar: gestores da SMS, SER, CSF e profissionais da ESF).

Reorientar e hierarquizar os serviços, de forma a atender o adolescente, sem barreiras que prejudiquem o acesso aos diferentes serviços, com flexibilidade de horário, considerando as

necessidades do adolescente (Operacionalizar: gestores da SMS, SER, CSF e profissionais da ESF).

Organizar um sistema municipal, regional e local de logística de insumos, que garanta a aquisição e distribuição, de forma contínua, dos métodos anticoncepcionais (Operacionalizar: gestores da assistência farmacêutica da SMS/SER; Célula de Atenção Básica de SMS/SER e CSF).

Desenvolver estratégia para ampliar a captação de adolescentes do sexo masculino, estabelecendo parcerias na comunidade, dentre elas a escola, grupo de jovens, associação de moradores e entidades que realizem atividades esportivas (Operacionalizar: profissionais da ESF e NASF, Distrito de Educação e Assistência Social das SER).

Garantir uma assistência de pré-natal de qualidade as gestantes adolescentes, com uma estrutura organizacional hierarquizada, com acessibilidade e tecnologias adequadas para detectar precocemente eventuais riscos materno e infantil, objetivando a redução da prevalência de retardo de crescimento uterino, prematuridade e baixo peso ao nascer aos filhos de adolescentes (Operacionalizar: gestores da SMS, SER, CSF e profissionais da ESF).

Prestar uma assistência de qualidade em cada nível de complexidade do sistema local de saúde, objetivando a redução da morbimortalidade infantil (Operacionalizar: gestores da SMS, SER, CSF e profissionais da ESF).

Rede de Proteção e Apoio Social: intersetorialidade e parceria

Formar grupos de adolescentes como espaço de valorização e assessoramento para o autocuidado, reforçando os fatores de proteção ao sexo seguro, com a inclusão da família (Operacionalizar: equipe da ESF e NASF).

Promover diálogos no sentido de aprofundar as reflexões sobre interseções e articulações das ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente do sexo masculino e feminino, e interface com família, escola e comunidade (Operacionalizar: Equipe da ESF, Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente, conselhos de saúde, conselhos de educação e Conselho Tutelar).

Potencializar as oportunidades aos adolescentes, garantindo o direito à educação, à cultura, à segurança, e o direito de “sonhar” e planejar seu futuro (Operacionalizar: equipe da ESF, Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente, conselhos de saúde, conselhos de educação e Conselho Tutelar).

Promover a articulação intersetorial para implantar/implementar projeto de prevenção e controle no uso de drogas, utilizando a arte, esporte e educação (Operacionalizar: equipe da ESF/NASF, Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente, conselhos de saúde, conselhos de educação, Conselho Tutelar e movimentos sociais).

Ensino e pesquisa

Promover, desde a graduação, a articulação ensino, pesquisa e assistência, com ênfase nas ações de promoção da saúde do adolescente. (Operacionalizar: Universidade, Polo de Educação Permanente em Saúde, Sistema Municipal de Saúde Escola, Escola de Saúde Pública).

Orientar a formação, capacitação e educação permanente das Equipes de Saúde da Família: introdutório, atualização, especialização em Saúde da Família e residência em caráter multiprofissional, com ênfase na promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente (Operacionalizar: Universidade, Polo de Educação Permanente em Saúde, Sistema Municipal de Saúde Escola, Escola de Saúde Pública).

Realizar estudos para identificar, na área de abrangência, fatores protetores e vulnerabilidades sociais, econômicas e culturais dos adolescentes, e avaliar fatores determinantes que levam à gravidez precoce (Operacionalizar: equipe da SER, profissionais da ESF, NASF e Universidade).

Há muito ainda para caminhar, a fim de alcançarmos uma atenção à saúde condizente com os direitos dos adolescentes expressos na legislação e nas políticas de saúde. O importante, porém, é acreditar e avançar sempre para uma atenção digna, equânime, resolutiva, de qualidade e humanizada ao adolescente, na perspectiva da promoção da saúde.

“Toda explicação fica pela metade, pois o homem não consegue terminá-la. O olho não se farta de ver, nem o ouvido de ouvir”.

(Eclesiastes, 1,8)

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. *In*: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: Ed. AB, 1998. p. 31-35.
- ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. *In*: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: Ed. AB, 2000. p. 27-38.
- ABRIC, J.C. L'analyse structurale des représentations sociales. *In*: MOSCOVICI, S.; BUSCHINI, F. (Ed.). **Les méthodes des sciences humaines**. Paris: PUF, 2003. p. 375-392.
- ABRIC, J.C. Les représentations sociales: aspects théoriques. *In*: _____. (Org.). **Pratiques sociales et représentation**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994. p. 11-36.
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. Elementos de metodologia epidemiológica. *In*: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 728.
- ALMEIDA, M.I. Modalidade de conhecimento socialmente elaborado: atores sociais no Programa de Saúde da Família. **Acta Scientiarum (UEM)**, Maringá, v. 25, n. 2, p. 227-235, 2003.
- ALMEIDA, M.F.; ALENCAR, G.P.; FRACÇA JR., I.; NOVAIS, H.M.D.; SCHOEPS, D.; CAMPBELL, O.; RODRIGUES, L.C. Validade das informações das declarações de nascidos vivos com base em estudo controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 643-652, mar. 2006.
- ALMEIDA, M.F.; ALENCAR, G.P.; SCHOEPS, D. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC: uma avaliação de sua trajetória. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília, 2009. p. 148.
- ALMEIDA, M.F.; ALENCAR, G.P.; SCHOEPS, D.; NOVAIS, H.M.D.; CAMPBELL, O.; RODRIGUES, L.C. Sobrevida e fatores de risco para a mortalidade neonatal em uma coorte de nascidos vivos de muito baixo peso ao nascer, na Região Sul do Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.6, p.1088-1098, jun. 2011.
- ALMEIDA, S.D.M.; BARROS, M.B.A. Atenção a saúde e mortalidade neonatal: estudo de caso controle realidade de Campinas, São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiologia**, São Paulo. v. 7, p. 22-35, 2004.
- AL-RAMAHI, M.; SALEH, S. Outcome of adolescent pregnancy at a university hospital in Jordan. **Arch. Gynecol. Obstet.**, v. 273, n. 4, p. 207-210, 2006.
- ALVES, A.S.; LOPES, M.H.B.M. Uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes universitários. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 170-177, 2008.

ALVES, M.D.S. **Papiloma vírus humano e mal-estar**: representações sociais de homens e mulheres. Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC/Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 2004. p.12.

ALVES, M.D.S.; BARROSO, M.G.T.; ORIÁ, M.O.B.; TEIXEIRA, M.C.T.V. A teoria das representações sociais na Pós-Graduação em Enfermagem: a realidade brasileira. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 331-339, 2005.

AMARAL, M.A.; FONSECA, R.M.G. S. Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 469-476, 2006.

ANDRAUS, L.M.S.; MINAMISAVA, R.; GUIMARÃES, M.F.; TAVARES, V.H. Gravidez e parto de adolescentes em maternidade pública. *In*: RAMOS, F.R.S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. (Org.). **Projeto Acolher**: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000. p. 107-113. (Caderno especial).

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; SILVA, C.M.F.P.; MALAQUIAS, J.V.; SANTO, N.C.; OLIVEIRA R.V.C. A representação social do adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.3, p. 669-680, 2003.

AYRES, J.R.C.M.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C.; FRANÇA-JÚNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. *In*: CAMPOS, G.W.S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec: Fiocruz, 2006. p. 375-417. (Saúde em Debate, 170).

AZEVEDO, G.D.; FREITAS JÚNIOR, R.A.O.; FREITAS, A.K.M.S.O.; ARAÚJO, A.C.P.F.; SOARES, E.M.M.; MARANHÃO, T.M.O. Efeitos da idade materna sobre os resultados perinatais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstetr.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 32, p. 181-185, 2002.

BACKER, M. L.; CASTRO, D. M. F. Gravidez na adolescência: dando sentido ao acontecimento. *In*: CONTINI, M. L. J.; KOLLER, S. H. (Org.). **Adolescência e psicologia**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, 2002. p.144.

BARBUSCIA, D.M.; RODRIGUES-JUNIOR, A.L. Completude da informação nas declarações de nascido vivo e nas declarações de óbito, neonatal precoce e fetal, da região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2000-2007. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, jun. 2011.

BARRETO, A.C.M.; SANTOS, R.S. A vulnerabilidade da adolescente às doenças sexualmente transmissíveis: contribuições para a prática da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, dez. 2009.

BARROS, F.C.; VICTORA, C.G.; TEIXEIRA, A.M.B.; PUERTO FILHO, M. Mortalidade perinatal e infantil em Pelotas, Rio Grande do Sul: nossas estatísticas são confiáveis? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, p.348-358, 1985.

BARROS, M. A.; PILLON, S.C. Programa Saúde da família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 144-149, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 18 dez. 2008.

BARROSO, G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M.V. (Org.). **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003. p. 34.

BATISTA, A.A.V.; VIEIRA, M.J.; CARDOSO, N.C.S.; CARVALHO, G.R.P. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 85-91, 2005.

BATISTA, F.L.R. Atenção básica no município de Fortaleza. In: COSTA, L. F. A.; LESSA, A. P. G. (Org.). **O serviço social no Sistema Único de Saúde**. Fortaleza: Edições UECE, 2003. p. 51-63.

BELO, M. AV.B.; SILVA, J.L.P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 479-487, 2004.

BENITO, G.A.; LICHESKI, A.P. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n.3, p. 447-450, 2009.

BISHOP, D. Teenage pregnancy - an adolescent health issue in Australia. **Electr. J. Nurs.**, n. 8, p. 1-9, 2007. Disponível em: <<http://eprints.utas.edu.au/3875/1/3875.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2008.

BORGES, A.L.V.; NICHATA, Y.I.; SCHOR, N. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescente. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p.422-427, maio/jun. 2006.

BOUZAS, I.; PACHECO, A.; EISENSTEIN, E. Orientação dos principais contraceptivos durante a adolescência. **Adolescência & Saúde**, v. 1, n. 2, p. 27-33, 2004.

BRANCO, M.A.F. **Informação e saúde: uma ciência e suas políticas em uma nova era**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. v. 1.

BRANCO, V.M.C. **Emoção e razão: os sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção ao adolescente**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196/96. Sobre Pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, Brasília, v. 4, n. 2, supl., p. 15-25, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A mortalidade perinatal e neonatal no Brasil**. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 2006a. 122 p. (Série: B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. **Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973**: Lei dos Registros Públicos. 1973. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei006015.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2008.

BRASIL. **Lei nº. 8069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A escola promotora de saúde**: experiências do Brasil. Brasília, 2006b. 272 p. (Série Promoção da Saúde, 6).

BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília, 2009a. 2 v. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de procedimentos do sistema de informações sobre nascidos vivos**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília, 2010. 302 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens**: orientações para a organização de serviços a saúde. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008**: institui o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198/2004**: Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância**: normas e manuais técnicos. Brasília, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília, 2006c. 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do adolescente**: competências e habilidades. Brasília, 2008c. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_Adolescente.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Gestação de alto risco**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. 2. ed. Brasília, 2009b. (Série A, Normas e Manuais Técnicos).

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico.** Brasília, 2006d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informação sobre mortalidade (SIM) e nascidos vivos (SINASC) para profissionais do Programa Saúde da Família.** Brasília, 2004b.
- BRUNO, Z.V.; COSTA, M.C.O.; CAMPOS, I.; LYRA, J. Maternidade e paternidade. *In:* COSTA, M.C.O.; SOUZA, R.P. **Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais.** Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 273-282.
- CABRAL, I.V.; TYRRELL, M.A.R. O objeto de estudo e a abordagem de pesquisa qualitativa na enfermagem. *In:* GAUTHIER, J.H.M. *et al.* **Pesquisa em enfermagem novas metodologias aplicadas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 18-29.
- CABRERA, J.H.; RODRIGUEZ, O.P. Temas sobre sexualidad que interesan a um grupo de adolescentes em el área de salud Iguará. **Revista Cubana de Enfermagem**, Habana, v. 21, n. 2, mayo/ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 4 jun. 2007.
- CALOMÉ, I.C.S.; LIMA, M.A.S. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no programa saúde da família (PSF). **Rev. Gaúch. Enferm**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, 2006.
- CAMARGO JR. K.R.; COELI, C.M. **Reklink III: relacionamento probabilístico de registros, versão 3.1.6.3160.** Rio de Janeiro, 2008.
- CAMARGO JR., K.R.; COELI, C.M. Reclink: aplicativo para o relacionamento de bases de dados, implementando a método probabilistic record linkage. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 439-447, 2000.
- CAMPOS RTO, CAMPOS GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. *In:* CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (Org.). **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2006. p. 669-688.
- CARVALHO, J.B.L.; ARAUJO, A.C.P.F.; COSTA, I.C.C.; BRITO, R.S.; SOUZA, N.L. Representação social de pais sobre o filho prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, out. 2009.
- CARVALHO, M.S.; LOPES, C. Métodos em estudos de coorte. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.8, n. 3, p. 234-235, 2005.
- CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. **Saúde reprodutiva e sexual: um manual para a atenção primária e secundária.** Fortaleza, 2002.
- CENTA, M. L.; ALMEIDA, B. M. M. O Programa de Saúde da Família sob olhar da equipe multidisciplinar. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.5, n.2, p.103-113, maio/ago. 2003.
- COELI, C.M.; FAERSTEIN, E. Estudo de coorte. *In:* MEDRONHO, R.A.; CARVALHO, D.M.; BLOCH, K.V. *et al.* **Epidemiologia.** São Paulo: Atheneu, 2003. p. 161-173.

CONDE-AGUDELO, A.; BERLIZAN, J.; LAMMERS, C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 192, n. 2, p. 342-349, 2005.

CORIOLOANO, L.S.; FILHO, J.G.B.; CAVALCANTI, L.P.G.; ALMEIDA, N.M.G.S.; PORDEUS, A.M.J. Aplicação da técnica de relacionamento de banco de dados para a melhoria de informações sobre óbitos maternos infantis no ceará, 2006. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 22, n. 3, p. 179-186, 2009.

COSTA, G.D.; COTTA, R.M.M.; FERREIRA, M.L.S.M.; REIS, J.R.; FRANCESCHINI, S.C.C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, p. 113-118, 2009.

COSTA, M.C.; SANTOS, C.A.L. SOBRINHO, C.; FREITAS, J.O.; FERREIRA, K.A. Indicadores materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos-vivos. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 3, p. 235-242, 2001.

COTTA, R.M.M.; GOMES, A.P.; MAIA, T.M.; MAGALHAES, K.A.; MARQUES, E.S.; BATISTA, R.S. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 278-286, 2007.

COUTINHO, M.P.L.; LIMA, A.S.; OLIVEIRA, F.B.; FORTUNATO, M.L. (Org.). **Representações social**: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB, 2003.

CROMACK, L.M.F.; BURSZTYN, I.; TURA, L.F.R. O olhar do adolescente sobre saúde: um estudo de representações sociais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 627-634, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200031&lng=en>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200031>>. Acesso em: 16 ago. 2011.

DIAS, A.C.G.; TEIXEIRA, M.A.P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, 123-131, jan./abr. 2010.

DOSWELL, W.M.; BRAXTER, B. Risk-taking behaviors in early adolescent minority women: implications for research and practice. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, v. 31, n. 4, p. 454-461, 2002.

FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON CHILD AND FAMILY STATISTICS. **American children**: key national indicators of well-being 2011. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2011.

FERNANDES, J.F.P.; SOUSA, L.B.; BARROS, M.G.T. Repercussão da gravidez no contexto sócio familiar da adolescente: uma experiência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 400-406, 2004.

FIGUEREDO, B. Maternidade na adolescência: do risco a prevenção. **Revista Portuguesa de Psicossomatica**, Porto, v.3, n. 2, p. 221-238, jul./dez. 2001.

FLAMENT, C. Estrutura dinâmica das representações sociais. *In*: JODELETE, Denise (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001. p.173-186.

FONSECA, A.D.; GOMES, V.L.O.; TEIXEIRA, K.C. Percepção de adolescentes sobre uma ação educativa em orientação sexual realizada por acadêmicos(as) de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 330-337, abr./jun. 2010.

FORTALEZA. Célula de Vigilância Epidemiológica. **Dados demográficos de Fortaleza**: estimativa de população para 2009. Fortaleza, 2008.

FORTALEZA. Célula de Vigilância Epidemiológica. **Planejamento da descentralização das ações de vigilância epidemiologia em Fortaleza**: relatório. Fortaleza, 2006.

FORTALEZA. Lei nº 8000, de 29 de janeiro de 1997: trata da Reforma Administrativa de Fortaleza. **Diário Oficial do Município de Fortaleza**, Fortaleza, n.11.032, 29 jan. 1997.

FORTALEZA. Portaria nº 42/2009 em 30 de outubro de 2009. Institui o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia. **Diário Oficial do Município de Fortaleza**, Fortaleza, n. 14.185, p. 12, 16 nov. 2009.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza**: 2006-2009. Fortaleza, 2010.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2009**. 2009. Disponível em: <<http://www.saudefortaleza.ce.gov.br>>. Acesso em: 5 set. 2011.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão do ano de 2006**. Fortaleza, 2007.

FRIAS, L.M.P.S. **Violência sexual contra a mulher**: as representações sociais de profissionais de saúde. 2003. 134 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

GAFF-SMITH, M. Are rural adolescents necessarily at risk of poorer obstetric and birth outcomes? **Aust. J. Rural Health**, v. 13, n. 2, p. 65-70, 2005.

GALLETTA, M.A.; ZUGAIB, M.O. O risco obstétrico da gravidez na adolescência. **Rev. SOGIA**, São Paulo, v. 2, n. 6, p. 12-14, 2005.

GAMA, S.G.N.; SZWARCOWALD, C.L.; LEAL, M.C. Experiências de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérpera de baixa renda. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 153-161, 2002.

GAMA, S.G.N.; SZWARCOWALD, C.L.; LEAL, M.C.; THEME FILHA, M.M. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 74-80, 2001.

GARWICK, A.W.; RHODES, K.L.; PETERSON-HICKEY, M.; HELLERSTEDT, W.L. Native teen voices: adolescent pregnancy prevention recommendations. **J. Adolesc. Health**, v. 42, n. 1, p. 81-88, 2008.

GIL, A.C. **Método e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GOLDENBERG, P.; FIGUEIREDO, M.C.T.; SILVA, R.S. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais. Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 14, p. 1077-1086, 2005.

GOMES, A. M.T.; OLIVEIRA, D.C. Autonomia profissional em um desenho atômico: representações sociais de enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, p. 608-615, 2010a.

GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C. O núcleo central das representações de enfermeiros acerca da enfermagem: o papel próprio da profissão. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 352-358, 2010b.

GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C.; MARQUES, S.C. A representação social do trabalho do enfermeiro na programação em saúde. **Psicologia. Teoria e Prática**, São Paulo, v. esp., p. 79-90, 2004.

GOMES, K.O.; COTTA, R.M.M.; ARAUJO, R.M.A.; CHERCHIGLIA, M.L.; MARTINS, T.C.P. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, 881-892, 2011.

GOMES, R.; FONSECA, E.M.G.O.; VEIGA, J.M.O. A visão do pediatra acerca da gravidez na adolescência: um estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 415-422, maio/jun. 2002.

GOUVEIA, H.G.; LOPES, M. H.B.M. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 205-208, abr. 2004.

GUBERT F.; VIEIRA, N.; PINHEIRO, P.; COSTA, E. Nursing care promoting dialogue among mother and adolescent daughter: descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 8, n. 3, p. 1-8, 2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2648>>. Acesso em: 5 set. 2011.

GUERRA, A.F.F.S.; HEYDE, M.E.D.; MULINARI, R.A. Impacto do estado nutricional no peso ao nascer de recém-nascidos de gestantes adolescentes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.29, n.3, p.126-133, 2007.

GURGEL, M. G. I. **Prevenção da gravidez na adolescência**: atuação da enfermeira na perspectiva da promoção da saúde. 2008. 116 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

GURGEL, M. G. I.; ALVES, M. D. S.; PINHEIRO, P.N.C.; MOURA, E.R.F.; RÊGO, R.M.V. Prevenção da gravidez na adolescência e reorientação dos serviços de saúde-estudo qualitativo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, p.1-10, 2010c.

GURGEL, M. G. I.; ALVES, M. D. S.; MOURA, E.R.F.; PINHEIRO, P.N.C.; RÊGO, R.M.V. **Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: concepções e prática da enfermeira**. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery, 2011.

GURGEL, M.G. I.; ALVES M.D.S.; VIEIRA N.F.C.; PINHEIRO P.N.C.; BARROSO G.T. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 800-806, 2008.

GURGEL, M.G.I.; ALVES, M.D.S.; MOURA, E.R.F.; PINHEIRO, P.N.C.; ARAUJO, M.A. L.; RÊGO, R.M.V. Ambiente Favorável à Saúde: Concepções e Práticas da Enfermeira na Prevenção da Gravidez Precoce. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.11, p.82-90, 2010a.

GURGEL, M.G.I.; ALVES, M.D.S.; MOURA, E.R.F.; PINHEIRO, P.N.C.; RÊGO, R.M.V. Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.31, p.640-646, 2010b.

HANS, H. Access to the pill for under-16s: a mum's view. **Practice Nursing**, v. 20, n. 2, p. 70-75, Feb. 2009.

HARRÉ, R. Gramática e léxicos, vetores das representações sociais. *In*: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Tradução Lilian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 63.

HEILBORN, M.L.; AQUINO, E.M.L.; BOZON, M.; KNAUTH, D.R. (Org.). **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Fiocruz: Garamond, 2006.

HILL, M.M.; HILL, A. **Investigação por questionário**. 2. ed. Lisboa: Sílabo, 2005.

HOGA, L.A.K.; BORGES, A.L.V.; REBERTE, L.M. Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativas dos membros da família. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 151-157, jan./mar. 2010.

HOGAN, W.R.; WAGNER, M.M. Accuracy of data in computer-based patient records. **J. Am. Med. Inform.**, v. 4, p. 432-435, 1997.

IBGE. **Indicadores sociais brasileiros**. Rio de Janeiro, 2000.

JODELET, D. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. **Soc. Estado**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 679-712, Dec. 2009.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. *In*: JODELET, Denise (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed.UERJ, 2001. p. 17-44.

KERR-PONTES, L.R.S.; ROUQUAYROL, M.Z. Medidas de saúde coletiva. *In*: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003 p.728.

KODJO, C.M.; KLEIN, J.D. Prevention and risk of adolescent substance abuse. The role of adolescents, families and communities. **The Pediatric Clinics of North America**, v. 49, p. 257-268, 2002.

LANSKY, S.; FRANCA, E.; LAEL, M.C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 759-772, 2002.

LAPLANCHE, J. **Vocabulário da psicanálise**: Laplanche e Pontalis. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

LARSON, K.L. An ethnographic study of sexual risk among Latino adolescents in North Carolina. **Hispanic Health Care Int.**, v. 7, n. 3, p. 160-169, 2009.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M.H.P. **O Atestado de óbito**. São Paulo: CBCD, 2004. (Série Divulgação, n. 1).

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D. **O sistema de informações sobre mortalidade**: passado, presente e futuro. São Paulo: CBCD, 2006. (Série Divulgação, n. 11).

LEITE, R.F.B.; VELOSO, T.M.G. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 374-389, jun. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-9892008000200012 &lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 ago. 2011.

LEITE, R.F.B.; VELOSO, T.M.G. Limites e avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 50-62, mar. 2009.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e empregos na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p.189-201, 2003.

LYSOBY, L. A review of the international literature on health promotion competencies: identifying frameworks and core competencies. **Global Health Promotion**, v. 16, n. 2, p. 5-11, 2009.

MAGALHÃES, M.L.C. **Aspectos da gravidez na adolescência em maternidade escola de Fortaleza**. 2004. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2004.

MARQUES, S. C.; TYRREL, M. A. R.; OLIVEIRA, D. C. A produção científica da enfermagem na perspectiva da representação social. Brasil, 1975-2001. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 762-769, 2006.

MARTINS, E.F.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Determinantes da mortalidade neonatal a partir de uma coorte de nascidos vivos, Montes Claros, Minas Gerais, 1997-1999. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 4, n. 4, p. 405-412, 2004.

MELLO-JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, E.S.L.D. O Sistema de Informação de Atenção Básica como fonte de dados para o Sistema de Informações sobre Mortalidade e sobre Nascidos vivos. **Inf. Epidemiol. SUS**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 7-18, 2001.

MELLO-JORGE, M.H.P.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S.L.D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 643-654, 2007.

MELLO-JORGE, M.H.P.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S.L.D. O sistema de Informações sobre Mortalidade–SIM. Concepção, Implantação e Avaliação 1. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília, 2009. v. 2. (Série B, Textos Básicos de Saúde).

MELO, E.C.A.; MATOZO, L. A gravidez na adolescência: um desafio da globalização. **Formadores**, Cachoeira, v. 2, p. 251-260, 2008.

MENEZES, W.N. **A barriga cresceu... adeus meninas!!! exclusão social: o real e o simbólico na gravidez adolescente**. João Pessoa: Idéia, 2002.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2011.

MINAMISAVA, R.; BARBOSA, M. A.; MALAGONI, L.; ANDRAUS, L. M. S. Fatores associados ao baixo peso ao nascer no estado de Goiás. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 6, n. 3, p. 336-340, 2004.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. (Org.). **Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R.S. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

MORIN, E. **Para onde vai o mundo?** Petrópolis: Vozes, 2010.

MOSCOVICI, S. Prefácio. *In*: GUARESCHI, P.A.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p.324.

MOSCOVICI, S. **Representação social da psicanálise**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigação em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOURA, E.R.F.; GONDIM, P.S.; LIMA, D.M.C.; SOUZA, I.O.; EVANGELISTA, D.R. Perfil sexual e reprodutivo e percepções de adolescentes de escolas públicas sobre comportamento sexual e reprodutivo. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 1, p. 58-66 2011.

MOURA, E.R.F.; SOUZA, C.B.J.; EVANGELISTA, D.R. Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes de escolas públicas e privadas de Fortaleza-CE. **REME Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 13, n. 2, p. 266-273, abr./jun. 2009.

NABHAN, S.S.; OLIVEIRA, R.Z. Óbitos infantis, características maternas e de assistência em município da região noroeste do Paraná, Brasil, 1999 a 2006. **Acta Scientiarum. Health Sci.**, v. 31, n. 1, p. 71-76, 2009.

NADER, P.R.A.; COSME, L.A. Parto prematuro de adolescentes: influência de fatores sociodemográficos e reprodutivos, Espírito Santo, 2007. **Rev. Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 338-345, jun. 2010.

NASCIMENTO, I.P. De que família estamos falando? entre o ideal e o vivido. *In*: ORNELLAS, Marida de Lourdes. (Org.). **Escuta clivada**. Salvador: Quarteto, 2010. p. 9-258.

NASCIMENTO, I.P. Projeto de vida de adolescentes de escolas públicas: um estudo psicossocial sobre suas representações. **Imaginário (USP)**, São Paulo, v. 11, p. 55-80, 2006.

NEVES FILHO, A.C. **Perfil das gestantes atendidas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand e associação entre idade materna e baixo peso ao nascer**. 2002. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

NÓBREGA, S. M. **O que é representação social**. 1990. Tese (Doutorado em psicologia social) – École des Hautes Études in Sciences Sociales, Paris, 1990.

NÓBREGA, S. M. Sobre a teoria das representações sociais. *In*: MOREIRA, A.S.P.; JESUINO, J.C. (Org.). **Representação social**: teoria e prática. 2. ed. João Pessoa: Ed. Universitária, 2003. p. 51-80.

NUTTALI, D. Young people's health: a public health concern. **Nurse Prescribing**, v. 6, n. 10, p. 450-455, 2008.

OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T.; CATOIA, E.A. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiania, v. 11, n. 4, p. 820-829, 2009.

OLIVEIRA, D.C. Pontuando sobre o desenvolvimento metodológico dos estudos de representações sociais nas pesquisas brasileiras. *In*: ENCONTRO DE ESTUDO DE PESQUISAS INTERDISCIPLINARES EM REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: TEORIA PESQUISA E INTERVENÇÃO, 2003, Natal. **Anais**. Natal: Cargraf, 2003.

OLIVEIRA, D.C.; FISHER, F.M.; TEIXEIRA, M.C.; GOMES, A. M. T. Adolescência, Trabalho e Estudo: análise comparativa das representações sociais de adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. **Revista Enfermagem (UERJ)**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 229-237, 2005.

OLIVEIRA, D.C.; GOMES, M.T.; MARQUES, S.C.; THIENGO, M.A. "Pegar", "ficar" e "namorar": representações sociais de relacionamentos entre adolescentes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 496-502, out. 2007.

OLIVEIRA, D.C.; MARQUES, S.C.; GOMES, A.M.T.; TEIXEIRA, M.C.T.V. Análises das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P. *et al.* **Perspectivo teórico metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Ed. Universitária, 2005. p.573-603.

OLIVEIRA, D.C.; SÁ, C.P. Futuro e liberdade: o trabalho e a instituição escolar nas representações sociais de adolescentes. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 6, n. 2, p. 245-258, 2001.

OLIVEIRA, E.F.V.; GAMA, S.G.N.; SILVA, C.M.F.P. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.3, p. 567-578, jan./mar. 2010.

OLIVEIRA, J.F.; MCCALLUM, C.A.; COSTA, H.O.G. Representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde acerca do consumo de drogas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 611-618, set. 2010.

OLIVEIRA, N.C.; MOURA, E.R.F.; SILVA, C.F. Perfil dos nascidos vivos de Maranguape-CE: a partir da série histórica de 2000 a 2003. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 52-59, 2007.

OLIVEIRA, R.M. A construção do conhecimento nas práticas de educação em saúde: repensando a relação entre profissionais dos serviços e a população. **Perspect. Ciênc. Inf.**, Belo Horizonte, n. especial, p. 22-45, jul./dez. 2003.

OLTRAMARI, L.C.; CAMARGO, B.V. Representações sociais de profissionais do sexo sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e contracepção. **Psicol. Teor. Prat.**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 75-87, dez. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatorio de mortalidad einfanti entre 1965-1970 e 2000-2005 (Nações Unidas)**. 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/dg/chan/en>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Necessidades de salud de los adolescentes**. Genebra, 1977. (Serie de Informativos Técnicos, n. 609).

PAIVA, N.S.; COELI, C.M.; MORENO, A.B.; GUIMARÃES, R.M.; CAMARGO JUNIOR, K.R. Sistema de informações sobre nascidos vivos: um estudo de revisão. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 2, p. 2008. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2131>. Acesso em: 18 mar. 2010.

PARAGUASSU, A.L.; COSTA, M.C.; NASCIMENTO SOBRINHO, C.L.; PATEL, B.N.; FREITAS, J.T.; ARAUJO, F.P.O. Situação sociodemográfica e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de adolescentes, Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 373-380, 2005.

PARAVINO, R. N. Teoria das representações sociais: pertinência para as pesquisas em comunicação de massa. Trabalho apresentado no núcleo de teoria das comunicações. *In*: CONGRESSO ANUAL EM CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 26., 2003, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, 2003.

PENÃ BORREGO, M.B.; ESPERÓN, J.M.T.; LEMUS, F.P. Conocimientos y comportamientos sobre salud y sexual y reproductiva. **Revista Cubana de Enfermagem**, Habana, v. 21, n. 1, ,jane./abr. 2005. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100009&lng=es&nrm=iso>. Acesso em maio de 2010.

PEREIRA, Z.S. **Sexualidade na adolescência**. 2008. Disponível em: <<http://webartigo.com/articles/6952/sexualidadenaadolescencia/pagina1.html>>. Acesso em: 4 out. 2008.

PETERLINI, O.L.G.; ZAGONEL, I.P.S. O sistema de informação utilizado pelo enfermeiro no gerenciamento do processo de cuidar. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 418-426, jul./set. 2006.

PINHEIRO, A.A.A. A criança e o adolescente, representações sociais e processo constituinte. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 343-355, set./dez. 2004.

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

PINTO, I.C.; RODOLPHO, F.; SCOCHI, C.G.S. Possibilidades de tomada de decisão a partir do Sistema de Informação de Nascidos Vivos. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 262-267, 2004.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: ART, 2004.

PORTO, M.F.S. **Uma ecologia política dos riscos**: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

PUHL, C.H.; PEREIRA, L.D.C.; GRIZARD, N.; HALLAL, A.L. Morbimortalidade do recém-nascido de mãe de adolescente. **Arquivos Catarinece de Medicina**, v. 36, n. 3, p. 52-58, 2007.

RAMOS, H.A.C.; CUNAN, K.N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 297-304, abr./jun. 2009.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE RIPSA. **Indicadores básicos de saúde no Brasil**. Brasília, 2003.

REIS, A.O.A.; RIBEIRO, M.A.A. **Gravidez na adolescência**. 2007. p.1-5. Disponível em: <<http://www.fozdoiguacu.pr.gov.br/noticias/link44.htm>>. Acesso em: 26 set. 2011.

REIS, A.T.; OLIVEIRA, D.C. Representações sociais sobre Saúde entre adolescentes de escolas públicas do município do Rio de Janeiro. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 472-478, 2009.

RESSEL, L.B.; JUNGES, C.F.; SEHNEM, G.D.; SANFELICE, C. A influência da família na vivência da sexualidade de mulheres adolescentes. **Esc. Anna Nery Rev Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 245-250, 2011. Disponível em: <<http://www.fozdoiguacu.pr.gov.br/noticias/link44.htm>>. Acesso em: 4 ago. 2011.

RIBEIRO, V.S.; SILVA, A.A.M. Tendência da mortalidade neonatal em São Luiz do Maranhão, Brasil, de 1979 a 1996. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.429-438, abr./jun. 2000.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

ROCHA, R.C.L.; SOUZA, E.; GRAZELLI, C.A.F.; CHAMBÔ-FILHO, A.; SOARES, E.P.; NOGUEIRA, E.S. Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 28, n.9, p. 530-535, 2006.

RODRIGUES, D.P. **Representação social sobre o cuidado de enfermagem vivenciado durante o puerperio**. 2005. 135 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

RODRIGUES, K.S.F.; ZAGONEL, I.P.S. Perfil epidemiológico de nascimentos em Foz do Iguaçu/PR: indicador para planejamento do cuidado do enfermeiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 34-542, jul./set. 2010.

RODRIGUES, M.L.; LIMA, Kenio Costa; RONCALLI, Ângelo Giusepppe. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 71-82, 2008.

ROMERO, D.E.; CUNHA, C.B. A Avaliação das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registradas no sistema de informação sobre mortalidade no Brasil (1996/2000). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 673-684, 2006.

ROTTA, Luís Antônio; ANDRADE, L.O.M. A Estratégia saúde da Família e as Tecnologias de Informação: o seu uso entre médicos e enfermeiros na atenção básica em Sobral-CE. **Sanare**, Sobral, v. 5, p. 175-186, 2004.

SÁ, C.P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998.

- SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e estado atual da teoria. *In*: SPINK, M.J.P. **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 19-45.
- SAITO, M.I.; LEAL, M.M. Educação sexual na escola. **Pediatria**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 44-48, jan./mar. 2000.
- SAYEGH, M.A.; CASTRUCCI, B.C.; LEWIS, K.; HOBBS-LOPEZ, A. Teen pregnancy in Texas 2005 to 2015. **Matern. Child Health J.**, v. 14, n. 1, p. 94-101, Jan. 2010.
- SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 707-712, 2005.
- SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.
- SCHWINGEL, B.; CAVEDON, N.R. As representações sociais dos médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas de equipes de saúde da família sobre educação em saúde. *In*: MISOCZKY, Maria Ceci; BORDIN, Ronaldo (Org.). **Gestão local em saúde**: práticas e reflexões. Porto Alegre: Dacasa, 2004. p. 236.
- SCOT, A. A. *et al.* Preventing repeat pregnancies and other negative outcomes: among Mpregnant and parenting Hispanic adolescents. **J. Multicultural Nurs. Health.**, v. 10, n. 3, p. 34-40, 2004.
- SHIMIZU, H.E.; REIS, L.S. As representações sociais dos trabalhadores sobre o Programa Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, ago. 2011.
- SILVA, A.A.M.; RIBEIRO, V.S.; BORBA JR., A.F.; COIMBRA, L.C.; SILVA, R.A. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 1997-1998. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 508-514, 2001.
- SILVA, C.F.; LEITE, A.J.M.; ALMEIDA, N.M.G.S.; GONDIM, R C. Fatores de riscos para mortalidade infantil no município do Nordeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis – 2000 a 2002. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 69-80, 2006.
- SILVA, C.F.; LEITE, A.J.M.; ALMEIDA, N.M.G.S. Linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis em município do Nordeste do Brasil: qualidade dos sistemas de informação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1552-1558, 2009.
- SIMÕES, V.M.F.; SILVA, A.A.M.; BETTIOL, H.; LAMY-FILHO, F.; TONIAL, S.R.; MOCHEL, E.G. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 559-565, 2003.
- SOUSA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14,supl.1, set./out.p.1325-1335, 2009.

SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999. 296 p.

SPINK, M.J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. *In: GUARESCHI, P.A; JOVCHELOVITCH, S. (Org.) Textos em representações sociais*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 117-145.

SPINK, M.J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. *In: SPINK, M.J. (Org.) O conhecimento no cotidiano: as representações sociais*. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 311.

SPINK, M.J.P.; MEDRADO, B. Produção do sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. *In: SPINK, M.J.P. (Org.) Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximação teórico e metodológica*. São Paulo: Cortez, 1999. p. 63-93.

SPINK, M.J.P.; MEGANON, V.M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológico. *In: SPINK, M.J.P. (Org.) Práticas discursivas e produção do sentido no cotidiano, aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999. p.63-92.

TAQUETTE, S. (Org.). **Mulher adolescente jovem em situação de violência**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, 2007.

THIENGO, M.A.; OLIVEIRA, D.C.; RODRIGUES, B.M.R.D. Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 68-76, 2005.

TREFFERS, P.E. Teenage pregnancy, a worldwide problem. **Ned. Tijdschr. Geneesk.**, v. 147, n. 47, p. 2320-2325, 2003.

TRINDADE, Z. A. representações e práticas sociais no campo da saúde reprodutiva. *In: ALMEIDA, A.M.; SANTOS, M.F.S.; TRINDADE, Z.A. Sobre representações e práticas sociais*. 2003.

TSAI, Y.F.; WONG T.K. Strategies for resolving aboriginal adolescent pregnancy in eastern Taiwan. **J. Adv. Nurs.**, v. 41, n. 4, p. 351-357, 2003.

TSAI, Y.F.; WONG, T.K. Strategies for resolving aboriginal adolescent pregnancy in eastern Taiwan. **J. Adv. Nurs.** v. 4, n. 4, p. 351-357, 2003.

TURA, F.R. **Os Jovens e a prevenção da AIDS no Rio de Janeiro**. 1997. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

UNICEF. **A league table of teenage births in rich nations**. 2006. Disponível em: <<http://globalis.gvu.unu.edu/indicator.cfm?IndicatorID=127>>. Acesso em: 10 set. 2009

VANLENTEN, B. Today's pregnant teen: how can healthcare professionals combat this prevalent pandemic? **Int. J. Childbirth Educ.**, v. 22, n 1, p. 12-15, 2007.

VANTI, N.A.P. Da bibliometria à webometria: uma exploração conceitual dos mecanismos utilizados para medir o registro da informação e a difusão do conhecimento. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 31, n. 2, p. 152-162, maio/ago. 2002.

VASCONCELOS, L.D.P.G. **Representações sociais das mulheres grávidas sobre o cuidado pré-natal**. 2009. 125 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós- Graduação Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.

VERGÉS, P. L'évocation de l'argent: une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. **Bull. Psychol.**, v. 45, n. 405, p. 203-209, 1992.

VICTORA, C.G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 63-69, 2001.

VICTORA, C.G.; CESAR, J.A. Saúde materno infantil no Brasil: padrões de morbimortalidade e possíveis intervenções. *In*: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N.A. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.728.

VIEIRA, M.L. Crescimento e desenvolvimento de filhos de mães adolescentes no primeiro ano de vida. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 25, n.4, p. 343-348, 2007.

VILLAS BOAS, L.M.FM.; ARAUJO, M.B.S.; TIMOTEO, R.P.S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, ago. 2008.

VISÃO MUNDIAL BRASIL. **Estudo sobre as políticas públicas de proteção a saúde infantil e materna no Brasil**: um olhar especial para os filhos de mães adolescentes. São Paulo, 2011.p.52.

WACHELKE, J.F.R. O vácuo no contexto das representações sociais: uma hipótese explicativa para a representação social da loucura. **Est. Psicol.**, v. 10, n. 2, p. 313-320, 2005.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. *In*: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. cap. 1, p. 3-35.

WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). **Reducing risks, promoting healthy life**: The World Health Report. Geneva, 2002.

YAKO, E.M.; YAKO, J.M. A descriptive study of the reasons and consequences of pregnancy among single adolescent mothers in Lesotho. **Curationis**, v. 30, n. 3, p. 74-81, 2007.

ZIPF, G.K. **Human behavior and the principle of least effort**: an introduction to human ecology. Cambridge, MA: Addison-Wesley Press, 1949.

ZWEIG, J.M.D.; PHILLIPS, S.; LINDBERG, L.D. Predicting adolescent profiles of risk: looking beyond demographics. **Journal of Adolescent Health**, v. 31, p.343-353, 2002.

APÊNDICES

APENDICE A – DOUTORADO SANDUICHE

1 DO QUERER AO FAZER: RELATO DE EXPERIÊNCIA

A política de cooperação internacional e de formação de recursos humanos no exterior desenvolve a estratégia de intercâmbios internacionais como uma das formas de contribuir para o fortalecimento dos programas de pós-graduação na formação de pesquisadores brasileiros. Essa política científica e tecnológica nacional é coordenada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico(CNPq) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nivel Superior(CAPES), que, de 1998 a 2009, concedeu 30.578 bolsas, das quais 12.676 para “doutorado sanduíche”, representando 41% da totalidade(BRASIL,2010).

Com o ingresso no Doutorado da Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará em 2009, adveio o desejo de participarmos desse intercâmbio, partilhado com a orientadora, Prof.^a Dr.^a Maria Dalva Santos Alves, que deu todo apoio e estímulo. A principio, pareceu uma possibilidade distante, mas, com a disciplina Seminário II, que aborda esse aspecto, houve então a aproximação e o despertar de forma mais consciente para participar da seleção e concretizar a experiência.

Esta modalidade de intercâmbio está inserida em um dos programas que reforça a linha de atuação da CAPES, denominado Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior (PDEE), conhecida como “Doutorado Sanduíche”. Possibilita ao doutorando desenvolver parte de sua pesquisa em instituição estrangeira a um só tempo, por um período de quatro até 12 meses.

Para a participar do PDEE, é necessário o candidato submeter-se ao processo seletivo, regido por Edital publicado no exercício de cada ano, constando calendário, requisitos, atribuições e procedimentos que regem a seleção. Após a aprovação e homologação, a CAPES designa um técnico para acompanhamento do doutorando durante o período do estagio no Exterior. O encerramento se dá com o envio do Relatório de avaliação final das atividades acadêmicas no Exterior, considerado importante acervo de informações para a CAPES, bem como para a comunidade acadêmica, pesquisadores e futuros candidatos a bolsistas(CAPES, 2010).

Portanto, é importante compartilhar a experiência do intercâmbio com base na síntese do relatório final da CAPES na modalidade “doutorado sanduíche”.

O doutorado sanduíche ocorreu na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro-Portugal, de novembro de 2010 a fevereiro de 2011, tendo como coorientadora a Prof.^a Dr.^a Alexandra Isabel Cardador de Queirós, com o projeto de tese resumida - *Repercussões da gravidez na adolescência para o recém-nascido*, que objetivou analisar a gravidez na adolescência e as repercussões para o recém-nascido e traçar um paralelo entre as realidades brasileira e portuguesa. Este decorreu em conformidade com o planejamento descrito no cronograma e plano de atividades, que foram concretizadas com sucesso explicitados nos relatórios para a CAPES: *Relatório final da atividades da doutoranda*, relatórios da orientadora e coorientadora.

O relatório final das atividades do “doutorado sanduíche” representou, além de uma avaliação da própria atividade-fim da CAPES, uma oportunidade para manifestar a opinião em relação a todos os fatores essenciais ao sucesso de um treinamento acadêmico no Exterior, possibilitando críticas e sugestões que contribuam com a melhoria do Programa de Bolsas no Exterior. É composto de quatro partes, a primeira das quais versa sobre a avaliação geral, e possibilitou o relato da adaptação à cultura e ao ambiente acadêmico, à infraestrutura (espaço de estudo, acesso a computador e rede), adequação da bolsa ao custo de vida e qualidade de vida do bolsista.

A segunda parte tratou-se de uma avaliação do programa, departamento e IES de origem no Brasil. A terceira possibilita o registro da produção intelectual somente no período da presente atividade no Exterior e, por fim, a avaliação final, com questionamento quanto à recomendação da Universidade e coorientador para outros bolsistas; e a descrição de que forma o intercâmbio aumentou a inserção ou qualidade do seu trabalho no Brasil.

No último item permitiu fazer uma avaliação do desempenho da CAPES desde a seleção, homologação, eficiência no pagamento da bolsa e interface digital da CAPES com a bolsista. O relatório é enviado *on line* no prazo de 90 dias da conclusão do intercâmbio.

No relatório final da orientadora e coorientadora foram descritas as atividades desenvolvidas nesse período, como ocorreu a coleta de dados da pesquisa da tese resumida e também as atividades que a subsidiaram, tais como visita técnicas a instituições, curso, participação em eventos científicos, contatos relevantes, outras atividades realizadas e fase de conclusão.

Portanto, a experiência do intercâmbio possibilitou a ampliação do conhecimento, por meio da aproximação da realidade do Estado Brasileiro com a de Portugal; o intercâmbio

sociocultural; o ganho de conhecimento em diversas dimensões, bem como a ampliação das possibilidades geradora de futuras parcerias

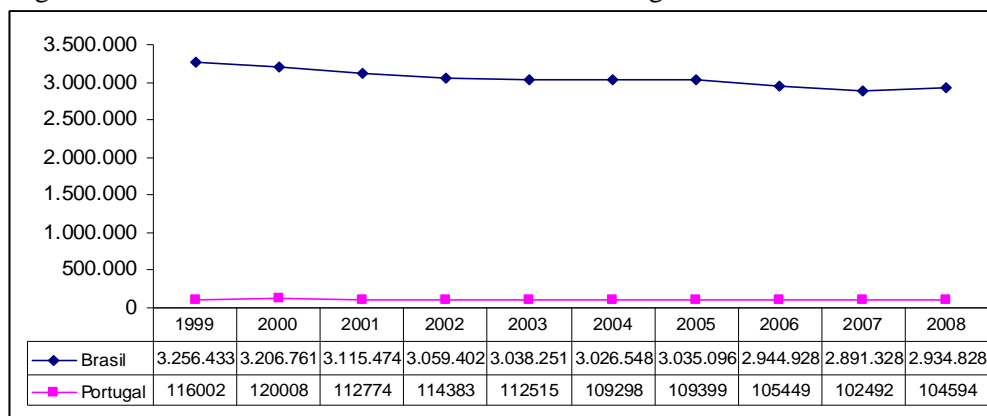
2 REPERCUSSÕES DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA PARA O RECÉM-NASCIDO: PARALELO ENTRE AS REALIDADES BRASILEIRA E PORTUGUESA

Consideramos que a gravidez na adolescência e suas repercussões materno infantis, constituem problemática global. A comparação entre Brasil e Portugal, países distintos, porém com algumas semelhanças culturais, permite refletir melhor sobre a nossa própria realidade, ao identificar proximidades e diferenças quanto aos indicadores referentes ao objeto de estudo.

Ademais, de acordo com estudos realizados pela Associação para o Planejamento Familiar e o Projeto ROSA (Responsabilidade, Oportunidade, Solidariedade e Ação), restou comprovado que Portugal é o segundo país da Europa Ocidental em gravidez na adolescência. Em 2005, 4.500 jovens de menos de 19 anos foram mães no País. Em 2000, eram cerca de 7.600; mesmo em declínio, os números estão longe de chegar a média europeia, e destacaram a importância de sensibilizar as autoridades quanto à necessidade de ampliar o acesso dos adolescentes aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva (PORTUGAL, 2005).

Ao analisar a série histórica de nascidos vivos do Brasil e Portugal (FIGURA 1), observamos que os nascimentos diminuem.

Figura 1 - Coorte de nascidos vivos no Brasil e Portugal de 1999 a 2008

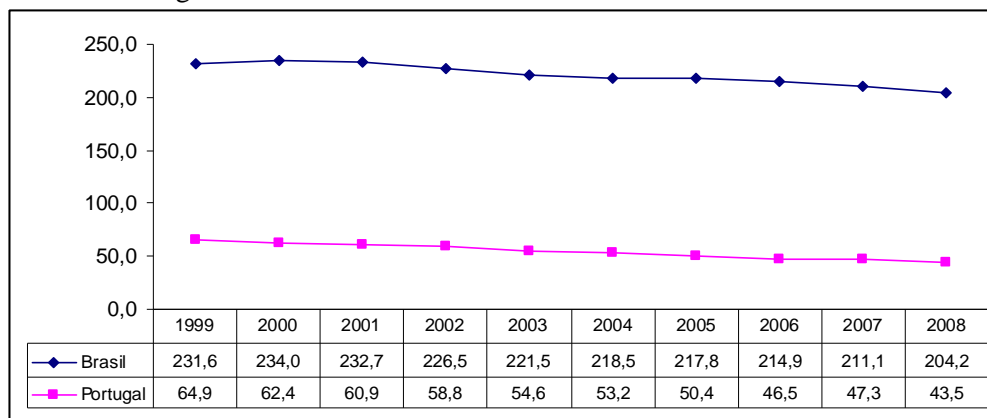


Fonte: DATATUS/Brasil

Fonte: Instituto Nacional de Estatística/Portugal

Ao verificar a incidência de nascidos vivos filhos de adolescente entre o Brasil e Portugal (FIGURA 1) no período de dez anos, observamos que o Brasil apresenta uma incidência de quase cinco vezes a mais que Portugal.

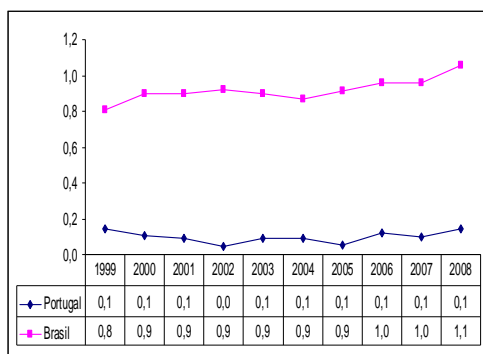
Figura 2 - Incidência de nascidos vivos de mãe adolescente (10 a 19 anos) no Brasil e Portugal de 1999 a 2008



Fonte: DATATUS/Brasil Fonte: Instituto Nacional de Estatística/Portugal.

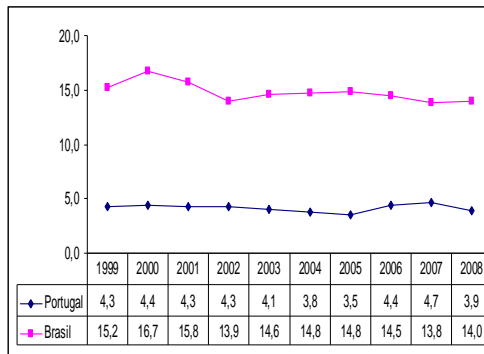
A incidência de nascidos vivos de mães adolescentes em ambos os países ao longo deste período tem-se mantido com tendência decrescente, no entanto, quando analisada a adolescência precoce e tardia, as de dez a 14 anos apresentaram uma tendência de crescimento maior do que as de 15 a 19 anos (FIGURAS 3 e 4).

Figura 3 - Incidência de nascidos vivos de mãe adolescente de 10 a 14 anos no Brasil e Portugal de 1999 a 2008.



Fonte: DATATUS/Brasil
Fonte: Instituto Nacional de Estatística/Portugal

Figura 4 - Incidência de nascidos vivos de mãe adolescente de 15 a 19 anos no Brasil e Portugal de 1999 a 2008.

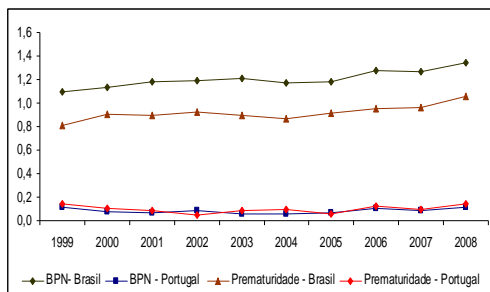


2.1 Baixo peso ao nascer e prematuridade

Quando examinadas as repercussões da gravidez na adolescência para o recém-nascido de mãe adolescente, quanto ao baixo peso ao nascer e prematuridade, observamos que baixo

peso ao nascer exibe incidência maior do que a prematuridade nos dois países, tanto para a adolescência precoce como para a tardia, mas essa realidade expressa valores bem diferentes, o Brasil possui valores significativamente maiores.

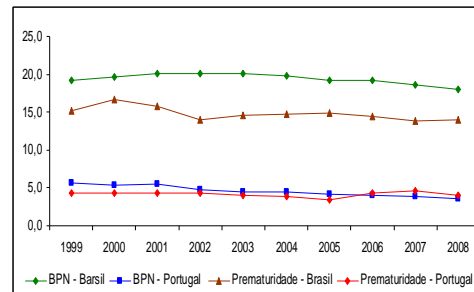
Figura 5 - Incidência de baixo peso ao nascer e prematuridade de nascidos vivos de mãe de dez a 14 anos no Brasil e Portugal de 1999 a 2008.



Fonte: DATATUS/Brasil.

Fonte: Instituto Nacional de Estatística/Portugal.

Figura 6 - Incidência de baixo peso ao nascer e prematuridade de nascidos vivos de mãe de 15 a 19 anos no Brasil e Portugal de 1999 a 2008.



Nessa análise, é importante considerar algumas medidas comparativas, importante e específicas de cada País, quanto a economia, educação e saúde, pois refletem diretamente nos indicadores. Portugal ocupa a 29ª posição do *ranking* do IDH(0,897), o Brasil a 70ª posição, com 0,800. A taxa de alfabetização em Portugal é de 93,3% (91º), o Brasil, é de 88,6% no 120º lugar. Enquanto o gasto em saúde em Portugal é de 11,3% do Produto Interno Bruto, no Brasil é de 9%. A expectativa de vida em Portugal chega a 78,4 anos; no Brasil; a 72,5. (INDEX MUNDI, 2008).

Esses indicadores demonstraram que o investimento em saúde, educação e qualidade de vida da população reflete de forma positiva na saúde e vida das pessoas.

Vale destacar que o fato de que os dois países buscam a consolidação da política de saúde por meio da reorientação do sistema com suporte na atenção básica, com ênfase nas ações de promoção da saúde. No Brasil a ampliação da Estratégia Saúde da Família, é uma prioridade da Política Nacional de Saúde.

Em Portugal a prioridade é a reformulação dos cuidados de saúde primários, com a reconfiguração dos centros de saúde, orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados: maior proximidade, fácil acessibilidade e obtenção de ganhos em saúde. O País investe em cinco eixos prioritários: saúde da pessoa, da família e da comunidade; “governança” clínica e de saúde; recursos humanos e desenvolvimento profissional; gestão, organização e participação e, por fim, a inovação e qualidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Diretoria de Relações Internacionais. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **ape.S/MEC**. Brasília, 2010.

CAPES. Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior (PDEE). **Processo Seletivo 2010. Edital DRI/CGBE nº 13/2009**. Brasília, 2010.

PORTUGAL. Associação Planeamento Familiar. **Relatório do Projeto ROSA: Responsabilidade, Oportunidade, Solidariedade e Ação**. Lisboa, 2005.

INDEX MUNDI. **Relatório dos Indicadores Sociais, Econômicos e Saúde, 2008**. 2008. Disponível em: <<http://www.indexmundi.com/about.html>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

APÊNDICE B – Dados demográficos de adolescente por SER - Fortaleza/2009

SER	População Geral/Hab	Adolescentes 10-19anos	Adolescente Feminina		
			10-14 anos	15 -19 anos	10-19 anos
SER I	397.975	74.378	18.178	19.087	39.031
SER II	364.870	68.164	16.666	17.499	34.165
SER III	398.423	74.432	18.198	19.108	37.307
SER IV	304.011	56.794	13.886	14.580	28.466
SER V	529.903	98.994	24.485	27.483	51.968
SER VI	510.372	95.342	23.312	24.478	47.789
Fortaleza	2.505.554	468.078	114.443	120.167	234.610

Fonte: CEVEPI/SMS- População de Fortaleza por SER e Faixa Etária – 2009

* Estimativas calculadas pela CEVEPI a partir dos dados do IBGE, apresentados no site do DATASUS, como população residente por faixa etária.

APÊNDICE C – TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

O que vem à cabeça quando se fala em **prevenção da gravidez na adolescência**?

Registre seis palavras e numere em ordem decrescente de importância atribuída, ou seja, hierarquizar as palavras com a ordenação da mais importante para a menos importante.

APENDICE D – TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

O que vem à cabeça quando se fala em **riscos da gravidez na adolescência**?

Registre seis palavras e numere em ordem decrescente de importância atribuída, ou seja, hierarquizar as palavras com a ordenação da mais importante para a menos importante.

APENDICE E – ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO

Parti I – DADOS SOCIODEMOGRAFICOS

1. - Identificação

1.1. Idade _____ 1.2. Sexo () Feminino () Masculino.

1.3. Ano de formatura _____

1.4. Pós Graduação: () Especialização () Mestrado () Doutorado

1.4.1. Em caso positivo especificar a área de concentração _____

1.5. SER em que trabalha

() SER I () SER II () SER III () SER IV () SER V () SER VI

1.6 Tempo de atuação a ESF _____ 1.7 Tempo de atuação no CSF atual _____

1.8. Tem formação na temática "Saúde do Adolescente.".

() Sim, especifique _____

() Não

Parti II – REPRESENTAÇÕES

2. Representações dos enfermeiros sobre a prevenção e repercussões da gravidez na adolescência

2.1 O que significa para você a prevenção da gravidez na adolescência?

2.2 O que significa para você os riscos da gravidez na adolescência?

2.3 Que ações você vem desenvolvendo na ESF com vista à prevenção da gravidez na adolescência?

2.4 Como você analisa os sistemas de informação (SINASC e SIM) no planejamento das ações de prevenção da gravidez na adolescência?

2.5 Que dificuldades você tem enfrentado no desenvolvimento das ações de prevenção da gravidez na adolescência?

APENDICE F – CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA POR SER**SER I**

1. CSF 4 VARAS
2. CSF CARLOS RIBEIRO
3. CSF CASEMIRO JOSE DE LIMA FILHO
4. CSF FERNANDO FACANHA
5. CSF FLORESTA
6. CSF FRANCISCO DOMINGOS DA SILVA
7. CSF GUIOMAR ARRUDA
8. CSF JOAO MEDEIROS DE LIMA
9. CSF LINEU JUCA
10. CSF MEDIANEIRA
11. CSF PAULO DE MELO MACHADO
12. CSF PROF JOSE REBOUCAS MACAMBIRA
13. CSF UNIAO PIRAMBU (ONG MEDICOS SEM FRONTEIRAS)
14. CSF VIRGILIO TAVORA

SER II

1. CSF AIDA SANTOS E SILVA
2. CSF BENEDITO ARTHUR DE CARVALHO
3. CSF DR CELIO BRASIL GIRAO
4. CSF FLAVIO MARCILIO
5. CSF FREI TITO DE ALENCAR LIMA
6. CSF IRMA HERCILIA LIMA ARAGAO
7. CSF MEIRELES
8. CSF MIRIAM PORTO MOTA
9. CSF ODORICO DE MORAIS
10. CSF PAULO MARCELO MARTINS RODRIGUES
11. CSF PIO XII
12. CSF RIGOBERTO ROMERO

SER III

1. CSF ANASTACIO MAGALHAES
2. CSF CESAR CALS DE OLIVEIRA FILHO
3. CSF CLODOALDO PINTO
4. CSF ELIEZER STUDART
5. CSF FRANCISCO PEREIRA DE ALMEIDA
6. CSF GEORGE BENEVIDES
7. CSF HERMINIA LEITAO LIMA
8. CSF HUMBERTO BEZERRA
9. CSF IVANA DE SOUSA PAES
10. CSF JOAO XXIII
11. CSF METON DE ALENCAR
12. CSF PROF JOSE SOBREIRA DE AMORIM
13. CSF PROF LUIZ RECAMONDE CAPELO
14. CSF SANTA LIDUINA
15. CSF SEN FERNANDES TAVORA
16. CSF WALDEMAR ALCANTARA

SER IV

1. CSF ABEL PINTO
2. CSF DE PARANGABA
3. CSF DR LUIS COSTA
4. CSF DR OCELO PINHEIRO
5. CSF DR ROBERTO DA SILVA BRUNO
6. CSF FILGUEIRAS LIMA
7. CSF GUTEMBERG BRAUN
8. CSF LUIS ALBUQUERQUE MENDES
9. CSF OLIVEIRA POMBO
10. CSF PROF JOSE VALDEVINO DE CARVALHO
11. CSF PROJETO NASCENTE
12. CSF TURBAY BARREIRA

SER V

1. CSF ARGEU HERBSTER
2. CSF DO SIQUEIRA
3. CSF DOM ANTONIO DE ALMEIDA LUSTOSA
4. CSF DR ABNER CAVALCANTE BRASIL
5. CSF DR JOAO ELISIO HOLANDA
6. CSF DR JURANDIR PICANCO
7. CSF EDMILSON PINHEIRO
8. CSF FERNANDO CESAR VIEIRA DIOGENES
9. CSF GRACILIANO MUNIZ
10. CSF GUARANY MONTALVERNE
11. CSF JOSE GALBA DE ARAUJO
12. CSF JOSE PARACAMPOS
13. CSF JOSE WALTER
14. CSF LUCIANO TORRES DE MELO
15. CSF LUIZA TAVORA
16. CSF MACIEL DE BRITO
17. CSF MARIA VIVIANE BENEVIDES GOUVEIA
18. CSF PARQUE SAO JOSE
19. CSF PEDRO CELESTINO ROMERO
20. CSF ZELIA CORREIA

SER VI

1. CSF ALARICO LEITE
2. CSF CESAR CALS DE OLIVEIRA
3. CSF DE MESSEJANA
4. CSF DR EDMAR FUJITA
5. CSF DR HELIO GOES FERREIRA
6. CSF DR PEDRO SAMPAIO
7. CSF EVANDRO AYRES DE MOURA
8. CSF FRANCISCO DE MELO JABORANDI
9. CSF FRANCISCO WALDO PESSOA DE ALMEIDA
10. CSF GALBA ARAUJO
11. CSF JANIVAL DE ALMEIDA VIEIRA
12. CSF JOSE BARROS DE ALENCAR
13. CSF MANOEL CARLOS GOUVEIA
14. CSF MARIA DE LOURDES JEREISSATI
15. CSF PROF ANISIO TEIXEIRA
16. CSF PROF JOAO HIPOLITO DE AZEVEDO
17. CSF PROF MAURICIO MATOS DOURADO
18. CSF PROF MONTEIRO DE MORAES
19. CSF TEREZINHA PARENTE
20. CSF VICENTINA CAMPOS

APÊNDICE G – MAPA 1

Categoria: Representação Social dos enfermeiros sobre prevenção da gravidez na adolescência			
Categoria: Desenvolvimento de Habilidades			
Subcategoria: Educação em Saúde	Subcategoria: Defesa de causa/Advocacia	Subcategoria: Anticoncepção	Subcategoria: Projeto de vida
SER II	SER II	SER VI	SER VI
<p>E2 SER II - A transmissão da informação a esta clientela com a caracterização das mudanças físicas, orgânicas e emocionais.</p> <p>E3 SER II- Percebemos que ao contrário das famílias de classe superior, na maioria baixa, a atividade sexual começa cada vez mais cedo, por isso é importantíssimo que haja essa prevenção.</p> <p>E4 SER II- Prevenção de risco de vidas, imaturidade emocional permitir o desenvolvimento cultural e profissional dos jovens, favorecendo um maior controle da natalidade.</p> <p>E7 SER II- Um risco pessoal e um risco social.</p> <p>E8 SER II- Estruturação para o desenvolvimento normal do adolescente.</p> <p>E10 SER II- Um conjunto de atuações junto ao jovem, principalmente na base familiar e sua estrutura, educação permanente e orientação direta nas escolas, igreja e abordagem de saída no plano do planejamento familiar e acompanhamento do adolescente como um todo em suas atividades inerentes da idade.</p> <p>E14 SER II- Significa prevenir danos e ou riscos que possam prejudicar a qualidade de vida dos adolescentes.</p> <p>E19 SER II- O Conjunto de ações metodológicas e informações voltadas à criança e ao adolescente de</p>	<p>E1 SER II - Uma maneira de viver esse período de forma mais saudável, com poder de escolher o modo como usufruir o tempo da vida.</p> <p>E18 SER II- Tornar a adolescente sujeito da ação e responsável pelo corpo e detentora das escolhas.</p> <p>E21 SER II- A possibilidade do adolescente gerir seu próprio caminho, sem abdicar de vivenciar as várias descobertas. Gerando, pois, mais conscientes e responsáveis no papel de futuros pais ou não, se forem assim sua escolha.</p>	<p>E11 SER II- Significa trabalhar a conscientização e responsabilidade para com o ser que vem. Orientar e incentivar os métodos anticonceptivos.</p> <p>E15 SER II- Significa orientação, educação sexual quanto aos métodos contraceptivo disponíveis na rede pública de saúde, quando se deve usar e como.</p> <p>E16 SER II- Orientar o adolescente dos riscos obstétricos risco de vida para a criança, compromisso assumindo com o ser gerado e ofertar métodos anticonceptivos.</p> <p>E17 SER II- Evitar que jovens engravidem.</p> <p>E25 SER II- Orientar a gestante para usar métodos contraceptivos para evitar uma gravidez sem planejamento.</p> <p>EII30 - SER II- É um trabalho contínuo uma educação continuada a esses adolescentes para o uso dos métodos contraceptivo.</p>	<p>E20 SER II- Adiar, planejar, postergar a gravidez na adolescência para um período de estabilidade emocional e financeira, compatíveis para a chegada desse novo ser.</p> <p>E22 SER II- Significa realizar atividades em áreas externas ou em nível de consultório que trabalhem com a temática do adolescente, afim de que percebam que a gravidez na adolescência possa ser algo que possa acontecer em uma etapa futura, visto que essa fase juvenil traz riscos para a sua vida, como a expõem a outras doenças.</p> <p>E28 SER II- Significa postergar o nascimento de uma criança no momento mais adequado para os pais; planejar com calma uma mudança na vida da família.</p> <p>E29 SER II- Evitar que adolescentes engravidem nessa fase de vida e que possam programar seu futuro de forma responsável e conveniente sem que a gravidez seja problema nesse momento.</p>
	SER VI	SER VI	SER VI
	<p>E17 SER VI – Trabalhar os adolescentes para que os mesmos tenham consciências dos seus atos e as conseqüências de uma gravidez não planejada na adolescência.</p> <p>E37 SER VI – Significa alertar às adolescentes para uma vida mais aproveitável, onde elas possam ter vontade de estudar, crescer e saber utilizar as informações sobre prevenção da gravidez de uma forma mais responsável.</p> <p>E51 SER VI - Orientar e educar o adolescente para ter controle sobre seu corpo para decidir o melhor momento de uma gestação.</p> <p>E54 SER VI- Significa melhorar as condições</p>	<p>E1 SER VI – Significa conscientizar as adolescentes a usarem os métodos anticonceptivos.</p>	<p>E2 SER VI - Prevenir a gravidez na adolescência é evitar que os adolescentes antecipem etapas que virão com a maturidade</p> <p>E13 SER VI-Adiar a concepção até que o adolescente tenha maturidade para assumir tal responsabilidade.</p> <p>E15 SER VI – Se conseguirmos prevenir uma gravidez, essa adolescente terá uma vida mais planejada em termos de estudo, trabalho, vida sexual,</p>

<p>forma sistematizada, integralizada e intersetorializada que vise por meio de educação permanente em saúde, a prevenção e redução da gravidez na adolescência, seus riscos e suas vulnerabilidades.</p> <p>E24 SER II- Significa educar o adolescente sobre risco de uma gravidez precoce através de palestras educativas.</p> <p>SER VI</p> <p>E5 SER VI- Através das estratégias direcionadas aos adolescentes tentar prevenir uma gravidez na adolescência onde essa gravidez poderá acarretar danos graves a esse adolescente e conceito essas estratégias preventivas são: utilização de métodos contraceptivo, orientações, acompanhamento, etc.; com isto a prevenção será feita com objetivo de reduzir ao máximo os danos que uma gestação na adolescência pode acarretar.</p> <p>E6 SER VI- Educação e saúde de filhos e pais no sentido de fazer compreender as complicações e dificuldades fisiológicas e sociais acarretada por uma gestação em uma etapa de desenvolvimento do indivíduo.</p> <p>E8 SER VI - Significa trabalhar Junto com a educação (escola, família e saúde). Montar grupos de adolescentes para orientar, esclarecer sobre sexualidade, métodos contraceptivo, relações familiares, drogas.</p> <p>E9 SER VI- Significar Orientar os adolescentes quanto aos problemas de gravidez precoce.</p> <p>E11 SER VI - O desenvolvimento de estratégias para orientar a gestante no contexto ao qual ela está inserida: escola, família, momento de conversa na Unidade. Essas estratégias são cruciais para evitar complicações futuras.</p> <p>E14 SER VI- Ações que visem à educação sexual voltada para prevenir uma gravidez indesejada nesta</p>	<p>de vida das adolescentes e jovens, ajudando-as na valorização do corpo e entendimento do que é cuidar do seu corpo e mente para futuramente serem cidadãos de bem e pais responsáveis inseridas num contexto familiar estruturado e amoroso.</p>	<p>E40 SER VI-Orientar os adolescentes sobre os métodos contraceptivos e os riscos da gravidez neste período.</p> <p>E45 SER VI – Convencer e ensinar os adolescentes a se protegerem e ter relações sexuais seguros e adiar para o momento correto a maternidade.</p> <p>E49 SER VI – Utilização de métodos para evitar a gravidez, incluindo a educação na área da sociedade.</p> <p>E 60 SER VI – Esclarecer ao adolescente sobre os agravos advindos de uma gravidez na adolescência, orientá-las quanto aos métodos contraceptivos, promover a resiliência.</p> <p>E62 SER VI- evitar a gravidez precoce, conhecer métodos contraceptivos</p>	<p>prevenir em todos os sentidos na saúde, educação, conveniência, sexo, etc.</p> <p>E16 SER VI – Significa a estruturação de toda uma vida futura.</p> <p>E19 SER VI – É o adolescente estudar e quando tiver condições econômicas e psicológicas, engravidar.</p> <p>E20 SER VI – Significa a não antecipação de uma fase reprodutiva da mulher (ser mãe).</p> <p>E23 SER VI – Através da orientação, a participação e a empatia, possibilitar que a geração de uma vida não ocorra em um momento em que a pessoa esteja imatura fisiologicamente e emocionalmente.</p> <p>E24 SER VI – Significa evitar que a adolescente tenha uma gravidez num momento indesejado, interrompendo estudos e a fase de descobertas e aprendizados na sua vida.</p> <p>E26 SER VI – Importante para que as meninas cada vez mais novas não estejam passando por uma fase tão difícil de passar da adolescência para a fase adulta de responsabilidade, sem preparo.</p> <p>E33 SER VI – Evitar que jovens garotas percam oportunidades de estudar e batalhar por um futuro diferente.</p> <p>E41 SER VI – Dar oportunidade aos adolescentes de um futuro melhor e mais planejado e responsável.</p> <p>E42 SER VI – É a preparação do casal para planejar a gravidez (planejamento familiar).</p> <p>E52 SER VI - Significa que essas adolescentes não estão preparadas fisicamente nem psicologicamente na maioria das vezes, não desejadas.</p> <p>E55 SER VI - Ensinar trabalhar com os adolescentes como evitar uma gravidez fora de época, indesejada.</p>
--	---	--	---

<p>faixa etária.</p> <p>E22 SER VI- Orientações, troca de conhecimentos, oportunidades para fazer trabalhos com dinâmicas abordando o tema mensalmente nas escolas, facilitação do acesso do adolescente ao serviço de saúde, evitar julgamento e preconceitos.</p> <p>E30 SER VI - A prevenção da gravidez na adolescência engloba inúmeras ações da ESF, dentre elas: educação sexual nas escolas, planejamento familiar para os adolescentes (meninos e meninas), preparação dos pais para abordar a sexualidade, formação de grupos para abordar a temática gravidez, família, sexualidade. Com essas referidas ações objetiva-se minimizar complicações e gravidez indesejada, bem como uma preparação sexual.</p> <p>E38 SER VI - Abordagem sobre métodos contraceptivos com adolescentes em cada oportunidade de forma clara e lúdica para o real atendimento.</p> <p>E47 SER VI - Prevenir uma gravidez indesejada em adolescentes através de educação em saúde, consultas de planejamento familiar, apoio profissional e familiar.</p> <p>E48 SER VI - Orientação sobre sexualidade desde o início da adolescência, por volta dos 12 anos em escolas e a grupos de adolescentes. Prestar informações sobre métodos contraceptivos, DST'S, dúvidas sobre a própria relação sexual.</p>			
--	--	--	--

MAPA 1 - Continuação

Categoria: Representação Social dos enfermeiros sobre prevenção da gravidez na adolescência		
Categoria: Responsabilização		
Subcategoria: Família	Subcategoria: Escola	Subcategoria: Unidades
<p>SER VI</p> <p>E4 SER VI - Significa trabalhar a sexualidade e suas repercussões na adolescência no âmbito familiar, escolar e nos centros de saúde.</p> <p>E25 SER VI - Falta de planejamento com os adolescentes, falta orientação dos pais.</p> <p>E31 SER VI - Significa responsabilidade na maternidade e paternidade, menos violência, menos menores abandonados.</p> <p>E32 SER VI - Significa uma tarefa muito complexa que envolve a família, não só a adolescente. Algumas vezes, a família não compreende e rejeita a proposta.</p> <p>E34 SER VI - Significa o acesso à informação e à educação em saúde, primeiramente, o acesso às vaidades de saúde com acompanhamentos e disponibilidade de métodos contraceptivos. A importância da confiança e dos vínculos com os profissionais que acompanham os adolescentes, incluindo o ambiente escolar.</p> <p>E36 SER VI - A formação de famílias com melhor estrutura social, diminuição do ônus econômico para a sociedade.</p> <p>E 57 SER VI - Significa orientação familiar desde o nascimento em relação à responsabilidade que a família repassa aos componentes entre eles mesmos, o que leva a educação ser voltada também para a importância da vida, inserção social e não só nascer, crescer sem perspectiva.</p>	<p>SER II</p> <p>E5 SER II- Significa trabalhar a promoção da saúde sexual entre os adolescentes, seja por meio do veículo “escolar”, ou seja, por palestras educacionais na comunidade com o objetivo de propiciar instruções acerca da temática.</p> <p>E26 SER II- Tema importante que deveria ser sempre trabalhado nas escolas, tanto com os alunos como com os pais. Em postos de saúde, cada equipe deveria ter um grupo de adolescentes para sua área.</p> <p>SER VI</p> <p>E3 SER VI - Principalmente a estabilidade familiar deve ser pesquisada para avaliar os riscos e na seqüência trabalhar na pré-adolescência nas escolas e instituir efetivamente a consulta de enfermagem ao adolescente.</p> <p>E7 SER VI - É impedir uma gravidez indesejada, educar a menina na escola, ter uma família ajustada.</p> <p>E21 SER VI - Trabalho de educação social nas escolas e comunidades.</p> <p>E 44 SER VI - Utilizar a escola como meio para essa prevenção. Trabalhar a família, a sexualidade.</p> <p>E 50 SER VI - Mostra como indicador de saúde que o Brasil permanece como país em desenvolvimento devendo ter mais políticas de saúde atuantes envolvendo a escola e o PSF (Saúde), através de grupos sociais, palestras, conscientização, participação dos pais.</p> <p>E58 SER VI - Atuação do enfermeiro em educar em saúde as adolescentes na unidade de saúde e nas escolas para conscientizá-las acerca da importância de usar métodos para prevenir a gravidez não</p>	<p>SER II</p> <p>E6 SER II- manter o binômio mãe e filho com saúde, evitando doenças, evitando óbito através do cuidado e atenção à saúde da mulher e da criança.</p> <p>E9 SER II- É de muita importância. tentar evitar que o adolescente, às vezes, ainda menina engravide “sem querer”. É orientar, trocar idéias e, principalmente, ouvir.</p> <p>E12 SER II- Significa buscar formas de prevenir o acontecimento de uma gravidez não planejada na adolescência, uma vez que percebo que alguma gravidez é planejada.</p> <p>E13 SER II- Significa não só a prevenção da gravidez em si e sim a prevenção da responsabilidade da vida de um novo ser que vem com vários fatores como: o cuidado do recém-nascido, o fator financeiro, educação, independência dos pais e a prevenção de futura gravidez.</p> <p>E23 SER II- Significa uma da problemática, no que se refere à importância e à nova efetiva participação nesse processo. Para mim, qualidade, responsabilidade com nova clientela e com a nova profissão.</p> <p>E27 SER II- Significa evitar possíveis óbitos e agravos que possam surgir na gravidez adolescente, não apenas do ponto de vista das patologias, mas que repercussões dessa gravidez em uma adolescente pode ocasionar, pensando num prejuízo como um todo.</p> <p>SER VI</p> <p>E10 SER VI - Significa ampliar os serviços de atendimento destinado aos adolescentes, formar grupos de adolescentes para trabalharmos assuntos diversos, acesso fácil às consultas na Unidade de Saúde e trabalhar junto às escolas. Realizar muitas atividades educativas.</p>

	planejada.	<p>E12 SER VI - Significa orientar os adolescentes de maneira clara acerca dos riscos da gravidez nesta população.</p> <p>E18 SER VI - Resultado do compromisso profissional quanto às informações repassadas.</p> <p>E27 SER VI - Significa evitar que a gravidez aconteça na adolescência, através de intervenções educativas efetivas, através de um trabalho social com as famílias, através de parceria com as escolas e principalmente através de políticas públicas que diminuam a ociosidade das adolescentes e ofereça-lhes uma melhor perspectiva de vida</p> <p>E28 SER VI - É realizar estratégias de acompanhamento; orientação para as adolescentes a fim de evitar gravidez indesejada para as mesmas.</p> <p>E29 SER VI - Ação extremamente valiosa, uma vez que esse evento acontecendo na adolescência, muitas são fatores que contribuirão para um impacto negativo na vida dos envolvidos (mulher, companheiro, filho e demais membros da família).</p> <p>E35 SER VI - Significa trabalhar junto a essa faixa etária no sentido de evitar que ocorra uma gravidez precoce, não planejada ou indesejada para também diminuir ou evitar casos de aborto, mortalidade materna e infantil, partos prematuros, abandono de menor, bem como avanços na criminalidade.</p> <p>E39 SER VI - Significa evitar a ocorrência da gravidez na adolescência.</p> <p>E43 SER VI - Realizar um bom trabalho desde o início da adolescência em parceria com outros setores. Facilitar o acesso dos mesmos à saúde e educação. Propiciar uma boa relação familiar. Manter os insumos necessários nas Unidades Básicas de Saúde para o desenvolvimento de um bom trabalho nesse âmbito.</p> <p>E46 SER VI - Só iremos realmente trabalhar a prevenção quando houver a verdadeira articulação entre atenção primária, escola, família e comunidade, pois a prevenção da gravidez na adolescência engloba inúmeras questões de saúde, sociais e econômicas.</p>
--	------------	---

		<p>E53 SER VI - Evitar gravidez indesejada, onde os cuidados podem ser prejudicados pela pouca informação e preparo para o cuidado com outro (bebe).</p> <p>E 56 SER VI - Evitar mortes prematuras (da mãe e RN). Conflito familiar além da pobreza financeira e estrutural presente na minha área de atuação. Abandono e doações de RN aleatórias. Subsistência de crianças hígdas ou não sem acompanhamento da família (pai e mãe) e assistência médica.</p> <p>E59 SER VI - Levar conhecimentos acerca dos riscos e conseqüências que uma gravidez poderá trazer quando antes dos 20 anos.</p> <p>E61 SER VI - Diminuição de casos de abortos, de depressão pós-parto, de mortalidade e neonatal, de abandono aos estudos.</p> <p>E63 SER VI - uma ação primordial no programa saúde da família. Um indicador qualitativo de saúde, tendo em vista que a gravidez na adolescência é um problema serio de saúde pública.</p> <p>E64 SER VI-Fazer o adolescente ser assistido na unidade, assim fica mais fácil a comunicação entre profissional e adolescente diminuindo a gravidez na adolescência.</p> <p>E65 SER VI - reflete positivamente no trabalho na atuação básica, já que diminui a incidência de óbitos infantis e pré-natais de alto risco</p> <p>E66 SER VI - significa prevenir complicações na gravidez, principalmente óbito infantil e materno e complicações de gravidez posteriores</p>
--	--	---

APENDICE H – MAPA 2

Categoria: Representação social dos enfermeiros sobre s riscos da gravidez na adolescência			
Subcategoria: Risco para o recém nascido	Subcategoria: Risco para a mãe	Subcategoria: Responsabilidade maior da equipe saúde da família	Subcategoria: Aumento dos indicadores de mortalidade infantil e materna, apresentados no quadro
SER II	SER II	SER II	SER II
<p>E1 SER II- Principalmente a prematuridade com suas possíveis seqüelas.</p> <p>E2 SER II - Baixo peso, partos prematuros, imaturidade materna, violência.</p> <p>E4 SER II - Mortalidade, prematuridade com diminuição de sequelas neurológicas, baixo peso e falta de afetividade com diminuição da violência.</p> <p>E5 SER II - Baixo peso ao nascer, prematuridade, pré-eclampsia, asfíxias neonatais.</p> <p>E11 SER II - Riscos perinatais vão de seqüelas reversíveis às seqüelas que vão trazer prejuízos para toda a vida.</p> <p>E12 SER II - Baixo peso, prematuridade, doenças associados (sífilis, HIV), significa problema de saúde pública.</p> <p>E24 SER II – Significa risco para criança como prematuridade.</p> <p>E25 SER II – Prematuridade para o conceito e doenças desenvolvida na gravidez com maior frequência na adolescente grávida.</p> <p>E26 SER II – Prematuridade. Baixo peso. Dificuldade no desenvolvimento (déficit)</p> <p>E28 SER II – Riscos que o conceito pode sofrer devido às práticas inadequadas de estilo</p>	<p>E3 SER II -. Como o corpo da adolescente ainda está em formação, isso traz riscos não só para o conceito, como também para ela.</p> <p>E8 SER II - Desenvolvimento anormal por falta de maturidade da adolescente.</p> <p>E9 SER II - Sabemos dos riscos de prematuridade, complicações na hora do parto. Deve haver um acompanhamento rigoroso no pré-natal.</p> <p>E10 SER II - A formação da jovem mãe tanto estrutural como psicologicamente; possibilidade de aborto com sérios riscos e agravos. A falta de educação estrutura familiar, pais ausentes e alimentação inadequada</p> <p>E13 SER II -São os riscos em torno da precocidade da própria gravidez, como: hipertensão, diabetes, prematuridade, óbitos neonatais, mais riscos para infecção desse RN.</p> <p>E14 SER II - Riscos que podem levar ao aborto, como também seqüelas irreversíveis decorrente de doenças como sífilis, HIV, por exemplo.</p> <p>E15 SER II - Mães adolescentes ainda em formação, ou seja, mudanças do corpo de menina para mulher, organismo ainda não totalmente preparados para uma gestação como um organismo na fase adulta, risco de aborto, má formação, síndromes, etc.</p> <p>E16 SER II- Prematuridade devido à intercorrência obstétrica e conseqüências destes para o adolescente.</p>	<p>E7 SER II - Desgaste psicossocial para a família e elevados gastos no setor público.</p> <p>E19 SER II – Para mim, significa sofrimento, sejam esses riscos biológicos ou patológicos (em conseqüência de meios químicos ou infecciosos), riscos psicológicos gerando problemas, nesse contexto para a mãe ou filho, riscos econômicos desestruturando o lar, financeiramente; riscos sociais podendo desencadear abandono, como vemos menores de rua e violência comum no dia a dia</p> <p>E20 SER II – Riscos de anomalia, baixa da hemoglobina devido à alimentação pobre em verduras e frutas pelo adolescente, prematuridade pela imaturidade de órgãos dos adolescentes, a não observância das consultas, vacinas, vitaminas, exames devido à infantilidade juvenis.</p> <p>E21 SER II - Negligência dos sinais de alerta, falta de adesão ao acompanhamento, uso de drogas e álcool, prematuridade, aborto, sem falar dos aspectos emocionais com indisponibilidade afetiva da mãe e pai para com o conceito, diante de uma gravidez indesejada, dificultando o seu desenvolvimento e crescimento adequado.</p> <p>E22 SER II - Significa que poderá trazer seqüela que ocasionarão (podendo ou não) limitações em algum âmbito, sendo fisiológico, neuro motor ou neuro cognitivo ou até mesmo o óbito.</p> <p>E23 SER II – Significa que precisamos conhecê-los para saber como conduzir um caso críticos. Saber</p>	<p>E6 SER VI- Prematuridade, mortalidade infantil. É necessário o cuidado imediato para as crianças e adolescentes com o pré-natal, atividades educativas e atenção à família.</p> <p>SER VI</p> <p>E5 SER VI - significa complicações graves que se uma vez instalada provoca seqüelas ate mesmo o óbito para o conceito.</p> <p>E13 SER VI – riscos que podem, durante a gravidez, levar a mãe ou o feto à morte ou a diminuição da qualidade de vida.</p> <p>E22 SER VI - Aumento da mortalidade infantil, problemas com o acompanhamento e responsabilidade da mãe com a criança, principalmente nos casos de crianças especiais e/ou sequeladas. Risco de mortalidade materna.</p> <p>E30 SER VI – Representa no risco da mortalidade infantil (neonatal e pós neonatal), prematuridade, patologias neonatais (ex.: insuficiência respiratória), depressão puerperal, abandono de crianças, comprometimento na formação pessoal dessas adolescentes.</p> <p>E43 SER VI – Aumento da mortalidade infantil. Riscos no crescimento e desenvolvimento.</p> <p>E63 SER VI - Risco de morte neonatal, óbito infantil em menores de um ano, crianças pré-maturas, óbito neonatal</p>

<p>de vida da mãe ou outras complicações durante a gravidez.</p> <p>E30 SER II – Malformação congênita; sequelas de prematuridade extrema</p> <p>SER VI</p> <p>E1 SER VI- Significa gravidez de risco, isto é, aborto, eclampsia, prematuridade, bebês de baixo peso.</p> <p>E4 SER VI - São complicações biopsicossociais refletidas no conceito.</p> <p>E6 SER VI – Complicações que o conceito pode vir a sofrer devido a: organismo do adolescente não está completamente desenvolvida para receber uma gestação.</p> <p>E7 SER VI – Parto prematuro, pode haver morte do conceito, nascimento de uma criança com defeitos congênitos</p> <p>E8 SER VI – Parto prematuro, mortalidade materna.</p> <p>E10 SER VI – Partos prematuros, aumentando a incidência de óbitos infantis., baixo peso ao nascer; aleitamento materno exclusivo, ficando o RN exposto a inúmeras doenças.</p> <p>E14 SER VI – riscos de má formação e prematuridade.</p> <p>E15 SER VI - Baixo peso ao nascer. Macrossomia, HIV, Rubéola (por não se prevenir adequadamente a mãe) parto prematuro, apgar baixo, alguns problemas como placenta prévia, descolamentos e pequeno para a idade gestacional (PIG).</p> <p>E17 SER VI– prematuridade, baixo peso ao nascer.</p> <p>E20 SER VI – Além da prematuridade, este</p>	<p>E11 17-Riscos que são inerentes ao caso, devido à condição psicológica e física da adolescente.</p> <p>E18 SER II - imaturidade do organismo da adolescente.</p> <p>E29 SER II – Principalmente a imaturidade fisiológica da adolescente e o não acompanhamento do pré-natal adequadamente, além de um acompanhamento seguro e com as devidas condições nas maternidades.</p> <p>SER VI</p> <p>E2 SER VI - Os riscos incluem abortamento, hemorragias, hiperêmese, diabetes e parto prematuros.</p> <p>E3 SER VI - Sofrimento familiar, risco de saúde para a mãe, seqüelas que repercutem na criança e na mãe</p> <p>E9 SER VI – Falta de uma estrutura familiar.</p> <p>E12 SER VI – Significa que o binômio mãe-filho irá passar pelas alterações hormonais e emocionais desta fase.</p> <p>E16 SER VI – Fruto, situação de risco gerada por despreparo do adolescente e estrutura familiar.</p> <p>E18 SER VI – Falta dos cuidados necessários p/o RH devido inexperiências da adolescente como desmama precoce.</p> <p>E19 SER VI – Risco da mulher ter parto prematuro, o conceito ter problemas respiratórios, baixo peso.</p> <p>E21 SER VI – buscar idade, buscar escolaridade, alerta.</p> <p>E23 SER VI – A imaturidade corporal da adolescente e as conseqüências: aborto espontâneo e provocado/parto prematuro.</p>	<p>orientar acolher informando para a mãe.</p> <p>E27 SER II – Como enfermeira do PSF, significa uma responsabilidade imensa, sobretudo porque parte deles estão relacionados com a qualidade do pré natal, muitas são evitáveis e por isso, me sinto parte ativa desse processo.</p> <p>SER VI</p> <p>E11 SER VI – Esses riscos são conseqüências da problemática que não foi evitada. E que por isso merecem uma atenção especial como pré-natal de risco. Acompanhamento integral dessa gestante em todos os aspectos físico, psicológico, social para se poder identificar precocemente a mesma de riscos perinatais iminentes e também e também evitá-los quando possível.</p> <p>E37 SER VI – Cuidar do desenvolvimento da criança ensinando formas saudáveis de se cuidar e se alimentar, estando atenta para a mãe, as vacinas e o uso de medicações. Ficar alerta ao uso de drogas e ao compromisso delas com as consultas.</p> <p>E38 SER VI – Todos os riscos, os quais as adolescentes grávidas e seus respectivos conceitos correm no período gravídico.</p> <p>E41 SER VI - Significa um momento em que devemos ter mais cuidado e atenção.</p> <p>E42 SER VI – A falta do pré-natal é um risco muito grande, pois é no pré-natal que detectamos estes riscos (pré-eclampsia, abortamento etc.)</p> <p>E44 SER VI – O descuido com o conceito, o não entendimento das novas responsabilidades, enquanto mãe, família!</p> <p>E51 SER VI - Os riscos devem ser avaliados e enfatizados uma vez que poderá determinar uma gestação completa e sim anomalias para o conceito.</p>	<p>E66 SER VI - Natimorto; abortamento; malformação; óbito neo e pós-natal</p>
--	--	--	--

<p>conceito esta mais susceptível a abandono e maus tratos, principalmente por ser fruto de uma gravidez não planejada.</p> <p>E27 SER VI- Prematuridade, insuficiência respiratória, baixo peso.</p> <p>E28 SER VI – Aborto; Má formação congênita; Prematuridade.</p> <p>E29 SER VI – Determinantes para a saúde física e mental desse conceito.</p> <p>E32 SER VI – Significa problemas sociais e de saúde ainda maiores: risco de parto prematuro, eclampsia, gestantes com dificuldades para manter o pré-natal de forma regular. Além dos problemas sociais que envolvem no mínimo 02 famílias (do casal, em geral, de 02 adolescentes).</p> <p>E33 SER VI – Complicações para a criança devido ao despreparo fisiológico e psicológico da gestante que não tem ainda “suporte” para uma gestação</p> <p>E35 SER VI – Gravidez de risco, prematuridade, eclampsia, malformações congênitas ou aborto, ou seja, complicações que possam ocorrer durante uma gravidez que representa risco para o conceito</p> <p>E39 SER VI – RN com baixo peso. Óbito neonatal. Morte fetal.</p> <p>E40 SER VI - Prematuridade, baixo peso... são doenças que podem ocorrer no período pós-parto.</p> <p>E45 SER VI - Desnutrição; baixo peso.</p> <p>E49 SER VI - São coisas que a criança passa por não ter uma gravidez planejada.</p>	<p>E24 SER VI - A gestante adolescente ainda não tem o corpo preparado para o parto, oferecendo riscos ao bebê com um trabalho de parto mais prolongado.</p> <p>E25 SER VI – gravidez de risco para mãe e bebe</p> <p>E26 SER VI – Uma gestante na adolescência não tem o corpo preparado para uma gestação, podendo ser risco tanto para ela, quanto para o bebê, podendo haver parto prematuro.</p> <p>E31 SER VI – Riscos psicológicos e fisiológicos e até óbito.</p> <p>E34 SER VI– Riscos relacionados à própria constituição física da adolescente, eclampsia, crianças com baixo peso ao nascer.</p> <p>E36 SER VI – Dados relacionados à saúde física e mental.</p> <p>E46 SER VI – A adolescência, por ser uma fase de mudanças, onde há uma fragilidade até de se auto conhecer, traz inúmeros riscos para o conceito, desde a não aceitação da criança, ao uso de substâncias que podem levaram malformações.</p> <p>E47 SER VI - significa que o corpo da adolescente ainda não está completamente formado para gerar um feto causando maiores riscos de complicações no pré-natal, parto e pós-parto</p> <p>E48 SER VI – Os riscos são iminentes visto que na maioria das vezes a gestação não foi planejada, então o bebê tem riscos pela desinformação da mãe (uso de álcool, fumo, drogas, DSTs), tem riscos no momento do parto como anoxia. Como profissional, bebê de adolescente deve ter monitoramento redobrado não só em consultas, como também em visitas domiciliares.</p> <p>E50 SER VI – De acordo com a idade, o risco pode ser maior como a gravidez precoce de 10 a 14 anos, sendo a gravidez de alto risco, pois o corpo da</p>	<p>E52 SER VI - Prematuridade, baixo peso ao nascer, não aceitação da criança pelo pai, desprezo da mãe pelo conceito na maioria das vezes, dando a criança para outras pessoas assumirem.</p> <p>E53 SER VI - O próprio cuidado, como foi falado na resposta anterior. A responsabilidade que passara a ter.</p> <p>E55 SER VI - gravidade que devemos prevenir durante o pré-natal.</p>	
---	---	---	--

<p>E57 SER VI – Influi na formação do concepto, do seu bem estar in útero, na concepção do feto de “ser bem vindo”. Risco de nascimentos precoces, de complicação intra partos. Imaturidade para criar o filho. Se o risco for grande indesejado aumenta o risco para o concepto.</p> <p>E60 SER VI – Prematuridade – como aumento do risco de óbito perinatal. Assistência do Pré natal sem qualidade. Assistência ao parto inadequado.</p> <p>E65 SER VI- Crianças (RN) de baixo peso; pré-eclâmpsia, riscos aumentados na mortalidade infantil; malformação; prematuridade; menor incidência de amamentação exclusiva.</p>	<p>mulher não está preparado para a gravidez.</p> <p>E54 SER VI – É um tempo doloroso e incerto de sobrevivência, em que esse ser espera viver com saúde, mas na verdade, a própria adolescente mãe não tem ideia da magnitude do problema. Muitas adolescentes olham para o seu filho como se fosse um (a) boneco (a).</p> <p>E56 SER VI– Desde malformação congênita até problemas psicológicos, onde a mãe com suas dúvidas não busca ajuda especializada, sem apoio na família, deixam os problemas se agravarem.</p> <p>E 58 SER VI – Dificuldades na formação e no desenvolvimento de um concepto que está sendo gerado e nutrido por alguém que também está em fase de amadurecimento físico hormonal e mental. Então pode ser gerada uma criança com baixo peso e que venha a ter problemas no crescimento e no seu desenvolvimento.</p> <p>E59 SER VI - São os riscos durante a gestação</p> <p>E61SER VI - Riscos de aborto, crianças PIG; crianças baixo peso.</p> <p>E62 SER VI - Óbito materno e do concepto; doença hipertensiva específica da gravidez grave com possíveis sequelas.</p>		
---	---	--	--

APENDICE I – MAPA 3

Categoria: Representação social dos enfermeiros sobre as ações desenvolvidas pelos enfermeiros para prevenção da gravidez na adolescência		
Categoria: Educação em saúde coletiva – grupos de adolescentes		
Subcategoria: Grupo de adolescente na escola	Subcategoria: Grupo de adolescente na comunidade	3 Grupo de adolescente na unidade de saúde
<p>SER II</p> <p>E1 SER II - Abordagem do tema nas escolas (saúde e prevenção na escola), porém ainda superficial orientação ao ACS</p> <p>E4 SER II - Programa saúde na escola (PES), encontros esporádicos na comunidade com aos jovens, justamente com o NASF, grupos de gestantes, dando enfoque ao planejamento familiar.</p> <p>E11 SER II - Palestras nas escolas com orientação de métodos e distribuição de preservativos.</p> <p>E18 SER II – Palestras com adolescentes na escola Padre Rocha, no projeto saúde escolar.</p> <p>E20 SER II – Informação, oficinas, workshops, rodas de debates, chuva de perguntas, parcerias com as escolas, incentivo ao esporte, ao teatro, às potencialidades dos jovens para através de parcerias essas informações ganharem espaço com os adolescentes.</p> <p>E21 SER II - Infelizmente, muito pouco, predomina a demanda espontânea. Iniciamos estratégia com o PSE (Programa de Saúde da Escola), mas logo em questão de 2, 3 meses são interrompidos e negligenciada por gestores da saúde e gestores da educação (diretores de escola). Contamos com os agentes de saúde, os que realizam boa parte das orientações aos adolescentes.</p> <p>E 27 SER II – Tenho procurado fortalecer a questão do Planejamento Familiar (com amplo acesso aos métodos contraceptivo) e orientações nas consultas individuais, até naquelas que já estão grávidas, busco investigar se a gravidez foi planejada, o que é ser mãe para ela, se ela está tendo apoio,</p>	<p>SER II</p> <p>E2 SER II - Grupos de adolescentes, atendimento aos adolescentes, rodas de conversa na comunidade, palestra sobre sexualidade nas escolas.</p> <p>E5 SER II - Palestras educativas na comunidade, trabalhos educativos nas escolas.</p> <p>E12 SER II - Participação de um grupo de jovens na comunidade de encontros mensais, na escola, na qual são abordadas questões relativas ao tema: sexualidade, DST, gravidez indesejada, métodos anticoncepcionais.</p> <p>E23 SER II – Palestra na comunidade. Orientação na ocasião da consulta do planejamento familiar. Conversa com o ACS Nas reuniões quinzenais.</p> <p>E26 SER II – Na área do Lagar 1 e 2 existe um grupo de adolescentes onde se aborda várias temáticas relacionadas a essa faixa etária.</p> <p>SER VI</p> <p>E 43 SER VI – Desenvolvendo parcerias (integralidade) com outros setores educacionais (escolas, associações) com trabalhos voltados com o adolescente, dentre eles, o tema super citado: - Planejamento familiar com busca ativa das adolescentes através da ficha A do ACS. Obs.: Planejamento familiar engloba além do acesso ao método contraceptivo, as palestras, educação em saúde.</p> <p>E 46 SER VI – Busca ativa de adolescentes para consulta de planejamento familiar. Educação saúde através do PSE (programa saúde escola). Grupos de adolescentes junto com outras entidades dentro da comunidade.</p> <p>E 48 SER VI – Tenho grupo formado de adolescentes com encontros mensais, onde cada reunião tratamos de um assunto. Participo de rodas de conversa em grupos de adolescentes no</p>	<p>SER II</p> <p>E6 SER II - Planejamento reprodutivo, atividades de educação em saúde, oficina de sexualidade e vínculo com a equipe.</p> <p>E7 SER II - Reunião com o ACS e reunião com adolescentes além e depois de gestante. Encaminhamento para gestação de alto risco e acompanhamento domiciliar da gestação.</p> <p>E9 SER II - Grupos com adolescentes para mostrar as modificações na vida do adolescente com a chegada indesejada de uma criança. Conversas no atendimento de planejamento familiar, prevenção de câncer ginecológico.</p> <p>E10 SER II – Abordagem na família, grupos de gestantes, captação, dessas adolescentes grávidas no risco de gestação. Planejamento familiar com início das atividades sexuais. Orientação no combate às drogas</p> <p>E17 SER II - Grupo de adolescente, facilidade de acesso aos métodos anticoncepcionais</p> <p>E19 SER II – Trabalhamos com 01 grupo de adolescentes, onde trabalhamos temas domésticos que envolvem riscos e vulnerabilidades dessa faixa etária. Além disso, quando solicitado ministramos palestras em escolas.</p> <p>E22 SER II - Participação e puerperas no Grupo Gravidez Saudável (parceria do PSF e da FANOR). Palestras educativas na área com adolescentes. Palestras de educação em saúde com ACSs para eles trabalharem em suas comunidades. Planejamento Familiar.</p> <p>E24 SER II – Medidas educativas. A unidade em parceria com a FANOR tem um grupo de gestante chamado gravidez saudável. Essas gestantes muitas são da área de abrangência do posto.</p> <p>E25 SER II - Um projeto gravidez saudável onde se trabalha a parte educativa com a gestante.</p>

<p>falo das mudanças e pergunto sobre o futuro dela (perspectivas). Meu maior desafio é formar grupo. Já tentei, cheguei a iniciar, mas não consegui prosseguir.</p> <p>E 30 SER II – Fazendo palestras educativas nas escolas</p> <p>SER VI</p> <p>E1 SER VI - Palestras nas USF, nas escolas. Educação continuada com profissionais do nível médio e consultas de planejamento familiar</p> <p>E9 SER VI – Atividades nas escolas, na unidade de saúde e em redes sociais na comunidade enfocando a temática de forma lúdica e que faça com que o adolescente se interesse pelo tema.</p> <p>E21 SER VI – Grupo de adolescentes nas escolas municipais</p> <p>E27 SER VI - Intervenções educativas na escola. Criação de pontos de distribuição de preservativos na comunidade. Planejamento familiar (oferta de anticoncepcional oral e injetável).</p> <p>E44 SER VI – Única e exclusivamente em ações preventiva com o Pet Saúde em escolas e ONGs, abordando temas de interesse do grupo etário, incluindo a gravidez na adolescência.</p> <p>E45 SER VI - facilitar a entrega de preservativos e contraceptivos além de grupos com a escola.</p> <p>E47 SER VI - Faço parte da equipe do programa de saúde na escola – PSE, onde desenvolvemos ações de educação em saúde semanalmente com crianças e adolescentes. Além de visitas indivíduos e visitas domiciliares.</p> <p>E49 SER VI - palestras nas escolas sobre sexualidade</p> <p>E 54 SER VI – Acompanhamento das escolares no Programa Saúde da Escola, realizando conversas e atividades educativas com relação aos vários assuntos, inclusive esse.</p> <p>E62 SER VI- Palestras educativas em escolas, planejamento</p>	<p>Centro de Assistência Social. Oriento de forma individual todas as adolescentes que buscam a unidade para consulta de Planejamento Familiar e Prevenção Ginecológica.</p> <p>E 50 SER VI – Conscientizo os agentes de saúde para a captação precoce das adolescentes grávidas. Já fiz grupos na comunidade e encaminho os pré natais de alto risco para o HDGMM, assim como participo do Programa Saúde Escolar.</p> <p>E 58 SER VI – Educação em saúde em um local estratégico na própria área de abrangência com o intuito de aumentara adesão das adolescentes ao grupo que é realizado por mim, pelos agentes de saúde e pelo NASF.</p>	<p>E28 SER II – Oferecer métodos contraceptivos, abordar questões além da gravidez, como DSTS, conversas individuais com as adolescentes.</p> <p>E29 SER II – Acompanhamento no planejamento familiar. Orientação na prevenção do câncer de colo uterino. Grupos de sala de espera. Grupo de adolescentes em uma casa abrigo</p> <p>SER VI</p> <p>E5 SER VI – Ações educativas, voltadas para o adolescente, com utilização de uma abordagem clara, objetiva, amiga quando se foca o tema sexo, prevenção da gravidez e DST”s. estas ações são desenvolvidas na unidade de saúde, nas escolas e nos eventos da área como também nas visitas domiciliares às famílias.</p> <p>E6 SER VI – Ações de educação no planejamento familiar.</p> <p>E10 SER VI – Realizamos atividades educativas na comunidade com o apoio do NASF, formamos um grupo de adolescentes onde trabalhamos diversas temáticas envolvendo os adolescentes. Trabalhamos também com a Escola (Programa Saúde Escola), com vacinação, distribuição da caderneta do adolescente, distribuição de preservativos, etc.</p> <p>E18 SER VI – No momento, só palestras educativas no atendimento do planejamento familiar.</p> <p>E19 SER VI– Temos um grupo de gestantes que são orientadas quanto aos riscos para a mãe e o bebe, caso a mãe adolescente engravide; palestras no planejamento familiar; na prevenção de câncer de colo de útero..</p> <p>E20 SER VI – Oficinas com adolescentes sobre: planejamento familiar, sexualidade e grupos de convivência</p> <p>E22 SER VI – Grupos e atendimentos voltados para adolescentes de forma individual.</p> <p>E25 SER VI - Palestras com apresentação de vídeo; orientação quanto ao uso dos preservativos</p> <p>E28 SER VI – Tentamos realizar um acompanhamento desses adolescentes- avaliar crescimento; desenvolvimento – realizar orientações sobre nutrição adequada, sexualidade, gravidez indesejada, violência, imunização, planejamento familiar.</p>
--	--	---

<p>familiar</p> <p>E63 SER VI -PSE (programa de saúde na escola); grupo de adolescente; planejamento familiar</p> <p>E65 SER VI - Educação em saúde nas escolas; entrega de livre demanda de preservativos; conselho de enfermeira (ou enfermagem) para planejamento familiar; orientações durante acompanhamento da bolsa família</p>		<p>E29 SER VI – Criação de um grupo de adolescentes. Orientação e preenchimento de caderneta das adolescentes em consulta de enfermagem individual e/ou coletiva quando as mesmas desejam. Abordagem significativa na consulta de “planejamento familiar” e prevenção de câncer cérvico uterino.</p> <p>E30 SER VI – 1. Planejamento Familiar. 2. Educação sexual, através de grupos. 3. Realização de prevenção do câncer ginecológico no público adolescente.</p> <p>E31 SER VI- Palestras com adolescentes, incentivo ao planejamento familiar.</p> <p>E32 SER VI- Poucas, ainda. Trabalhamos mais a gestante quando já está grávida (os grupos de gestante e a busca ativa pelos ACS, por exemplo). Tentamos agora, através da escola, dentro do projeto atual do Ministério da Saúde e Educação. Entretanto, esse projeto solicita uma primeira reunião com os pais para explicação e assinatura dos termos de consentimento. Na primeira reunião só apareceram dois pais!</p> <p>E33 SER VI – Grupos de Educação em saúde. Planejamento Familiar.</p> <p>E35 SER VI - Ações pontuais com palestras educativas e no dia a dia com planejamento familiar e orientações na oportunidade da consulta de enfermagem.</p> <p>E40 SER VI - Formação de grupos e educação e saúde.</p> <p>E48 SER VI – Tenho grupo formado de adolescentes com encontros mensais, onde cada reunião tratamos de um assunto. Participo de rodas de conversa em grupos de adolescentes no Centro de Assistência Social. Oriento de forma individual todas as adolescentes que buscam a unidade para consulta de Planejamento Familiar e Prevenção Ginecológica.</p> <p>E56 SER VI – 1. Atendimento semanal em Planejamento Familiar. 2 Formação do grupo de adolescentes a partir de 11 anos para avaliar o conhecimento deles sobre sexualidade e melhorar suas informações sobre DST's, AIDS e gravidez. 3. Encaminhamento para o grupo NASF, quando necessário.</p> <p>E59 SER VI - Orientação durante o planejamento familiar a cerca de uma gravidez durante adolescência. Os grupos de adolescentes são uma estratégia bem interessante, mas os jovens não se sentem estimulados a participarem.</p> <p>E60 SER VI – Grupo de adolescentes como estratégia de prevenção da gravidez, onde oferecemos oportunidade de conhecimento e tomada de consciência quanto ao problema através de oficinas de Planejamento Familiar, Sexualidade, DST, Gênero, Buling e outros tudo de forma dinâmica e participativa.</p>
--	--	--

MAPA 3 - Continuação

Categoria: Representação sociais das ações desenvolvidas pelo enfermeiro na prevenção da gravidez precoce	
Categoria: Educação em saúde individual- consulta de enfermagem	Categoria: Não desenvolvem trabalho com adolescentes
SER II	SER II
E8 SER II - Orientar sobre contraceptivo e uma gravidez precoce, o que se pode vir acontecer no planejamento familiar.	E3 SER II -.Só estou trabalhando, desde que cheguei nessa unidade usando o dia de grupo para atendimento a dengue, pois estamos passando pro uma epidemia. Mas há o PSE na escola que infelizmente estavam em greve e agora estão de férias.
E15 SER II - Educação em saúde na prevenção de uma gravidez indesejada. Orientando quanto ao uso de camisinha na relação sexual e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, orientando também quanto ao uso do contraceptivo oral, tempo de intervalo, etc.	E13 SER II - Como a nossa demanda está excessivamente curativa, estamos (enfermeira) sem atividades preventivas. As atividades estão sendo realizadas pelos agentes de saúde.
E28 SER II – Oferecer métodos contraceptivos, abordar questões além da gravidez, como DSTS, conversas individuais com as adolescentes.	E14 SER II - Digo atualmente não estou
SER VI	E16 SER II - Não temos ações pontuais desenvolvidas na ESF.
E2 SER VI – Realizando atendimento aos adolescentes tendo em vista a orientação como principal arma contra a gravidez e DST.	E21 SER II - Infelizmente, muito pouco, predomina a demanda espontânea. Iniciamos estratégia com o PSE (Programa de Saúde da Escola), mas logo em questão de 2, 3 meses são interrompidos e negligenciada por gestores da saúde e gestores da educação (diretores de escola). Contamos com os agentes de saúde, os que realizam boa parte das orientações aos adolescentes.Na verdade não realizo
E3 SER VI -Estimular o uso de preservativo. Orientação a partir da sala de espera (triagem) para uma orientação individual. Sessões educativas nas escolas.	SER VI
E4 SER VI Atividades educativas nas escolas e nos centros de saúde e planejamento familiar.	E7 SER VI – Não
E12 SER VI – esclarecimento dos métodos contraceptivos de maneira clara e madura na linguagem do adolescente, desburocratização do recebimento do preservativo.	E8 SER VI – formação de grupos de adolescentes.
E13 SER VI – atendimento imediato quando procurada pelo adolescente; coletiva: não realiza.	E11 SER VI – Na verdade, acho que venho fazendo muito pouco para prevenir tal agravo, pois, atualmente, não venho desenvolvendo nenhuma atividade educativa junto à escola, não temos grupo de adolescentes na minha área. Apenas converso com as adolescentes sobre o tema e também sobre planejamento familiar, quando as mesmas procuram a Unidade de Saúde para realizar algum outro atendimento. Na verdade, não tenho no meu cronograma mensal nenhum dia para atendimento ao adolescente.
E14 SER VI – Educação em saúde com abordagem individual durante as consultas de planejamento familiar.	E13 SER VI – Atendimento imediato quando procurada pelo adolescente; coletiva: não realiza.
E15 SER VI – Camisinha à vontade para distribuição, palestras, no acolhimento, sobre prevenção da gravidez na adolescência. Planejamento familiar com todas as adolescentes cadastradas na bolsa família quando vêm para o acompanhamento do programa. Orientação para mães que têm adolescentes. Planejamento familiar, geral. Adolescentes já com filho, aprofundar mais sobre planejamento familiar no pré-natal e puericultura.	E24 SER VI – Especificamente voltado para a adolescente, ainda NADA!
E16 SER VI – Orientações: captação de usuário no acolhimento; na consulta qualquer; nas ações nas escolas (PSE); não deixo passar oportunidades quando encontro famílias e adolescente.	E26 SER VI – Buscando assar informações no planejamento familiar e através dos ACS.
E17 SER VI – Orientações sobre o próprio corpo, como ocorre a gravidez e como entrar a gravidez	E41 SER VI - Nenhuma no momento

<p>indesejada.</p> <p>E23 SER VI – Orientações quanto ao planejamento familiar.</p> <p>E28 SER VI – Tentamos realizar um acompanhamento desses adolescentes- avaliar crescimento; desenvolvimento – realizar orientações sobre nutrição adequada, sexualidade, gravidez indesejada, violência, imunização, planejamento familiar.</p> <p>E29 SER VI 9 – Criação de um grupo de adolescentes. Orientação e preenchimento de caderneta das adolescentes em consulta de enfermagem individual e/ou coletiva quando as mesmas desejam. Abordagem significativa na consulta de “planejamento familiar” e prevenção de câncer cervico uterino.</p> <p>E34 SER VI – Educação em saúde. Disponibilidade de acompanhamento de planejamento familiar nas Unidades de Saúde. (Métodos contraceptivos)</p> <p>E36 SER VI – Educação sexual, fornecimento de insumos.</p> <p>E37 SER VI – Oriento no planejamento familiar.</p> <p>E38 SER VI – Recolhimento quantitativo do número de adolescentes/sexo. Relacionamento de confiança. Visitas às áreas com abordagens em escolas/grupos em forma de discussões. Reciclagem cotidiana. Formação e alimentação constante de Grupos. Vínculo com mães para encaminhamento à Unidade, sempre que necessário ou visita.</p> <p>E39 SER VI – Apenas trabalhamos com o programa do planejamento familiar, também voltado para as adolescentes.</p> <p>E42 SER VI - Planejamento familiar</p> <p>E51 SER VI - Orientação no consultório no planejamento familiar e durante a consulta de puerpério</p> <p>E52 SER VI - Orientações nas consultas de planejamento familiar com uso de preservativos, sensibilização dos ACS, palestras nas consultas de puericultura orientando as mães sobre a prevenção de gravidez futura</p> <p>E55 SER VI - educação e saúde (planejamento familiar) nas áreas de atuação da minha equipe; escuta com mais atenção o adolescente nas consultas na unidade de saúde; preservativo na recepção.</p> <p>E61 SER VI - planejamento familiar com médicos e enfermeira; orientações individuais e coletivas; trabalhos em grupo; distribuição das cadernetas do adolescente através do PSE</p> <p>E23 SER VI – Orientações quanto ao planejamento familiar.</p> <p>E 57 SER VI – Nas consultas de Puericultura, evitar a segunda gravidez na adolescência, no grupo de idosos, aproveitando a influência das avós, no planejamento familiar. Orientação a adesão dos métodos; no atendimento, a avaliação nutricional (orientar acompanhamento do crescimento). Incentivo aos estudos em todas as ocasiões possíveis de conselhos”</p> <p>E64 SER VI - No cronograma há um turno para planejamento familiar com livre acesso; entretanto, falta montar um grupo de adolescentes, tenho expectativa de formar ainda este ano.</p> <p>E66 SER VI - Educação em saúde; acompanhamento no planejamento familiar</p>	<p>E53 SER VI - por falta de tempo, local e organização, no momento não estamos desenvolvendo atividades nesta área.</p>
---	--

APÊNDICE J – MAPA 4

Categoria Representação social dos enfermeiros sobre a contribuição do sistema de informação (SINASC e SIM) no planejamento das ações de prevenção da Gravidez precoce			
Subcategoria: Conhecem e utilizam os sistemas	Subcategoria: Conhecem e questionam a qualidade dos sistemas	Subcategoria: Conhecem e não utilizam os sistemas	Subcategoria: Desconhecem os sistemas
<p>SER II E 4 SER II - Avalia de grande importância, mas o meio de informação mais ágil é através do ACS se pudesse ter todas as microáreas cobertas.</p> <p>E6 SER II – Os sistemas de informação quando alimentados corretamente, norteiam as ações para a redução dos riscos e óbitos evitáveis. Contudo, devem ser avaliadas as subnotificações.</p> <p>E8 SER II - Abre horizontes e pontos a ser melhor trabalhado na prevenção de gravidez precoce.</p> <p>E12 SER II - Não utilizo muito no planejamento de minhas ações.</p> <p>E15 SER II - Adequado</p> <p>E17 SER II – Ajuda a analisar a situação epidemiológica e assim planejar as ações.</p> <p>E18 SER II – São dados importantes que vinculam informações sobre mortalidade, bem como, dados transversais e dados sócio-demográficos. São importantes para pesquisas e desenvolvimento de políticas públicas de enfrentamento de gestões negativas dos dados.</p> <p>E19 SER II – São sistemas de mais para a condução do trabalho de planejamento e ação desse processo. O SINASC para avaliar nascimento de filhos de adolescentes. O SIM para avaliar óbitos de adolescentes grávidas ou de seus filhos podendo ser natimortos ou óbitos menores de 01 ano. Vale salientar que esses sistemas nos dão uma gama de</p>	<p>SER II E2 SER II - Falhas acho que existe uma falsa ou subnotificação, e quando estas ocorrem não chegam a tempo hábil.</p> <p>E10 SER II - Precário, subnotificação, investigação e captação de doenças</p> <p>E26 SER II – As informações (SINASC e SIM) chegaram tardiamente nas Unidades de Saúde.</p> <p>E28 SER II – Acredito que muitas vezes esses sistemas não possuem dados atualizados. No entanto, são guias para desenvolvimento de pesquisas.</p> <p>E30 SER II - Anda bastante falho e atrasado.</p> <p>SER VI E1 SER VI- Bom, pois nos mostra mensalmente as alterações nos números de mulheres abaixo de 20 anos grávidas</p> <p>E2 SER VI-São sistemas que nos ajudam quando precisamos fazer levantamentos epidemiológicos tendo como foco enfatizar o quantitativo de crianças nascidas de mães adolescentes e de óbitos < 1 ano das mesmas.</p> <p>E4 SER VI - é importante porque</p>	<p>SER II E1 SER II - Confesso que não tenho realizado esta abordagem.</p> <p>E3 SER II -. Para mim não existe vínculos porque o SINASC pela informação de nascidos vivos e o SIM pelas informações de mortalidade.</p> <p>E5 SER II - Interligação dos dados epidemiológicos.</p> <p>E9 SER II - Infelizmente estas informações não chegam com muita frequência aos profissionais da ponta. Mas são de extrema importância para o foco das ações de prevenção da gravidez na adolescência.</p> <p>E11 SER II - É um sistema importante, mas que na prática estes dados “nunca” são analisados e traçadas ações a partir destes.</p> <p>E13 SER II - Acredito que a falha maior do SINASC e SIM é no feedback para os profissionais da ponta para que os dados sejam melhor trabalhados.</p> <p>E14 SER II -Não estamos fazendo essa análise atualmente.</p> <p>E22 SER II - Não tenho acesso ao SINASC e SIM.</p> <p>E23 SER II – Acho fraco. Não temos controle</p>	<p>SER II E7 SER II - Não conheço o SIM e SINASC.</p> <p>E16 SER II – Não tenho opinião formada.</p> <p>SER VI E14 SER VI – Nunca utilizei e não tenho conhecimento sobre os mesmos.</p> <p>E56 SER VI – Aqui em Fortaleza, eu desconheço as informações do SINASC e SIM, mas sei da valiosa importância desses números para o planejamento das ações em todas as esferas públicas de saúde.</p>

<p>informações que nortearão nosso processo de trabalho em outros contextos.</p> <p>E20 SER II – Satisfatórios.</p> <p>E21 SER II - Tem surgido iniciativas concretas como a criação do Comitê de Óbito infantil e materno a nível regional e recentemente incentivo e cobrado a criação do Comitê de óbito infantil e materno a nível local (posto). Porém, o incentivo se faz necessário de maneira contínua, pois existe uma tendência a automatização dos profissionais já cansados de tanta mudança de foco, assim como em outras áreas, com a política de “apagar incêndios.”</p> <p>E24 SER II - A análise é feita em cima de um questionário que é enviado para realizar visita a RN de risco e adolescente (que teve bebê). Esse questionário é enviado a SER II.</p> <p>E25 SER II – O número de gravidez na adolescência, o número de nascido vivo com prematuridade e com risco de morte. E o SIM a causa do óbito associado a gravidez precoce.</p> <p>E27 SER II – São ferramentas imprescindíveis para planejar e agir (intervir) tanto na prevenção ou até mesmo traz a reflexão para agir de forma a investigativa/ epidemiológica, quando frente a um óbito, por exemplo. Entretanto, tenho percebido lacunas em Fortaleza, no sentido do acesso a esses sistemas, tanto pela conjuntura macro, como a forma de organização da maneira de trabalho da ESF.</p> <p>SER VI</p> <p>E1 SER VI-Bom, pois nos mostra mensalmente as alterações nos números de mulheres abaixo de 20 anos grávidas</p> <p>E2 SER VI-São sistemas que nos ajudam quando precisamos fazer levantamentos epidemiológicos tendo como foco enfatizar o quantitativo de crianças nascidas de mães adolescentes e de óbitos < 1 ano das mesmas.</p>	<p>dimensiona o problema. Assim, as ações poderão ser planejadas e implementadas.</p> <p>E5 SER VI – são ferramentas importantes para se conhecer a realidade dos números e a partir daí planejar as ações.</p> <p>E6 SER VI – os sistemas de informações ajuda a desenvolver estratégias dentro dos maiores índices encontrados.</p> <p>E7 SER VI – cada dia aumenta os casos de gravidez na adolescência. As meninas estão tendo relacionamentos muito íntimo cedo, o liberalismo por parte dos pais.</p> <p>E8 SER VI – acho importante pois nos fornece dados quantitativos.</p> <p>E12 SER VI– trata-se de uma valiosa ferramenta que se for usada dará para unidade o perfil de cada uma, o que poderá direcionar a assistência prestadora</p> <p>E22 SER VI – Importantes, para que sejam travadas novas estratégias e formas de atuação dos profissionais</p> <p>E23 SER VI – O SISNAC informa o nº de nascidos vivos, mensalmente, e a idade da mãe do recém nascido, possibilitando perceber o percentual das mães adolescentes em um dado mês. Através do SIM podemos obter informações quanto à mortalidade infantil e analisar quantas dessas crianças tinham mães adolescentes e, posteriormente, planejar as ações.</p> <p>E33 SER VI – É uma fonte importante para levantamento de dados epidemiológico que nos permite direcionar ações.</p> <p>E40 SER VI - é um sistema que funciona como testemunho da saúde da criança.</p>	<p>efetivo dessas informações principalmente para essa clientela, se encaminhada para o alto risco vemos somente 30% de cobertura do PSF não podemos agir no território todo.</p> <p>E25 SER VI - Não uso.</p> <p>E29 SER II – Importante para a avaliação das situações e para o planejamento de ações e estratégias, apesar de não fazer uso desses sistemas diretamente, os dados são separados pela regional.</p> <p>SER VI</p> <p>E9 SER VI – Anda de difícil acesso; profissionais não buscam muitas vezes analisar.</p> <p>E10 SER VI – São programas, digo sistemas que até o momento, não funcionam na nossa Unidade, pois necessitamos de um profissional para a Epidemiologia, pois a demanda na Unidade é grande e não temos tempo para analisar os dados da equipe.</p> <p>E11 SER VI – Acho que os mesmos podem fornecer informações importantes sobre os partos e nascimentos de gestantes adolescentes; bem como os óbitos consequentes desses partos (mãe e/ou filho), para que com isso o pesquisador possa cruzar as informações e planejar estratégias de prevenção e controle.</p> <p>E13 SER VI – não usei nenhuma desses sistemas para planejar ações.</p> <p>E16 SER VI – aqui em fortaleza temos menos acesso (acesso não sistemático) e acabamos desenvolvendo nossas atividades com dados que talvez não esteja tão fidedigno. Mas ainda sim nossas ações trabalham com estes parâmetros.</p> <p>E17 SER VI – não tenho opinião formada.</p>	
---	--	--	--

<p>E4 SER VI - É importante porque dimensiona o problema. Assim, as ações poderão ser planejadas e implementadas.</p> <p>E5 SER VI – São ferramentas importantes para se conhecer a realidade dos números e a partir daí planejar as ações.</p> <p>E6 SER VI – Os sistemas de informações ajuda a desenvolver estratégias dentro dos maiores índices encontrados.</p> <p>E7 SER VI – cada dia aumenta os casos de gravidez na adolescência. As meninas estão tendo relacionamentos muito íntimo cedo, o liberalismo por parte dos pais.</p> <p>E8 SER VI – Acho importante, pois nos fornece dados quantitativos.</p> <p>E12 SER VI– Trata-se de uma valiosa ferramenta que se for usada dará para unidade o perfil de cada uma, o que poderá direcionar a assistência prestadora.</p> <p>E22 SER VI – Importantes, para que sejam travadas novas estratégias e formas de atuação dos profissionais.</p> <p>E23 SER VI – O SINASC informa o número de nascidos vivos, mensalmente, e a idade da mãe do recém nascido, possibilitando perceber o percentual das mães adolescentes em um dado mês. Através do SIM podemos obter informações quanto à mortalidade infantil e analisar quantas dessas crianças tinham mães adolescentes E, posteriormente, planejar as ações.</p> <p>E33 SER VI – É uma fonte importante para levantamento de dados epidemiológico que nos permite direcionar ações.</p> <p>E40 SER VI - é um sistema que funciona como testemunho da saúde da criança.</p>	<p>E45 SER VI - análise dos dados para concentrar os grupos de promoção de saúde dos adolescentes e formação de promotores de saúde (os próprios adolescentes)</p> <p>E47 SER VI - acredito que tem um bom planejamento das ações.</p> <p>E 48 SER VI – Com esses sistemas é possível ter um indicador do [n] de gestantes adolescentes, semana gestacional no parto, má formação congênita, óbito mãe/bebê. Então se pode traçar o perfil de um bairro/cidade/estado e ver onde estão os problemas par se verificar ações que possam reverter o quadro e assim traçar estratégias.</p> <p>E52 SER VI- significa o controle da gravidez na adolescência, com a análise dos dados, visando à obtenção de soluções para redução da mortalidade materna e infantil</p> <p>E55 SER VI- através de reuniões semanais com a equipe e mensal para fechar a SIAB com os ACS (planejamos o que podemos realizar)</p> <p>E59 SER VI- bem, o que podemos ver é que o nascido vem de mães bem jovens, despreparadas fisicamente e emocionante. A mortalidade infantil vem por conta da prematuridade, infecções durante os primeiros dias de vida. É complicado planejar e promover quando os interessados não têm “interesse.</p> <p>E60 SER VI– Como forma de analisar o crescimento de nascimentos de filhos de adolescentes e adoecimentos e causa de óbito para planejar estratégias de enfrentamento.</p> <p>E62 SER VI - A partir dos dados dos sistemas de informação podemos obter números que nos mostram a realidade que vivemos. Podendo através desses dados</p>	<p>E19 SER VI – Não analiso esses sistemas. Fazemos a notificação quando tem mortalidade infantil e materna.</p> <p>E20 SER VI – Ainda não realizei essa analise por meio do SIM E SINASC.</p> <p>E21 SER VI – No município este sistema não nos é repassado, embora o sistema seja muito importante para o planejamento das nossas ações.</p> <p>E27 SER VI – Não fizemos levantamentos das crianças que nascem de baixo peso, quando são de mães adolescentes, sabemos que isso acontece, mas não quantificamos.</p> <p>E29 SER VI – Não os utilizo para esse fim.</p> <p>E30 SER VI – Na utilização pela atenção primária (ESF), considero meio que falho, pois não possuímos acesso direto. Caso desejemos obter informações, é necessário solicitar a Regional a pesquisa de referidos dados.</p> <p>E31 SER VI - são incompletos e sem a participação dos profissionais da ponta.</p> <p>E32 SER VI – Parece que os mesmos tornaram-se apenas banco de dados para serem alimentados. Não vejo atitudes práticas geradas da parte deles.</p> <p>E34 SER VI – Dentro da minha realidade, não tenho muito acesso a eles. Usamos mais frequentemente as informações dos ACSs e da própria Unidade de Saúde.</p> <p>E38 SER VI – Acredito que números não mostram a realidade.</p> <p>E42 SER VI - É pouco usado.</p> <p>E43 SER VI – Bom precisa melhorar principalmente o acesso dos profissionais da atenção básica, ao mesmo.</p>	
---	---	--	--

<p>E45 SER VI - analise dos dados para concentrar os grupos de promoção de saúde dos adolescentes e formação de promotores de saúde (os próprios adolescentes).</p> <p>E47 SER VI - acredito que tem um bom planejamento das ações.</p> <p>E 48 SER VI – Com esses sistemas é possível ter um indicador do n] de gestantes adolescentes, semana gestacional no parto, má formação congênita, óbito mãe/bebê. Então se pode traçar o perfil de um bairro/cidade/estado e ver onde estão os problemas par se verificar ações que possam reverter o quadro e assim traçar estratégias.</p> <p>E52 SER VI- Significa o controle da gravidez na adolescência, com a análise dos dados, visando à obtenção de soluções para redução da mortalidade materna e infantil</p> <p>E55 SER VI- Através de reuniões semanais com a equipe e mensal para fechar a SIAB com os ACS (planejamos o que podemos realizar)</p> <p>E59 SER VI- Bem, o que podemos ver é que os nascidos vêm de mães bem jovens, despreparadas fisicamente e emocionante. A mortalidade infantil vem por conta da prematuridade, infecções durante os primeiros dias de vida. É complicado planejar e promover quando os interessados não têm “interesse.</p> <p>E60 SER VI– Como forma de analisar o crescimento de nascimentos de filhos de adolescentes e adoecimentos e causa de óbito para planejar estratégias de enfrentamento.</p> <p>E62 SER VI - A partir dos dados dos sistemas de informação podemos obter números que nos mostram a realidade que vivemos. Podendo através desses dados traçar estratégias para reduzir a mortalidade tanto materna como infantil.</p> <p>E 63 SER VI – Através dos sistemas planejamos ações de puericultura, ações educativas com adolescente, planejamento familiar, visitas domiciliares.</p> <p>E66 SER VI – Através deles faço puericultura, investigação de óbito.</p>	<p>traçar estratégias para reduzir a mortalidade tanto materna como infantil.</p> <p>E 63 SER VI – Através dos sistemas planejamos ações de puericultura, ações educativas com adolescente, planejamento familiar, visitas domiciliares.</p> <p>E66 SER VI – Através deles faço puericultura, investigação de óbito</p>	<p>E53 SER VI - Hoje não temos um retorno dos indicadores da unidade. Mas na diária vemos que o quantitativo de adolescentes grávidos só vem aumentando.</p> <p>E 54 SER VI – Ajuda, mas muitos profissionais ainda não entendem deles. Acho que se sentem apenas cobrados.</p> <p>E 58 SER VI – No momento, eu não analiso esses sistemas de informação para o planejamento das ações desenvolvidas por mim. Passo até utilizá-los com o apoio da enfermeira responsável pela epidemiologia.</p> <p>E61 SER VI - Sistemas não exercidos na pratica; falta de computador no postos.</p> <p>E65 SER VI – Não utilizo esses sistemas, somente o sistema de informação da atenção básica (SIAB).</p>	
---	---	---	--

APENDICE L – MAPA 5

Categoria Representação social dos enfermeiros sobre as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no desenvolvimento das ações de prevenção da gravidez precoce			
Subcategoria: Drogas	Subcategoria: Falta de adesão dos adolescentes	Subcategoria: Condições de trabalho precárias relacionadas a sobrecarga, espaço físico e gestão de insumos	Subcategoria: Falta de capacitação para a tenção ao adolescente
<p>SER II</p> <p>E1 SER II- Relativo à área que atuo: uso de drogas ilícitas, falta de controle dos pais, falta de tempo no trabalho para dinamizar essa temática.</p> <p>E20 SER II- Drogadição, violência, desacreditação do estado por parte dos jovens e de suas famílias. Escolas deficitárias, baixa escolaridade e quando o jovem consegue conclusão do ensino médio, esse é de baixíssima qualidade.</p> <p>E22 SER II- Baixa escolaridade. Uso de drogas. Falta de salas próprias para palestras. Famílias desestruturadas.</p> <p>SER VI</p> <p>E4 SER VI - Hoje o principal problema é a droga, em destaque o crack. As garotas acabaram se prostituindo para a manutenção do vício e sem proteção nenhuma. A puçá educação também dificulta AA ações de prevenção. Quando menos educação mais difícil é.</p> <p>E22 SER VI - As drogas ilícitas são grandes obstáculos na criação de vínculos com as adolescentes.</p> <p>E28 SER VI - Assiduidade das adolescentes virem ao Centro de Saúde. O uso de drogas. Dificuldade de formar grupos de adolescentes.</p>	<p>SER II</p> <p>E6 SER II- Por ser uma capital, há uma demanda enorme de ações na área da saúde da família, as adolescentes não criam muito vínculos com a equipe e há dificuldade do interesse coletivo das ações.</p> <p>E7 SER II- Dificuldade de conciliar, digo, dificuldade de conseguir a assiduidade dos adolescentes nos grupos falta material educativo e a intervenção social para o adolescente.</p> <p>E8 SER II- Os grupos que são formados e mesmo marcados quinzenalmente ou mensalmente os participantes não tem compromisso. Antes do posto ser reformado não tínhamos local adequado, material didático.</p> <p>E10 SER II- Captação dessas jovens em função da família. Vergonha de se mostrarem grávidas. Os pais desaparecem. Drogas. Estrutura familiar degradada.</p> <p>E11 SER II- Adesão dos pacientes, estrutura física para atividades de grupo, continuidade da distribuição de insumos e disponibilidade de exames.</p> <p>E12 SER II- Pouca participação da família, pouca participação da escola, desmotivação dos adolescentes, atraso intelectual geral da população adolescente do bairro.</p> <p>E15 SER II- Dificuldade encontrada relacionada ao nível de escolaridade da adolescente.</p>	<p>SER II</p> <p>E2 SER II- Demanda espontânea extensa e falta de material educativo voltado para esta clientela.</p> <p>E4 SER II- Adesão dos jovens, atividade específicas para atraí-los, falta ambiência.</p> <p>E5 SER II- Falta de material educativo, falta de treinamento e falta de carro.</p> <p>E13 SER II- A única dificuldade é a falta de tempo. pois atualmente o acolhimento nos toma 2 a 3 horas na semana o que prejudica as atividades extramuros.</p> <p>E16 SER II- Não temos espaço físico para trabalhar com grupo. Não há disponibilidade de anticoncepcionais para os adolescentes, como a camisinha. Demanda de atendimento volumoso.</p> <p>E17 SER II- Falta de estrutura para atendimento, Demanda excessiva impossibilitando atividades extra-muro com frequência.</p> <p>E23 SER II- A falta de ACS na área, pouca estrutura nos centros de saúde, profissionais especializados, etc.</p> <p>E24 SER II- Falta de material educativo.</p> <p>E25 SER II- Não tenho apoio da Secretaria Municipal de Saúde, que deveria ajudar com apoio financeiro para projetos gravidez saudável (lanches para gestante, kit bebê). Mas mesmo sem esse apoio consigo mudar muita coisa por ser um projeto voluntario. É difícil trabalhar assim, sem</p>	<p>SER II</p> <p>E3 SER II- Falta de treinamento, visto que estou formada há mais de 10 anos e, infelizmente, a Prefeitura quando oferece treinamento é só para alguns profissionais.</p> <p>E 9 SER II- Falta de interesse do adolescente e por falta de recursos materiais para as atividades (papel, caneta, TV, vídeos), falta local de educação continuada.</p> <p>E14 SER II- Falta de habilidade e manejo para trabalhar esse grupo.</p> <p>E18 SER II- Formação específica para trabalhar com adolescência, didática e espaço físico adequado.</p> <p>E19 SER II- Déficit de capacitação, principalmente para trabalhar com o público adolescente. Insegurança no meio ambiente de trabalho o que causa receio de trabalhar com temas relacionado à droga (muitas gestantes adolescentes se drogam. Onde trabalho, muitas são mulheres de traficantes). Déficit de intersetorialidade em alguns contextos. Métodos contraceptivos em quantidade insatisfatória.</p> <p>E29 SER II- Falta de formação para desenvolver ações com adolescente, por se tratar de um público específico. Planejamento efetivo das ações por parte de nós mesmos. Falta de insumos e investimento na área.</p>

<p>E37 SER VI - Abandono da família uso de drogas pelas adolescentes e por seus parceiros, influência forte das colegas, falta de interesse em participar de palestras. O ambiente em que vivem é propício a ficar grávida já que para a família a filha ter alguém que a sustente é muito cômodo.</p> <p>E45 SER VI - As drogas, a violência urbana cada vez mais precoce.</p> <p>E57 SER VI - Comunidade um pouco complicada. Risco de álcool e drogas. O posto não comporta grupos educativos. O NASF não tem preparo para abordar os temas de modo a ter resultados e não conta com enfermeiros no Grupo.</p>	<p>E21 SER II- manter a continuidade das ações tidas por mim e restante da equipe como exitosas. Ações nas escolas e no tocante ao acolhimento dos jovens. Por questões de outras prioridades aos olhos da gestão e desinteresse dos gestores das escolas.</p> <p>E26 SER II- Falta de interesse dos adolescentes pelo uso dos métodos anticoncepcionais. Desinteresse pelas informações (educação em saúde). O governo não oferece estrutura (material) para educação em saúde sobre o tema.</p> <p>E27 SER II- A maior dificuldade que tenho enfrentado é não só formar, como dar sustentabilidade a um grupo de adolescentes, pois é um público alvo diferenciado, que exige outras metodologias, é de difícil adesão.</p> <p>E28 SER II- Muitas adolescentes não procuram a unidade para atendimento. Início de vida sexual cada vez mais cedo, o que acaba fazendo com que as ações ocorram às vezes, tardiamente.</p> <p>E30 SER II – Falta de compromisso dos adolescentes na escuta das palestras educativas.</p> <p>SER VI</p> <p>E1 SER VI - Principalmente, a adolescente tem em seu meio muitas amigas, vizinhas e familiares grávidas ou que estiveram grávidas na adolescência. E tudo isso é bem aceito até “normal”. Então, muitas não se previnem, pois acham que se vier um bebe, tudo bem. Outras “pensam” que são inférteis tendo um pensamento mágico. A principal dificuldade é a conscientização.</p> <p>E2 SER VI - A dificuldade em perpetuar os grupos de educação em saúde, no fato de iniciarem e continuar com a adesão ao grupo.</p> <p>E6 SER VI - Adesão dos adolescentes demanda alta.</p> <p>E8 SER VI - Dificuldades para manter grupos de adolescentes, pois eles e elas não gostam de</p>	<p>apoio.</p> <p>SER VI</p> <p>E5 SER VI - Na unidade de saúde: espaço físico, material explanativo; e muitas vezes na escola a adesão se faz de uma forma mais assídua e na unidade eles dispersam com mais facilidade.</p> <p>E9 SER VI - Trabalho nas escolas com roda de conversa levando os adolescentes a expor a sua compreensão sobre gravidez precoce; durante atendimentos na unidade a adolescentes etc.</p> <p>E10 SER VI - Dificuldades: Falta de transporte para a equipe. Falta de insumos/Material educativo, panfletos, álbuns seriados. Capacitação para os profissionais sobre as ações com adolescentes. Equipes incompletas. Difícil acesso dos adolescentes à Unidade de Saúde, devido à distância.</p> <p>E11 SER VI - Falta de tempo em relação às outras atividades do cronograma mensal de atendimento, bem como a demanda de atendimento dentro da Unidade.</p> <p>E12 – Em primeiro lugar o “desmantelamento” das famílias onde não há corresponsabilidade da família para com os atos da criança e adolescente e ausência de política de esporte efetiva para canalização da energia deles.</p> <p>E15 SER VI - Falta de apoio em grupos, não tem carro para ir, falta auxiliar de enfermagem suficiente para acompanhar; espaço na Unidade para as ações; risco de violência para ações na área. Falta ACS em duas Micro áreas de minha equipe, faltam anticoncepcionais de alguns tipos. ex. Injetável mensal, não temos DIU as que quiserem pós-parto.</p> <p>E16 SER VI - Não tenho sala fixa, isto dificulta a chegada até a minha pessoa; sobrecarga de programas. Turno para todos; reuniões, ações</p>	<p>Ausências de uma política municipal que realmente intervenha e responda às necessidades desse público.</p> <p>SER VI</p> <p>E3 SER VI - Não ter formação específica para trabalhar com adolescente.</p> <p>E7 SER VI - Profissionais preparados para trabalhar com esta faixa de idade, que é uma idade complicada.</p> <p>E21 SER VI - Falta de treinamento, falta de material, falta de profissional.</p> <p>E25 SER VI- Usar o sistema.</p> <p>E27 SER VI - Recursos e metodologias didáticas específicas para adolescentes, pois é uma população difícil de se abordar com métodos convencionais.</p> <p>E29 SER VI - Falta de preparo técnico por carência de treinamento. Carência de material educativo. Pouco entrosamento com as escolas do bairro. Membros da equipe não trabalham com a mesma linguagem. Carência e limitação de opções dos métodos contraceptivos. Ausência de espaço físico na Unidade para trabalhar o grupo.</p> <p>E35 SER VI - Tenho dificuldade em trabalhar grupos de adolescentes, talvez por não me sentir devidamente capacitada.</p> <p>E39 SER VI - Falta de treinamento em saúde do adolescente. Baixa procura de adolescentes à Unidade. Micro áreas descobertas, sem ACS. Falta de material educativo.</p> <p>E44 ER VI - Conhecimento de metodologia atuais e que despertem os adolescentes. Material didático. Tempo e espaço.</p>
---	---	--	---

	<p>freqüentar as unidades de saúde.</p> <p>E14 SER VI - Dificuldades relacionadas à cultura da população, pois acreditam (a grande maioria) que quanto mais jovem tiver filhos é melhor para as mães e para os filhos. Outra dificuldade é a aceitação do uso do preservativo, principalmente pelos homens, pois eles associam o uso do preservativo com infidelidade, ou seja, se a mulher deseja usar é porque está traindo o parceiro. As mulheres a mentalidade mais aberta neste sentido.</p> <p>E17 SER VI - Interesse das adolescentes em participar de grupos, bem como a pouca informação por parte dos pais.</p> <p>E19 SER VI- Falta mesmo de interesse das adolescentes em adiar a gravidez, tenho a impressão que elas querem mesmo é engravidar; tem haver também com problema social.</p> <p>E20 SER VI - Falta de adesão a grupos de adolescentes.</p> <p>E23 SER VI - Falta de interesse das adolescentes. Necessidade de conscientização dos profissionais para se sensibilizar quanto às conseqüências de uma gravidez na adolescência, para que houvesse dedicação do tempo e compreensão e não só informar os métodos anticoncepcionais.</p> <p>E24 SER VI - As adolescentes não procuram o serviço, a não ser para evitar já a segunda gravidez. Elas têm medo do que as pessoas vão saber se forem ao posto. Além disso, as mães não conversam abertamente sobre isso com as filhas a não ser quando as mesmas já são mães.</p> <p>E26 SER VI - As adolescentes são mais difíceis de aceitar as orientações.</p> <p>E34 SER VI - A dificuldade das adolescentes em procurarem a própria Unidade de Saúde, os profissionais, a falta de iniciativa das mesmas (pouco</p>	<p>futuras... muita responsabilidade territorial que contam com o PSF; ACS desmotivadas, despreparados, médicos também. Sou uma pessoa “sozinha” para conduzir. Isto faz com as ações deixem a desejar.</p> <p>E18 SER VI - Dificuldade de formar grupos de adolescentes. 2. Falta tempo para enfermeiras entrar como precisava no assunto em estudo. 3. Falta insumos para oferta ao planejamento familiar.</p> <p>E30 SER VI - Dificuldades quanto à disponibilidade de tempo na agenda profissional, já que possuímos uma demanda exacerbada e inúmeros programas para o atendimento, acarretando numa sobrecarga de trabalho. Como também, espaço físico na unidade de trabalho e a falta de interesse e motivação por parte do público adolescente em participar dos grupos de educação em saúde. Observa-se que algumas adolescentes realmente querem ser mães precocemente, já que algumas delas já cuidam de irmãos mais novos e da casa, pois suas mães vão trabalhar. Contudo, na visão delas, a gravidez representa uma forma delas saírem de casa e formar a sua própria família.</p> <p>E31 SER VI - Falta material como vídeo, folders, faltam agentes de saúde, faltam folders.</p> <p>E32 SER VI - Equipes de Saúde da Família não coesas, abarrotadas de famílias com sérios problemas sociais e com profissionais de saúde desmotivadas.</p> <p>E33 SER VI - Aceitação das adolescentes. Falta de Tempo para intensificar atividades educativas. Falta de material didático para planejar e praticar ações.</p> <p>E36 SER VI - Deslocamento da comunidade; violência social; falta de incentivos materiais; falta de treinamento e avaliação.</p> <p>E38 SER VI - Falta de recursos materiais.</p>	
--	--	---	--

	<p>interesse). Educação em saúde que ainda está ocorrendo de maneira lenta e insuficiente.</p> <p>E40 SER VI - Desinteresse dos adolescentes em participar dos grupos de educação e saúde.</p> <p>E41 SER VI - Dificuldade de atingir o público alvo. Falta de interesse e foco em todos os níveis.</p> <p>E43 SER VI – Adesão da adolescente, tendo em vista que não é fácil de trabalhar as atividades desenvolvidas pela equipe. Falta de interesse dos outros setores em relação ao tema. Falta de insumos, instrumento de trabalho para as ações desenvolvidas</p> <p>E46 SER VI – Sinto falta de um programa articulado somente para essa faixa etária (Ministério da Saúde). Temos alguns, mas para que haja um envolvimento dentro da atenção primária e que o PSF possa estar conhecendo melhor essas adolescentes. Há uma dificuldade de buscar para o serviço essa faixa etária, faz-se necessário algo mais criativo, que busque esses adolescentes para nós. Mesmo indo para dentro da comunidade, a adesão nem sempre é boa, faz-se necessário também a capacitação dos professores da saúde para trabalhar esse grupo.</p> <p>E47 SER VI - Um maior envolvimento da escola, família.</p> <p>E53 SER VI - A maior dificuldade é a adesão das adolescentes. Mas temos também a falta de espaço físico e o preparo das profissionais para trabalhar com adolescentes.</p> <p>E54 SER VI - Somente quando as adolescentes participarem com mais afinco das atividades, pois essa fase já diz tudo: desprendimento de tudo e de todos.</p> <p>E55 SER VI - Trazer adolescentes para unidade de saúde para consulta do planejamento e até para o preservativo que é só pegar na cestinha que fica na recepção!</p> <p>E56 SER VI - O desinteresse dos adolescentes. A</p>	<p>Excesso de atividades na Unidade. Carga Horária. Pouco tempo para planejamento.</p> <p>E39 SER VI - Falta tempo na agenda para ações educacionais no que diz respeito à prevenção.</p> <p>E42 SER VI - Não tenho nenhuma ação desenvolvida para prevenção da gravidez na adolescência.</p> <p>E43 SER VI - Adesão da adolescente, tendo em vista que não é fácil de trabalhar as atividades desenvolvidas pela equipe. Falta de interesse dos outros setores em relação ao tema. Falta de insumos, instrumento de trabalho para as ações desenvolvidas.</p> <p>E48 SER VI- O maior problema é a educação familiar ou a falta dela; adolescentes rebeldes, semi-alfabetizados ou praticamente analfabetos; a necessidade que se tem de mostrar uns para os outros que fazem muita coisa e que saem com muitas pessoas, em suma. O maior é o social. As escolas em parceria com a saúde sensibilizam, mas há maior necessidade de investimento em políticas/ações que realmente dê suporte e não somente a distribuição de métodos contraceptivos.</p> <p>E49 SER VI - Falta tempo na agenda para ações educacionais no que diz respeito à prevenção</p> <p>E50 SER VI - Como só temos 10% de cobertura de equipes de Saúde da Família há uma sobrecarga de funções devido a 90% da área descoberta da grande Messejana. Não temos grande ONGs ou grupos sociais parceiros. Falta uma política pública específica para adolescentes e drogadição.</p> <p>E51 SER VI - Falta de material educativo; falta de estrutura física.</p> <p>E52 SER VI - Falta de profissional médico na equipe, por pertencer a EACS, trabalham com 2 áreas, num total de 2055 famílias, aumentando a quantidade de gestantes atendidas e</p>	
--	--	--	--

	<p>estrutura física do posto de saúde para uma abordagem mais privativa com as adolescentes.</p> <p>E58 SER VI - Pouca adesão das adolescentes da área ao grupo específico para essa faixa etária. Dificuldades da regional para dar início ao programa de saúde nas escolas, já que uma das temáticas que nós enfermeiros vamos trabalhar com as adolescentes é a prevenção da gravidez na adolescência. Inexistência de material educativo para o trabalho desse tema com as adolescentes, dessa forma, nós estamos formulando o material a ser utilizado.</p> <p>E59 SER VI - A falta de interesse dos adolescentes em participarem de grupos, a adesão dos jovens, em se integrarem as ações desenvolvidas é muito baixa. Às vezes até a “inteligência” atrapalha na assimilação dos conhecimentos. A falta de recursos para nos ajudarem a levar a frente os grupos. Faltam estímulos para a adesão dos adolescentes, formação emocional e espiritual é importante.</p> <p>E61 SER VI - Falta de adesão dos adolescentes; falta de orientação quanto à importância deste assunto nas escolas pelos professores, falta de interesse dos adolescentes.</p> <p>E63 SER VI - Resistência da própria adolescente em participar dos grupos/ reuniões; falta de envolvimento da adolescente no planejamento familiar; dificuldade de transporte para palestras/ visitar a escola.</p>	<p>conseqüentemente a melhor atenção no acompanhamento das mesmas.</p> <p>E60 SER VI - Acúmulo de funções, clientela muito grande, falta de cursos, material, espaço físico, adesão dos adolescentes, mais empenho da gestão e não somente cobrança para que os grupos sejam realizados.</p> <p>E62 SER VI - Por trabalharmos com uma demanda muito grande, nem sempre é possível desenvolver ações de prevenção como se deseja. Trabalhamos também com equipe incompleta o que dificulta realizar um trabalho destinado aos adolescentes.</p> <p>E64 SER VI - Falta de estrutura física na unidade, falta de capacitação do profissional.</p> <p>E65 SER VI - Condições de trabalho precário; sobrecarga de trabalho, ou seja, pouco tempo disponível para esse grupo; pouca adesão das adolescentes no planejamento familiar.</p> <p>E66 SER VI - Baixa adesão dos adolescentes aos serviços ofertados (como planejamento familiar, grupos etc.)</p>	
--	---	--	--

APÊNDICE M – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Eu, Maria Glêdes Ibiapina Gurgel, enfermeira/aluna do Doutorado de Enfermagem da UFC, estou devolvendo uma pesquisa sob orientação da Professora Doutora Maria Dalva Santos Alves, intitulada: **TENDÊNCIA DOS RISCOS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ENFERMEIROS ACERCA DA PREVENÇÃO**. O objetivo da referida pesquisa é Analisar a tendência da gravidez na adolescência e as representações sociais dos enfermeiros acerca da prevenção. Pretendo com o referido estudo contribuir na prática de enfermagem voltada para ações prevenção da gravidez precoce. Para tanto, necessito de sua valiosa colaboração, aceitando participar da pesquisa.

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

Em caso de dúvidas, estarei à sua disposição para os devidos esclarecimentos, podendo contatar-me pelos telefones: residencial- 3273 5689, trabalho 3105 1590 ramal 235 e celular-8821 0767.

Qualquer reclamação a respeito do desenvolvimento desta pesquisa poderá ser dirigida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, pelo telefone: 3366 8338.(8344)

Por sua inestimável participação, antecipo-lhe meus agradecimentos.

Eu, _____ RG _____,
 COREN _____, declaro que tomei conhecimento do estudo: **TENDÊNCIA DOS RISCOS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ENFERMEIROS ACERCA DA PREVENÇÃO** da Enfermeira Maria Glêdes Ibiapina Gurgel, após compreender seus objetivos, concordo em participar da referida pesquisa.


Fortaleza, de _____ de 2011.

Assinatura do Enfermeiro
 Participante da Pesquisa

Maria Glêdes Ibiapina Gurgel
 Pesquisadora-Doutoranda de Enfermagem -UFC

ANEXOS

ANEXO A – Declaração de Nascidos Vivos (Frente)

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Nascido Vivo		Nº _____	
I	Cartório	1 Cartório		Código	
		2 Registro		3 Data	
II	Local da Ocorrência	4 Município		5 UF	
		6 Local da Ocorrência		7 Estabelecimento	
		8 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da mãe (Rua, praça, avenida, etc)		9 CEP	
		10 Bairro/Distrito		11 Município de ocorrência	
III	Mãe	12 UF		13 Nome da Mãe	
		14 Cartão SUS		15 Idade (anos)	
		16 Estado Civil		17 Escolaridade (Em anos de estudo concluídos)	
		18 Ocupação habitual e ramo de atividade		19 Núm. de filhos tidos em gestações anteriores (obs.: utilizar 99 se ignorados)	
		20 Residência da mãe		21 CEP	
		22 Bairro/Distrito		23 Município	
IV	Gestação e Parto	24 Duração da gestação (em semanas)		25 Tipo de gravidez	
		26 Tipo de parto		27 Número de consultas de pré-natal	
V	Recém-Nascido	28 Nascimento		29 Sexo	
		30 Raça/cor		31 Índice de Apgar	
		32 Detectada alguma malformação congênita e/ou anomalia cromossômica?		33 Código	
VI	Identificação	34 Polegar direito da mãe		35 Pé direito da criança	
		36		37	
VII	Preench.	38 Nome		39 Função	
		40 Identidade		41 Data	
<p align="center">ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO</p> <p align="center">O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.</p> <p align="center">Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.</p>					

Versão 12/08 - 1ª Impressão 12/2008

Declaração de Nascido Vivo (Verso)**DEFINIÇÕES**

(De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão)


• NASCIMENTO VIVO

Nascimento vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições é considerado como uma criança viva.

• ÓBITO FETAL

Óbito fetal é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe independentemente da duração da gravidez: indica o óbito o fato de, o feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

ANEXO B – Declaração de Óbito (Frente)



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

Nº

I

Cartório

1 Cartório Código 2 Registro 3 Data

4 Município 5 UF 6 Cemitério

II

Identificação

7 Tipo de Óbito 8 Óbito Data Hora 9 Cartão SUS 10 Naturalidade

11 Nome do falecido

12 Nome do pai 13 Nome da mãe

14 Data de Nascimento 15 Idade Anos completos Menores de 1 ano Meses Dias Horas Minutos Ignorado

16 Sexo M - Masc. F - Fem. 17 Raça/cor 1 Branca 2 Preta 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena 1 - Ignorado

18 Estado civil 1 Solteiro 2 Casado 3 Viúvo 4 Separado judicialmente/Divorciado 5 Ignorado 19 Escolaridade (Em anos de estudos concluídos) 1 Nenhuma 2 De 1 a 3 3 De 4 a 7 4 De 8 a 11 5 12 e mais 9 Ignorado 20 Ocupação habitual e ramo de atividade (se aposentado, colocar a ocupação habitual anterior) Código

III

Residência

21 Logradouro (Rua, praça, avenida etc.) Código Número Complemento 22 CEP

23 Bairro/Distrito Código 24 Município de residência Código 25 UF

IV

Ocorrência

26 Local de ocorrência do óbito 1 Hospital 2 Outros estab. saúde 3 Domicílio 27 Estabelecimento Código

4 Via pública 5 Outros 9 Ignorado

28 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc.) Número Complemento 29 CEP

30 Bairro/Distrito Código 31 Município de ocorrência Código 32 UF

V

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO
INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

33 Idade Anos 34 Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) 1 Nenhuma 2 De 1 a 3 3 De 4 a 7 4 De 8 a 11 5 12 e mais 9 Ignorado 35 Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe Código

36 Número de filhos vivos 37 Número de filhos mortos (Use Utilizar 99 para ignorado)

38 Duração da gestação (Em semanas) 1 Menos de 22 2 De 22 a 27 3 De 28 a 31 4 De 32 a 36 5 De 37 a 41 6 42 e mais 9 Ignorado 39 Tipo de Gravidez 1 Única 2 Dupla 3 Tripla e mais 9 Ignorada

40 Tipo de parto 1 Vaginal 2 Cesáreo 9 Ignorado 41 Morte em relação ao parto 1 Antes 2 Durante 3 Depois 9 Ignorado

42 Peso ao nascer 43 Num. da Declar. de Nascidos Vivos

VI

OBITOS EM MULHERES

44 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? 1 Sim 2 Não 9 Ignorado 45 A morte ocorreu durante o puerpério? 1 Sim, até 42 dias 2 Sim de 43 dias a 1 ano 3 Não 9 Ignorado

ASSISTÊNCIA MÉDICA

46 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 Sim 2 Não 9 Ignorado

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

47 Exame complementar? 1 Sim 2 Não 9 Ignorado 48 Cirurgia? 1 Sim 2 Não 9 Ignorado 49 Necropsia? 1 Sim 2 Não 9 Ignorado

CAUSAS DA MORTE

PARTE I
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

CAUSAS ANTECEDENTES
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica

PARTE II
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia causal

VII

Médico

50 Nome do médico 51 CRM 52 O médico que assina atendeu ao falecido? 1 Sim 2 Substituto 3 IML 4 SVO 5 Outros

53 Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.) 54 Data do atestado 55 Assinatura

VIII

Causas externas

56 PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)

57 Tipo 1 Acidente 2 Suicídio 3 Homicídio 4 Outros 9 Ignorado 58 Acidente do trabalho 1 Sim 2 Não 9 Ignorado 59 Fonte da informação 1 Boletim de Ocorrência 2 Hospital 3 Família 4 Outra 9 Ignorada

60 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência

61 SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO Código

62 Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.)

IX

Local de SI Médico

63 Declarante 64 Testemunhas

A

B

Versão 12/08 - 1ª Impressão 12/2008

Declaração de Óbito (Verso)

DEFINIÇÕES

(De acordo com a CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (10ª REVISÃO)

1. NASCIMENTO VIVO

Nascimento vivo é a expulsão ou extração completa, do corpo da mãe, independentemente da duração da gestação, de um produto de concepção, o qual, depois da separação, respire ou dê qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva.

2. ÓBITO FETAL

Óbito fetal é a morte de um produto de concepção, antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez; indica o óbito o fato de, depois da separação, o feto não respirar nem dar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

3. CAUSAS DE MORTE

As causas de morte a serem registradas no Atestado Médico de causa de morte, são todas aquelas doenças, estados mórbidos ou lesões que produziram a morte, ou que contribuíram para ela e as circunstâncias do acidente, ou da violência que produziram essas lesões.

4. CAUSA BÁSICA DE MORTE

Define-se como causa básica de morte; (a) a doença ou lesões que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou; (b) as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.

LEGISLAÇÃO

(Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973 com as corrigendas da Lei nº 6.216, de 30 de junho de 1975)

CAPÍTULO IX

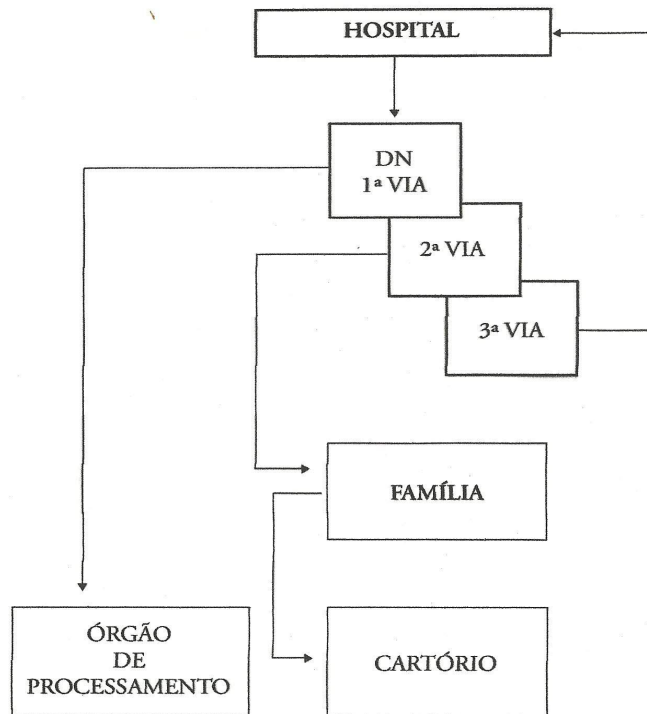
DO ÓBITO

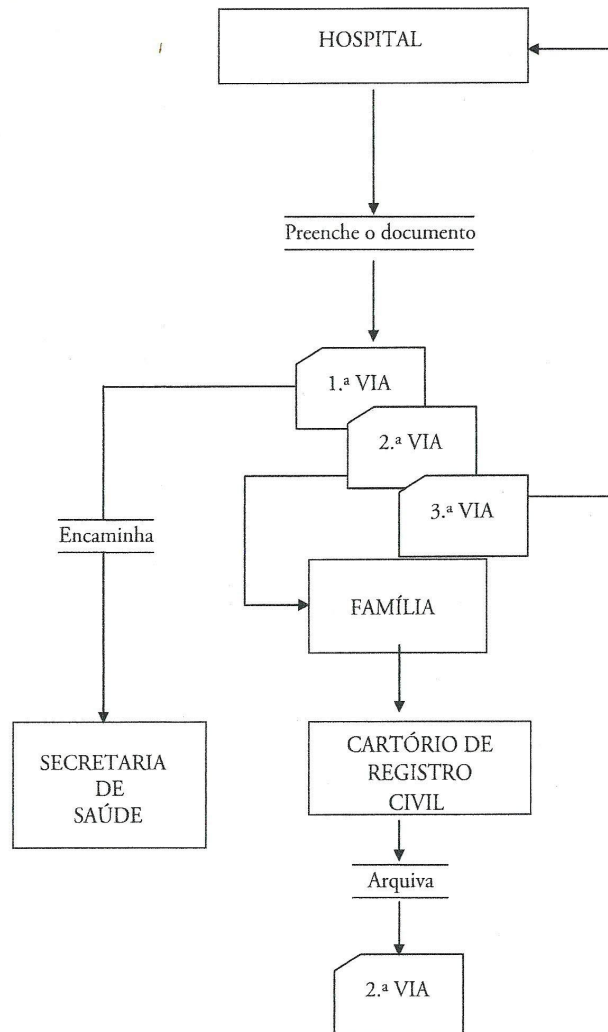
Art. 77. Nenhum sepultamento será feito sem certidão de oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico se houver no lugar, ou em caso contrário de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte.

1º) Antes de proceder ao assento de óbito de criança de menos de 1 ano, o oficial verificará se houve registro de nascimento que, em caso de falta, será previamente feito.

2º) A cremação de cadáver somente será feita daquele que houver manifestado a vontade de ser incinerado ou no interesse da saúde pública e se o atestado de óbito houver sido firmado por 2 (dois) médicos ou por 1 (um) médico legista, no caso de morte violenta, depois de autorizada pela autoridade judiciária.

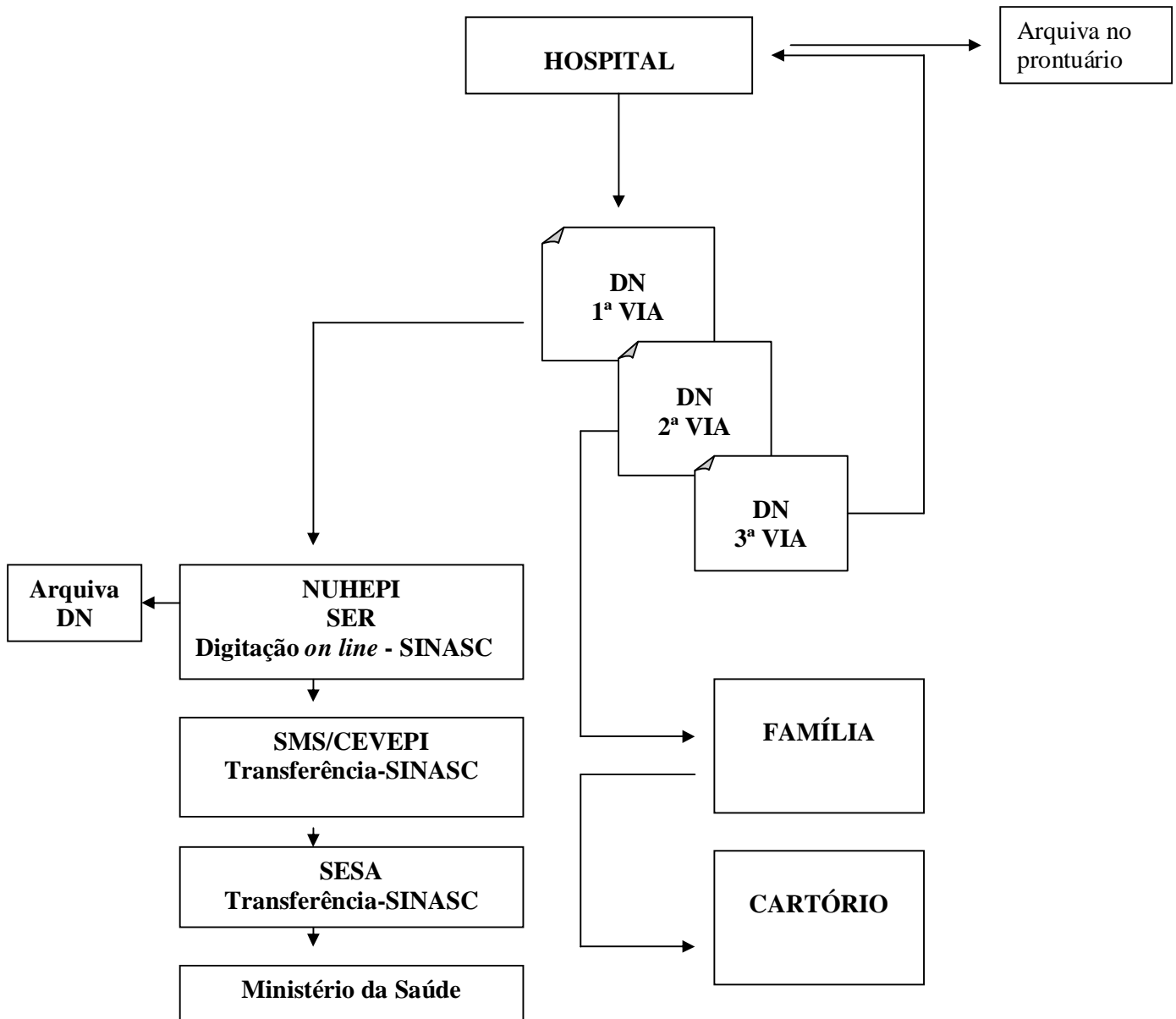
ANEXO C – Fluxo da declaração de nascidos de parto hospitalar

FLUXO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO
PARTO HOSPITALAR

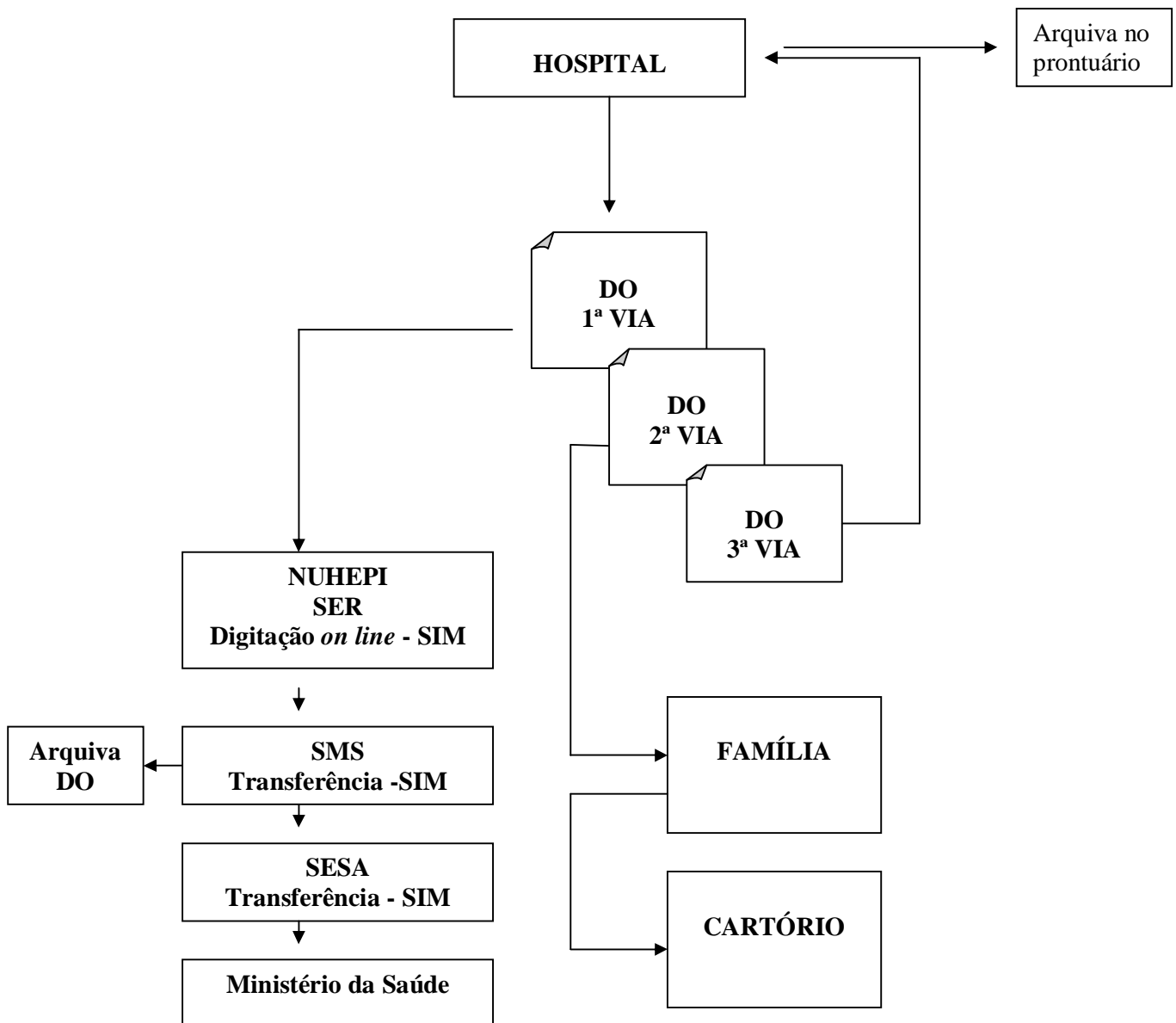
ANEXO D – Fluxo da declaração de óbito hospitalar**FLUXO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO HOSPITALAR**

ANEXO E – Fluxo da declaração de nascidos vivos em Fortaleza

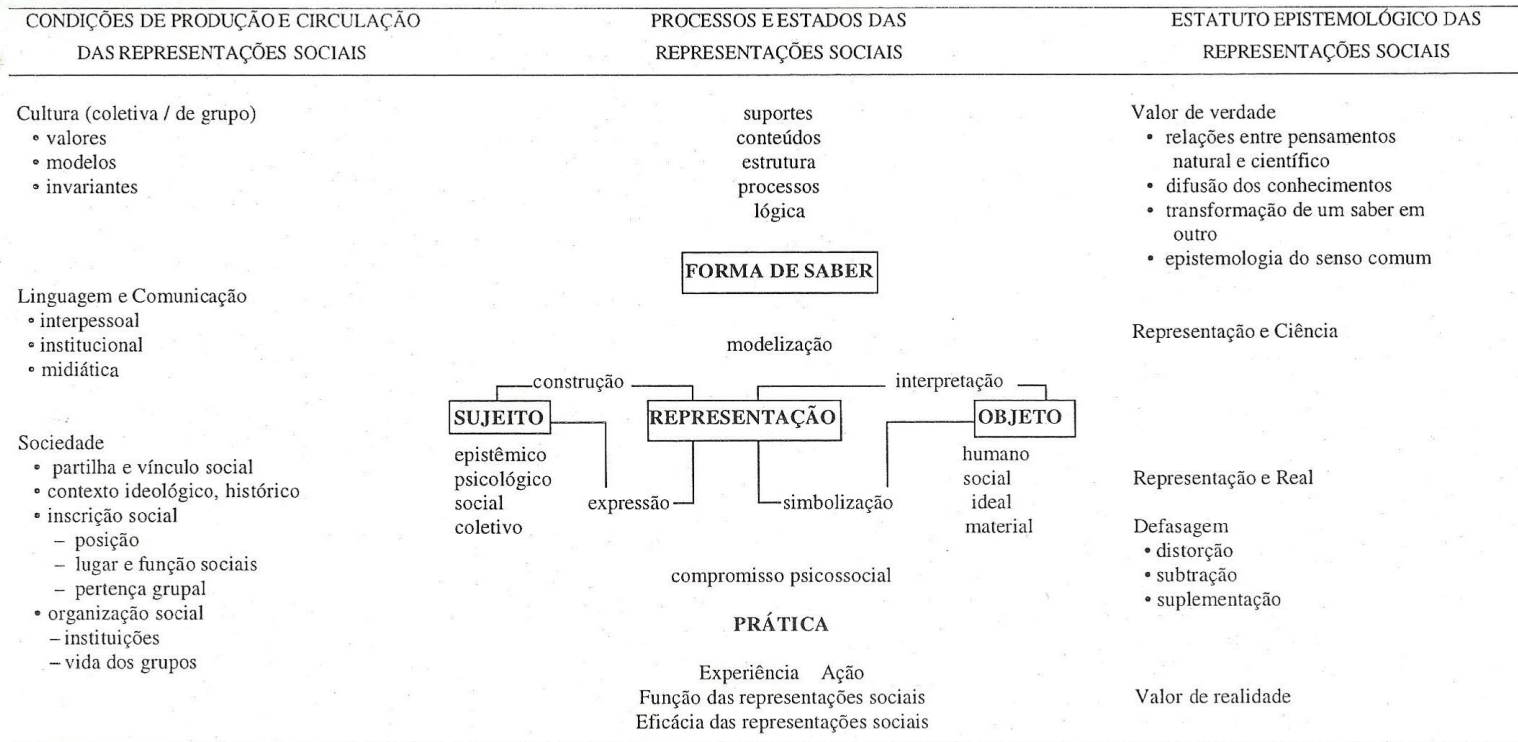
**FLUXO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO EM FORTALEZA
PARTO HOSPITALAR**



ANEXO F – Fluxo da declaração de óbito em Fortaleza

FLUXO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO EM FORTALEZA
ÓBITO HOSPITALAR

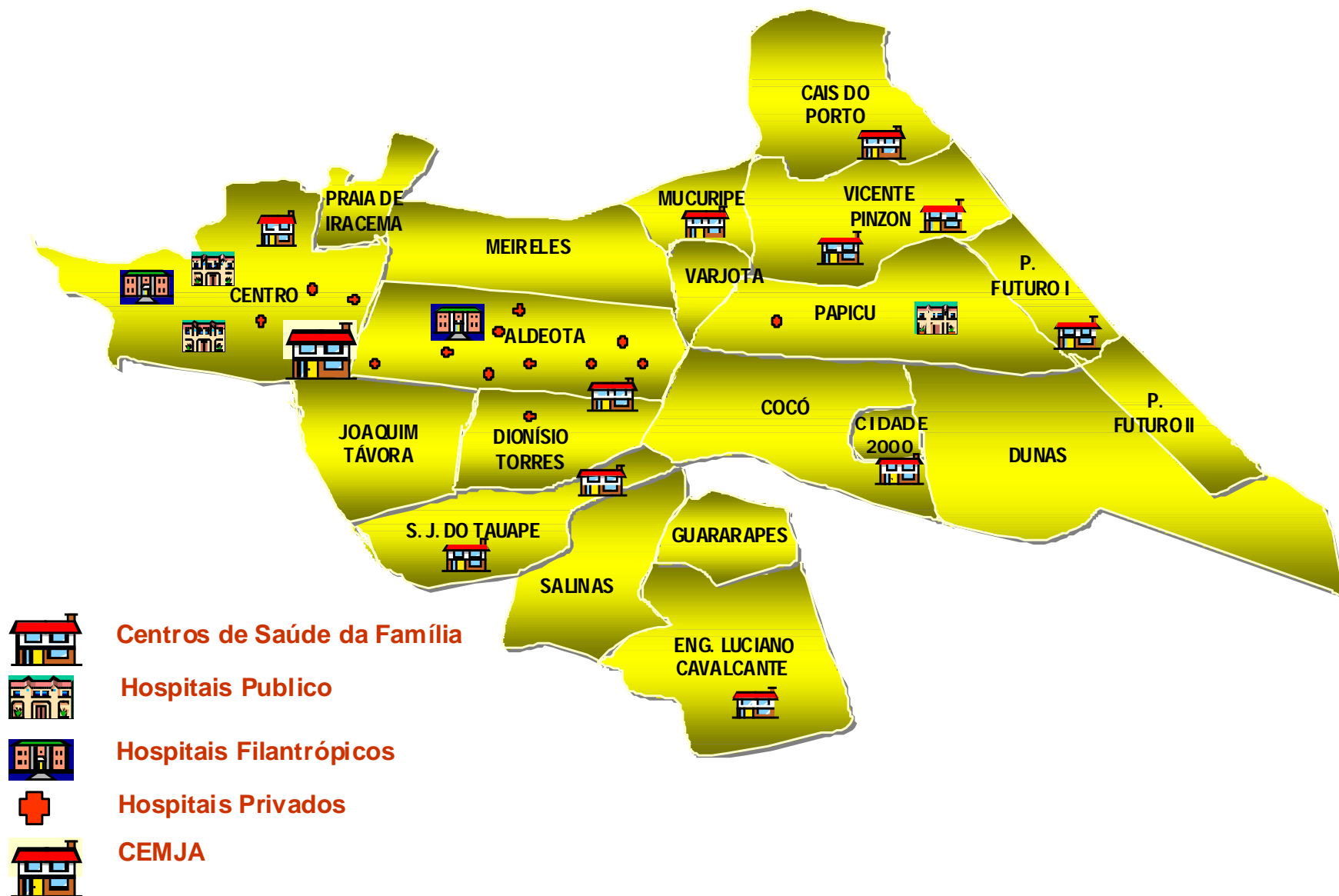
ANEXO G - ESPAÇO DE ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS



Quem sabe e de onde sabe? O que e como sabe? Sobre o que sabe e com que efeitos?

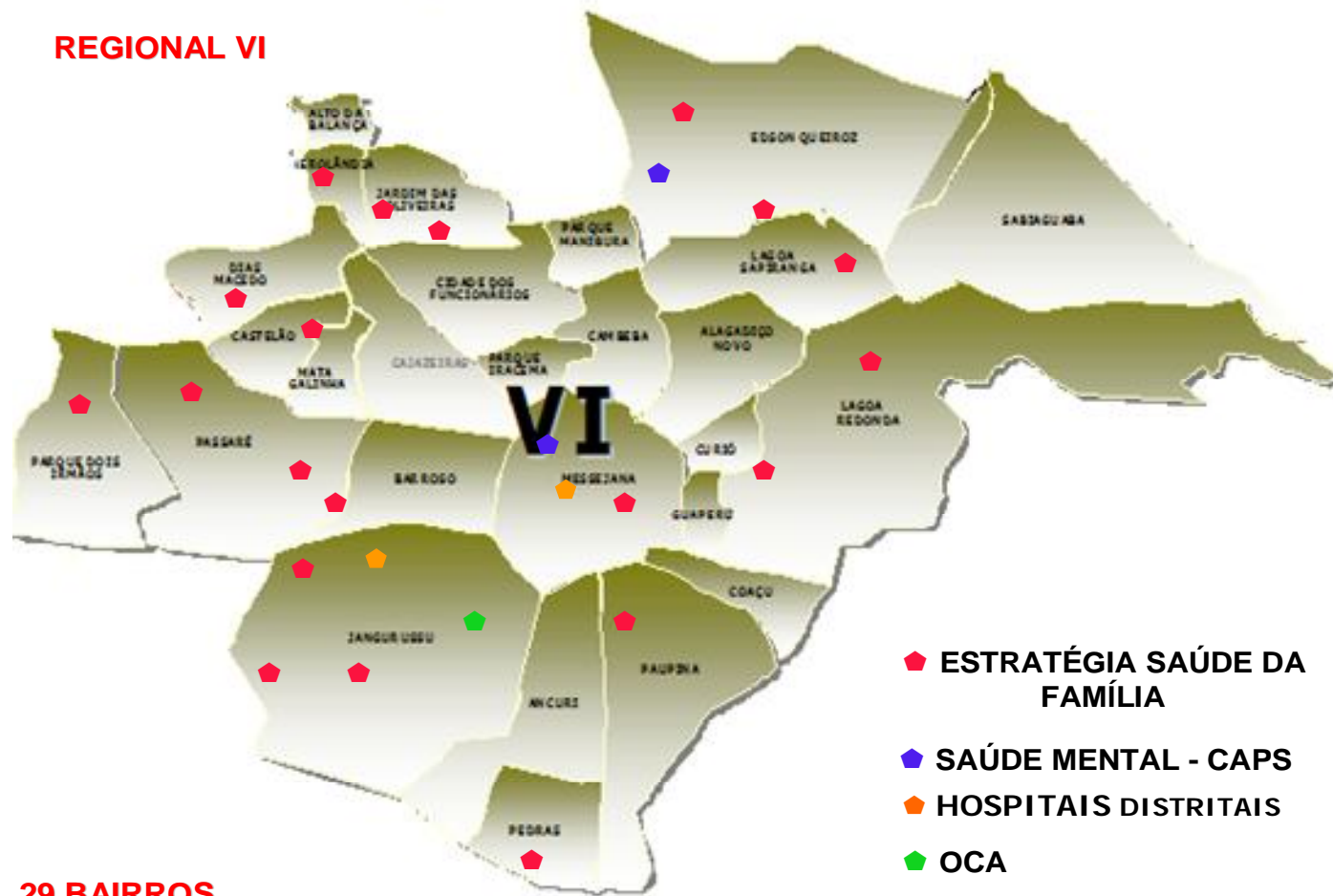
Fonte: Jodelet, 2011, p.33

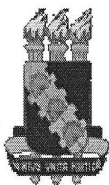
ANEXO I – MAPA DA SER II



ANEXO J – MAPA DA SER VI

REGIONAL VI



ANEXO L – APROVAÇÃO DO COMEPE

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 181/10

Fortaleza, 18 de agosto de 2010

Protocolo COMEPE nº 150/ 10


Pesquisador responsável: Maria Glêdes Ibiapina Gurgel

Título do Projeto: “Tendência da gravidez na adolescência e as representações sociais dos enfermeiros acerca da prevenção”

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 05 de agosto de 2010.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,


Dr. Fernando A. Frota Bezerra
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC