



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

TAMARA BRAGA SALES

**FLOR DO MANDACARU E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AVALIAÇÃO DA
INTERSETORIALIDADE DO PRÉ-NATAL DE ADOLESCENTES EM SOBRAL-CE**

FORTALEZA

2020

TAMARA BRAGA SALES

FLOR DO MANDACARU E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AVALIAÇÃO DA
INTERSETORIALIDADE DO PRÉ-NATAL DE ADOLESCENTES EM SOBRAL-CE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Avaliação de Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Verônica Salgueiro do Nascimento.

FORTALEZA

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S155f Sales, Tamara Braga.

Flor do Mandacaru e atenção primária à saúde: avaliação da intersectorialidade do pré-natal de adolescentes em Sobral-CE / Tamara Braga Sales. – 2020.
110 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2020.
Orientação: Profa. Dra. Verônica Salgueiro do Nascimento.

1. Gravidez na adolescência. 2. Cuidado pré-natal. 3. Intersectorialidade. 4. Saúde materno-infantil. 5. Avaliação de políticas públicas. I. Título.

CDD 320.6

TAMARA BRAGA SALES

FLOR DO MANDACARU E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AVALIAÇÃO DA
INTERSETORIALIDADE DO PRÉ-NATAL DE ADOLESCENTES EM SOBRAL-CE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Avaliação de Políticas Públicas.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Verônica Salgueiro do Nascimento (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Suely Salgueiro Chacon
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Antônio Rodrigues Ferreira Júnior
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Aos meus pais, Itamar e Izabel.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, meu Pai grandão do Céu, por ter me sustentado nesta caminhada, por me livrar tantas vezes do mal, por me abençoar tanto sem merecer, por ter sido sempre fiel em sua palavra, apenas por sua misericórdia e fidelidade, é que estou aqui.

Ao meu Paizinho terreno, Itamar Sales Severiano, por tudo a mim proporcionado, pelo seu esforço, que me sustentou até boa parte da vida, por nunca ter deixado faltar o pão na mesa, pela paciência, pelo amor, por todo o carinho, obrigada Pai, eu te amo.

À minha mãe, Izabel Braga, a mulher mais corajosa que conheço, a ti agradeço mãe, pela vida, pelo amor, pelo aprendizado, pelas orações, pelas palavras de fé, que muitas vezes me faltaram. Obrigada mãe. Eu te amo.

À minha irmã, Isabela Braga, por todo o apoio, paciência, momentos de alegria e tristeza, pelas conversas de irmã, por ser minha amiga, por me ouvir em períodos difíceis, e por compartilhar comigo tantos momentos agradáveis. Obrigada minha irmã, eu te amo muito.

Ao meu cachorro, Cadu, por sempre me receber com tanta alegria, por ficar pertinho de mim, por me fazer companhia, por sempre me oferecer carinho, mesmo de longe. Te amo.

Ao meu irmão Calebe, por ter nascido durante esse período, um dia você vai ler este agradecimento, e entenderá o quanto sua vinda ao mundo foi importante para mim e para todos em nossa família. Te amo.

À minha colega de apartamento e amiga pessoal, Alynne Rodrigues, que durante todo este tempo sempre esteve disponível a me ouvir, trocar ideias em diálogos maravilhosos, dar boas risadas e tomar umas cervejas. Obrigada. Aprendo muito com você.

Aos meus amigos Gabriela Mota, Yan Viana, Silas Fernandes, Ramiro Sousa, Yuri Monteiro, Fabrício Diniz, Solange Amora, Débora Mororó, Maira Leite, Daiany Paiva, Fernanda Monteiro, Luzia Xavier e Janaina Sousa, alguns longe, outros bem perto, mas sempre me apoiando e me auxiliando. Gratidão pela amizade, pelas conversas e desabafos. Obrigada meus amigos, neste período os momentos com vocês foram muito importantes para meu crescimento.

Aos meus companheiros de turma Evanes Brasil Júnior, Fabrícia Teodoro, Valéria Almeida, Lorena Loiola, Anna Brena e Leandro Nobre. Obrigada por todos os momentos compartilhados.

Deixo aqui um agradecimento especial aos queridos Bruno Lobo, Regislany Morais, Tatiana Mendonça, Karla Braga e Milena Freitas. Gratidão pela amizade, por todo o

auxílio, por todas as cervejas, conversas, choros e alegrias que comigo compartilharam, vocês com certeza me ajudaram em diversos momentos, foram e são essenciais em minha evolução pessoal.

Aos meus queridos amigos de Sobral, Géssica Lima, Pedro Sousa, Lucas Negreiros Meton Neto, Tiago Alves, Anderson Liniker, por toda a amizade, pelas alegrias, pelas conversas, por vibrarem com minhas vitórias. Obrigada por estarem sempre comigo, mesmo longe, meu coração nunca esquece vocês.

À minha grande amiga Samara Girão, que além de chefe e amiga, se tornou uma mãe para mim, desde que a conheci. Gratidão por todo o seu cuidado e atenção comigo.

Aos alunos da graduação do curso de Gestão de Políticas Públicas, gratidão pelo acolhimento, pelos sorrisos e por todo o conhecimento compartilhado.

Aos membros do Grupo de Estudos sobre Juventudes e Políticas Públicas (GEJUPP), obrigada. Os dias com vocês me tornaram mais leve.

À Karla Maia e Samuel de Rocha, por sempre se mostrarem dispostos a me ajudar, além de serem ótimos amigos. Gratidão por tudo.

À minha orientadora da graduação, professora Alanny Rocha, por ter me mostrado o caminho da enfermagem e da pesquisa. Sem o seu incentivo, eu não estaria aqui. Obrigada professora.

À minha orientadora professora Verônica Salgueiro, que mais que uma orientadora, tornou-se uma grande amiga. Gratidão professora, por todos os momentos compartilhados, pela paciência, pelos ensinamentos, que mais vieram para somar à minha essência do que propriamente apenas à ciência. Com você aprendi a abraçar. Obrigada.

Aos membros da banca, professor Ferreira Júnior e professora Suely Chacon. Obrigada pela disponibilidade em contribuir com minha pesquisa e enriquecer meu trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Avaliação de Políticas Públicas, que por mim já passaram, a todos o meu mais sincero obrigada.

À equipe do Trevo de Quatro Folhas e do Projeto Flor do Mandacaru em Sobral, Larisse Araújo, Lia Parente e Bruna Oliveira. Obrigada pelo acolhimento, por todo o auxílio prestado. Sem vocês, a concretização deste estudo não seria possível.

Às adolescentes participantes do estudo. Muito obrigada meninas! Vocês são o coração dessa pesquisa.

Agradeço a todos que em algum momento, contribuíram para este momento.

“Todos esses que aí estão atravancando meu
caminho, Eles passarão... Eu passarinho!”
(Mário Quintana)

RESUMO

Este estudo tem como objetivo geral: Avaliar na perspectiva construtivista, a intersetorialidade do pré-natal de adolescentes gestantes entre o Projeto Flor do Mandacaru e a Atenção Primária à Saúde do Município de Sobral – CE. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado no Projeto Flor do Mandacaru (eixo da política Trevo de Quatro Folhas), no Município de Sobral-CE, com cinco gestores, nove profissionais e sete adolescentes. A coleta de informações ocorreu entre os meses de janeiro a setembro de 2019, e obedeceu seis das 12 etapas da avaliação de quarta geração, destacando o círculo hermenêutico-dialético. Para isso foram utilizados: um questionário semiestruturado baseado no modelo de Determinantes Sociais de Saúde, a fim de caracterizar e conhecer melhor a população de beneficiárias da política (adolescentes); entrevistas não estruturadas dentro dos círculos hermenêutico-dialéticos com os grupos de interesse (gestores, profissionais e usuárias) e a observação. Por fim foi realizada uma roda de conversa para as construções conjuntas entre os grupos, a fim de discutir e entrar em consenso sobre questões levantadas nas entrevistas. Para organização dos dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin (2016), e como base teórica, foi empregada a análise hermenêutico-dialética de Minayo (2008). De forma unânime, as adolescentes afirmam que o acompanhamento psicológico foi o fator de maior repercussão em suas vidas durante o pré-natal. Durante as construções conjuntas entre os grupos de interesse foram propostas as seguintes soluções: sugestão de edital de concurso público, melhorar a divulgação nas redes sociais e nas unidades de saúde, entrar em contato com os responsáveis pelo setor segurança pública e melhorar a interlocução com os profissionais da atenção primária à saúde, para que saibam acolher melhor o público adolescente. Com esse estudo, percebeu-se que organizar a atenção integral à saúde do adolescente nos dias atuais ainda é considerado um desafio, tanto para os profissionais de saúde, como para a sociedade devido, principalmente à carência significativa de efetividade na implantação de políticas públicas voltadas para essa população, o que indica a necessidade de ações que agreguem os diversos setores potentes que podem atuar de forma direta na redução de muitos problemas que atingem esse público.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência. Cuidado pré-natal. Intersetorialidade. Saúde materno-infantil. Avaliação de políticas públicas.

ABSTRACT

This study has as general objective: To evaluate, in a constructivist perspective, the intersectoriality of prenatal care for pregnant adolescents between the Flor do Mandacaru Project and Primary Health Care in the Municipality of Sobral - CE. It is an evaluative, exploratory and descriptive research, with a qualitative approach. The study was carried out at the Flor do Mandacaru Project (axis of the Four Leaf Clover policy), in the municipality of Sobral-CE, with five managers, nine professionals and seven teenagers. The collection of information occurred between the months of January to September 2019, and followed six of the 12 twelve stages of the fourth generation assessment, highlighting the hermeneutic-dialectic circle. For this, the following were used: a semi-structured questionnaire based on the Social Determinants of Health model, in order to characterize and better understand the population of beneficiaries of the policy (adolescents); unstructured interviews within hermeneutic-dialectic circles with interest groups (managers, professionals and users) and observation. Finally, a conversation circle was held for the joint construction between the groups, in order to discuss and reach consensus on issues raised in the interviews. For data organization, Bardin's Content Analysis (2016) was used, and Minayo's (2008) hermeneutic-dialectic analysis was used as the theoretical basis. The adolescents unanimously state that psychological counseling was the factor with the greatest impact on their lives during prenatal care. During the joint construction between the interest groups, the following solutions were proposed: suggestion for a public tender, improve the dissemination in social networks and in health units, get in touch with those responsible for the public security sector and improve the dialogue with primary health care professionals, so that they know how to better welcome the adolescent public. With this study, it was realized that organizing comprehensive adolescent health care today is still considered a challenge, both for health professionals and for society, mainly due to the significant lack of effectiveness in the implementation of public policies aimed at for this population, which indicates the need for actions that aggregate the several powerful sectors that can act directly in reducing many problems that affect this public.

Keywords: Pregnancy in adolescence. Prenatal care. Maternal and child health. Intersectoriality. Public policy evaluation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Figura 1 – Gerações da avaliação por Guba e Lincoln	35
Figura 2 –	Funcionamento do Trevo de Quatro Folhas em Sobral – CE	41
Figura 3 –	Localização de Sobral no Estado do Ceará	48
Figura 4 –	Mapa do Município de Sobral	49
Figura 5 –	Espaço do Projeto Flor do Mandacaru	49
Figura 6 –	Determinantes Sociais em Saúde: modelo de Dahlgren e Whitehead	52
Figura 7 –	Círculo Hermenêutico-Dialético	53
Figura 8 –	Obtenção dos resultados	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHD	Círculo Hermenêutico-Dialético
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CPMMPI	Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Perinatal e Infantil
CSF	Centro de Saúde da Família
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PAISAJ	Política de Atenção Integral a Saúde do Adolescente e Jovem
PFM	Projeto Flor do Mandacaru
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PN	Pré-natal
PNSAJ	Política Nacional de Saúde do Adolescente e Jovem
PPP	Parceria Público-Privada
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
PSF	Programa Saúde da Família
RN	Recém-nascido
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TQF	Trevo de Quatro Folhas

UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	14
2	BASES INTRODUTÓRIAS	16
2.1	Objetivos	20
2.1.1	<i>Geral</i>	20
2.1.2	<i>Específicos</i>	21
3	CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	22
3.1	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Adolescente e Jovem	22
3.2	Gestação na Adolescência	24
3.3	Pré-Natal de Adolescentes Gestantes	27
3.4	Intersetorialidade e Saúde	31
3.5	Avaliação de Políticas Públicas: Traçando caminhos construtivistas	34
4	O TREVO DE QUATRO FOLHAS COMO POLÍTICA DE ESTADO	38
4.1	Análise de Conteúdo e Bases Conceituais	38
4.2	Análise do Contexto de Formulação da Política	41
4.3	Análise da Trajetória Institucional da Política	44
5	PERCURSOS METODOLÓGICOS	46
5.1	Tipo de Estudo e Abordagem	46
5.2	Local e Período do Estudo	47
5.3	Participantes do Estudo	50
5.3.1	<i>Crterios de incluso e exclusão</i>	51
5.4	Procedimentos e Instrumentos de Coleta de Informações	51
5.5	Análise das Informações	54
5.6	Aspectos Éticos	57
6	ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÕES	59
6.1	Reivindicações, Preocupações e Questões dos Gestores do Flor do Mandacaru	59
6.2	Reivindicações, Preocupações e Questões dos Profissionais	64
6.3	Reivindicações, Preocupações e Questões das Usuárias	70
6.4	Principais repercussões na vida das adolescentes gestantes em relação à experiência do pré-natal realizado no projeto Flor do Mandacaru e na Atenção Primária à Saúde	73

6.4.1	<i>Caracterização das Participantes</i>	73
6.4.2	<i>Percepção das Usuárias sobre a experiência do pré-natal realizado no projeto Flor do Mandacaru e na Atenção Primária à Saúde</i>	76
6.5	Construções conjuntas entre os grupos de interesse para soluções de problemas apontados nos círculos hermenêutico-dialéticos	77
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
	REFERÊNCIAS	83
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO BASEADO NO MODELO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE (ADOLESCENTES)	93
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GESTORES E PROFISSIONAIS)	97
	APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ADOLESCENTES)	100
	APÊNDICE D – PERGUNTA INICIAL DO CÍRCULO HERMENÊUTICO-DIALÉTICO (GESTORES E PROFISSIONAIS)	103
	APÊNDICE E – PERGUNTA INICIAL DO CÍRCULO HERMENÊUTICO-DIALÉTICO (ADOLESCENTES)	104
	ANEXO A – LEI QUE INSTITUI O TREVO DE QUATRO FOLHAS COMO POLÍTICA	105
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	108

1 APRESENTAÇÃO

A aproximação com a temática surgiu durante minha participação do Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) na cidade de Sobral – CE, em 2015, o qual trata-se de um projeto nacional, cujo objetivo é contribuir para a formação de profissionais críticos e sensíveis às necessidades da população e do fortalecimento do sistema público de saúde, a partir da criação de novas relações de compromisso e de cooperação entre estudantes das diversas áreas do conhecimento, gestores da saúde, instituições de ensino superior e movimentos sociais (BRASIL, 2004).

O projeto normalmente utiliza-se somente do caráter de imersão, porém naquele ano foi realizada uma edição inovadora, pois pela primeira vez além da imersão, o projeto ganhou vertente de extensão, como forma de firmar o compromisso social com a comunidade. Deste modo, o VER-SUS Extensão teve como uma das propostas a elaboração de um Projeto de Intervenção, como forma concreta de expandir os horizontes de inquietação e de discussão dos viventes, possibilitando a contribuição de forma direta com a comunidade.

Durante as vivências e estágios, conheci o Espaço Casa Acolhedora, o qual é um dos projetos do Trevo de Quatro Folhas, e o mesmo foi selecionado conjuntamente pelo grupo do qual eu fazia parte, para implementação do projeto de intervenção, e durante seis meses participamos e desenvolvemos ações, as quais visavam o cuidado multiprofissional às puérperas usuárias de crack, o bem-estar e a reflexão sobre seu contexto, a partir de abordagens grupais. Ademais, a partir das vivências como extensionista do projeto VER-SUS, houve uma aproximação com o trabalho do “Trevo de Quatro Folhas” que despertou em mim a necessidade de uma avaliação dessa política, no intuito de qualificar o serviço, a assistência prestada, desenvolvendo novas estratégias e possíveis tecnologias para o cuidado em saúde.

Buscamos, a partir de questionamentos, compreender a realidade dessa política pública local, especialmente a intersectorialidade entre o projeto Flor do Mandacaru e a Atenção Primária à Saúde de Sobral, utilizando o pré-natal de adolescentes gestantes, como lente para alcançar este objetivo. E assim apresentamos um estudo baseado no compartilhamento de experiências, vivências, na visão dos gestores, trabalhadores e usuárias do serviço.

Dessa forma, esta dissertação é uma contribuição para a identificação de potencialidades e dificuldades, que poderão nortear novos caminhos e novas práticas para a melhoria da assistência materno-infantil não só no Município de Sobral – CE, mas também em outras regiões.

No primeiro capítulo iniciamos com a introdução sobre o tema, trazendo uma breve contextualização geral acerca da temática, onde expomos sobre o objeto e os objetivos deste estudo.

No segundo capítulo foi traçado um recorte teórico sobre os temas Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Adolescente e Jovem, Gestação na Adolescência, Pré-Natal de Adolescentes Gestantes e Intersetorialidade e Saúde. O quarto capítulo traz o referencial teórico utilizado no estudo, cujo teor se vale de um detalhamento da avaliação de quarta geração.

No quinto capítulo, a Política Trevo de Quatro Folhas é abordada de forma minuciosa, onde são analisados seu conteúdo e bases conceituais, contexto de formulação e sua trajetória institucional. No sexto capítulo são apresentadas todas as etapas metodológicas para a realização do estudo.

No sétimo capítulo, oferecemos uma visão da interpretação das narrativas coletadas a partir dos círculos hermenêutico-dialéticos, através de categorias de análise, buscando contextualizar e compreender como ocorre a intersetorialidade entre o Flor do Mandacaru e a Atenção Primária à Saúde no município de Sobral, sob a lente do pré-natal de adolescentes, realizado pelo projeto. Em continuidade, por fim apresentamos as considerações finais.

2 BASES INTRODUTÓRIAS

Os processos de avaliação na área da saúde por muito tempo têm sido marcados por um paradigma positivista, no qual as abordagens quantitativas têm valor preponderante. A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), que universalizou e descentralizou os serviços de saúde, também resultou na ampliação crescente desses serviços. E com isso houve também o aumento da demanda por avaliações dos mesmos e, por consequência desta expansão, os processos avaliativos se depararam com diferentes contextos e realidades.

A diversidade, tanto cultural quanto de valores, fez com que a necessidade de outros conceitos, referentes à pesquisa avaliativa emergissem, para que as peculiaridades inerentes a cada lócus pudessem ser compreendidas (KANTORSKI et al, 2014).

Nesse âmbito, o campo da avaliação tem sido construído a partir da dicotomia de dois grandes paradigmas: o científico-positivista e o construtivista. O primeiro assenta-se na afirmação que a realidade é objetiva e existe independente daqueles que a percebem, e o segundo na afirmação que o saber é construído pelas pessoas em um processo de interação e que a realidade é produto desta interação (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004).

Cada paradigma comporta seu conjunto de crenças ontológicas, epistemológicas e metodológicas. O paradigma positivista estrutura-se no dualismo sujeito-objeto, na capacidade de prever e controlar todas as variáveis que convergem para a verdade. O paradigma construtivista tem sua sustentação na interação entre investigador e investigado e na hermenêutica–dialética dessa interação.

No campo da saúde, Bosi e Uchimura (2007) propõem a diferenciação entre os processos avaliativos de qualidade e a avaliação qualitativa, quando afirmam que a avaliação da qualidade busca a emissão de juízo acerca de programas ou serviços, assumindo um contorno mais clássico, dando ênfase à eficiência e/ou eficácia deste programa ou serviço. Já a avaliação qualitativa considera aspectos acerca do plano da subjetividade que permeia as práticas em saúde, inscritas no âmbito de programas e serviços de saúde, que, conseqüentemente, repercutirá na natureza do material a ser levantado e produzido pela equipe de avaliadores e seus participantes.

Em grande parte das pesquisas avaliativas na área da saúde, são predominantes ainda os estudos positivistas, voltados à medição estatística, considerados como única maneira de valorar as coisas (NUTO; NATIONS, 1999), e deixando a “função” de avaliação apenas como um tipo de pesquisa que se configura por métodos e técnicas específicas para confirmar

ou não a relação de causalidade entre as ações de uma política ou programa e seus resultados (UCHIMURA; BOSI, 2007).

Na saúde materno-infantil não tem sido diferente. Comumente as avaliações nessa área, são realizadas em uma perspectiva positivista, focalizadas em indicadores numéricos, isso se dá principalmente pelas altas taxas de mortalidade materna, neonatal e infantil, interrupção precoce do aleitamento materno, entre outros fatores de grande escala, os quais necessitam ser avaliados de forma mais abrangente e menos subjetiva.

As políticas públicas de saúde na área materno-infantil têm como principal objetivo, a atenção integral à mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal e à criança no primeiro ano de vida, visando garantir a saúde da gestante e da criança, além de prevenir a morte materna e/ou infantil. As ações de saúde neste campo, no Brasil, têm sido priorizadas e apresentaram grandes avanços nos últimos anos, embora as taxas de mortalidade materna e infantil ainda sejam altas (SÃO PAULO, 2011).

No âmbito da saúde materno-infantil, as políticas públicas têm ganhado cada vez mais espaço em diversos contextos, inclusive social. No Brasil, em especial nas regiões Norte e Nordeste, mostrou-se que o Programa Bolsa Família, entre outros efeitos, contribuiu para estimular o acesso à utilização de alimentos e serviços de saúde, melhorar o estado nutricional e reduzir as taxas de mortalidade das crianças (RASELLA et al, 2013). E segundo Leal et al (2018) foi fator essencial para acelerar a melhoria dos indicadores de saúde infantil observados no país, ultrapassando os objetivos estabelecidos nas Metas de Desenvolvimento do Milênio.

Perante o desafio de minimizar as altas taxas de mortalidade materna, perinatal e infantil e garantir às mulheres o apoio para exercer a maternidade, em 2001 na cidade de Sobral, município situado na porção noroeste do Estado do Ceará, foi implantada a Estratégia Trevo de Quatro Folhas (TQF), a fim de garantir apoio social às famílias com gestantes, puérperas e mães de crianças menores de dois anos, em situação de risco social e clínico, além de objetivar também a reorganização da atenção materno-infantil no município (SOUSA et al, 2012).

O TQF possui um vínculo ao poder público municipal, uma vez que sua existência está associada a uma política pública municipal de combate à redução da mortalidade materna e infantil. O trabalho do TQF também é aliado à sociedade civil, devido às doações feitas por pessoas físicas (“madrinhas” e “padrinhos” sociais) e jurídicas. Liga-se à comunidade, tanto pelo fato de visar seu atendimento, quanto pelo fato de existir o papel da “mãe social”, agente-chave de todo o processo desenvolvido. A Estratégia liga-se ainda aos Centros de Saúde da Família, hospitais e maternidades da cidade, numa relação de complementaridade e associação

em diferentes graus e formas a parte do trabalho desenvolvido por estas instituições (LOURENÇO; QUINTILIANO; JUNIOR, 2009).

De uma forma geral, essa relação intersetorial é relevante, pois permite que diferentes atores e setores se mobilizem, mesmo que de maneiras diferentes, em torno de um ideal comum, neste caso, o apoio à vida.

Dentro dessa ótica, a é importante trazer aqui o conceito de intersetorialidade, visto que esta é foco do objeto de pesquisa. Sobre isso, após o processo de implementação dos serviços públicos, com a Constituição Federal de 1988, no âmbito do eixo distributivo Saúde e Assistência Social, a temática intersetorialidade passou a ser mais frequentemente discutida, embora ainda seja desafiadora (DO CARMO; GUIZARDI, 2017).

Portanto, segundo Moretti et al (2010), a intersetorialidade na saúde, constitui um princípio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ao destacar como responsabilidades de todos os profissionais que integram as equipes da Estratégia Saúde da Família, o desenvolvimento de ações intersetoriais através de parcerias com diferentes setores e com a comunidade. Tais ações visam potencializar, além de favorecer a integração de projetos sociais e setores afins orientados para a promoção de saúde.

A origem do TQF está associada ao Programa Saúde da Família (PSF), instituído pelo governo federal desde 1994, com o intuito de reorganizar a atenção primária à saúde, ou seja, a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), quando este se depara com algum problema de saúde ou no caso de atenção de caráter preventivo (LOURENÇO; QUINTILIANO; JUNIOR, 2009).

Esse programa de esfera federal foi implantado em Sobral no ano de 1997, no Plano Municipal de Saúde, e após sua implantação observou-se evidente queda no índice de mortalidade materno-infantil do município, o que se apresentava como um dos grandes problemas no local, porém ainda existiam muitos desafios a serem superados no que tange à melhoria da saúde materno-infantil.

A Estratégia recebeu o nome de Trevo de Quatro Folhas, por dois motivos, devido o vegetal de mesmo nome ser um símbolo considerado de sorte e, em virtude das etapas serem divididas em quatro fases, as quais são os objetivos da Estratégia: assistência ao pré-natal, parto/puerpério, nascimento e acompanhamento dos dois primeiros anos de vida do bebê. Cada pétala tem um significado, a 1ª pétala representa a gestão do cuidado durante o pré-natal, a 2ª diz respeito a gestão do cuidado ao parto e ao puerpério, a 3ª caracteriza a assistência no nascimento e período neonatal e a 4ª e última folha representa a assistência nos dois primeiros anos de vida do bebê (SOUSA et al, 2012).

O TQF é assegurado pelo poder público municipal, visto que sua permanência é garantida por lei municipal N° 1041 de 24 de novembro de 2010 que o institui como política pública permanente do município, de apoio às gestantes, mães e incentivo à vida e para a redução da mortalidade materna e infantil (SOBRAL, 2010).

Destaca-se como ação e consequência das ações do Trevo, o monitoramento e avaliação permanente dos indicadores da atenção materno-infantil, e o apoio técnico-operacional oferecido ao Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Perinatal e Infantil (CPMMPI), a partir da investigação e classificação dos óbitos maternos, fetais e infantis (SOUSA et al, 2011).

O serviço do TQF é dividido em quatro projetos, os quais seguem: Mãe social, Flor do Mandacaru, Projeto Coala e Casa Acolhedora do Arco.

Para este estudo foi escolhido o serviço do Projeto Flor do Mandacaru (PFM), o qual atua em Sobral – CE, desde o ano de 2008, e configura-se como um espaço de acompanhamento, escuta e diálogo sobre questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva para adolescentes entre 10 a 19 anos (NAKA et al, 2014).

O PFM constitui-se como um dos eixos da política Trevo de Quatro Folhas, e foi escolhido para este estudo devido a experiência da autora, durante a graduação, como bolsista de iniciação científica em pesquisas que envolviam temáticas relacionadas à abordagens grupais com adolescentes gestantes e pré-natal deste mesmo público.

A Política de Atenção Integral a Saúde do Adolescente e Jovem (PAISAJ) do Ministério da Saúde institucionaliza um novo olhar sobre o adolescente, apresentando arcabouço teórico que estimula a reflexão sobre novos conceitos, estratégias e ações na área de promoção da saúde voltada para esse grupo etário.

A proposta inicial do PFM foi pensada com base no elevado índice de gravidez na adolescência e do baixo número de atendimentos de adolescentes nas unidades básicas de saúde. De acordo com os dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), das 1604 gestantes do município de Sobral em 2008, 360 eram menores de vinte anos, o que correspondia a 23% das gestantes em Sobral. Além disso, alguns casos de gestação na adolescência aconteciam antes dos 15 anos. Muitas adolescentes só iniciavam o pré-natal tardiamente pela dificuldade de falar sobre a gravidez com os pais. Em virtude disto, o projeto veio como foco principal o serviço de pré-natal “sigiloso”, na qual a adolescente que chega ao serviço com suspeita de gravidez imediatamente realiza-se o exame para confirmação e inicia o pré-natal de forma sigilosa, dessa forma, a equipe passa a atuar junto a esta adolescente, oferecendo total

apoio clínico e psicológico até que a mesma se sinta preparada para contar para a família e assim ser encaminhada a unidade de saúde (NAKA et al, 2014).

Frente a isso, o PFM tem atuado em diversas perspectivas de cuidado em saúde do adolescente, população esta muito resistente a frequentar os Centros de Saúde da Família (CSF), em virtude da proximidade dos profissionais de saúde com seus familiares, bem como vergonha ou receio de serem descobertos pela família. Nesse sentido, todos os atendimentos no serviço, são realizados de forma individual e sigilosa, não necessitando de acompanhamento dos pais (SILVA et al, 2013).

Deste modo acreditando-se que o cuidado com o adolescente deve ser responsabilidade do SUS, o PFM atua na oferta de serviços voltados à saúde sexual e reprodutiva atendendo o público de adolescentes que a atenção primária não engloba. O Projeto em suas diversas vertentes funciona também como um complemento às ações da Atenção Primária à Saúde (APS) ao passo que atua prevenindo a gravidez na adolescência e infecções sexualmente transmissíveis, prestando cuidados àqueles adolescentes os quais a APS tem dificuldade em estimular no cuidado de sua saúde sexual e reprodutiva.

Neste contexto, segue a questão que norteou o presente estudo: Como os gestores do Trevo de Quatro Folhas, profissionais do Flor do Mandacaru e as usuárias do serviço (adolescentes) avaliam a intersetorialidade do pré-natal realizado entre o Projeto Flor do Mandacaru e a Atenção Primária à Saúde do Município de Sobral – CE?

Diante do exposto, ressalta-se a importância na avaliação dos serviços de saúde, como a saúde materno infantil, tendo em vista por ser prioritária nas ações e projetos do Ministério da saúde, destacando não só a importância dos números, mas principalmente dos processos de trabalho responsáveis pelos índices.

2.1 Objetivos

2.1.1 Geral

Avaliar na perspectiva construtivista, a intersetorialidade do pré-natal de adolescentes gestantes entre o Projeto Flor do Mandacaru e a atenção primária à saúde do Município de Sobral – CE.

2.1.2 Específicos

- Identificar reivindicações, preocupações e questões dos gestores, profissionais e usuárias sobre a intersetorialidade do pré-natal de adolescentes gestantes, entre o Projeto Flor do Mandacaru e a atenção primária à saúde;
- Analisar as principais repercussões na vida das adolescentes gestantes em relação à experiência do pré-natal realizado no projeto Flor do Mandacaru e na Atenção Primária à Saúde;
- Produzir construções conjuntas entre os grupos de interesse envolvidos para a solução de questões levantadas a partir da coleta.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo são aprofundados alguns assuntos relacionados à temática. Foi realizada uma busca na literatura científica, afim de discutir teoricamente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem, gestação na adolescência, pré-natal de adolescentes gestantes, intersetorialidade e saúde e avaliação de políticas públicas.

3.1 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem

Nosso atual modelo de saúde encontra-se incluso no capítulo referente à seguridade social na Constituição de 1988, que tratava da preocupação com o bem-estar, a igualdade e a justiça social, assegurados pelo exercício dos direitos sociais. Neste sentido, é de responsabilidade do Estado organizá-la em uma lógica universalista e equitativa, financiada por fontes diversificadas de receitas de impostos e contribuições sociais dos orçamentos da União, de estados e municípios (BRASIL, 1988).

No contexto de políticas públicas voltadas aos adolescentes e jovens, é válido salientar que a primeira política de saúde criada para este público, em 1989, foi o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), o qual foi resultante da programação da 42ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada pela OMS. O PROSAD buscava uma atenção integral à saúde que privilegiasse a atenção primária, devendo atender e problematizar demandas específicas dos adolescentes como gestação precoce e não planejada, infecções sexualmente transmissíveis, álcool e outras drogas (LEÃO, 2005; JAGER et al, 2014).

Ao longo do tempo, a atenção em saúde foi descentralizada e buscou se aproximar da ideia de saúde também como um direito social, entendendo que os cidadãos são sujeitos de direitos. Nesse sentido tal descentralização ampliou o contato do sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores como corresponsáveis pela superação da fragmentação das políticas e programas de saúde, pouca assistência, dificuldades de acesso, modelo de gestão burocrática, o subfinanciamento do SUS, precarização do trabalho, pouco investimento na qualificação de recursos e a falta de intersetorialidade da saúde com as outras políticas públicas (BRASIL, 2010).

No intuito de superar esses desafios, o Ministério da Saúde, os Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (CONASS e CONASEMS) definiram o Pacto pela Saúde, marco fundamental na organização do planejamento, do financiamento e da gestão

do SUS, com a construção de consensos e de atribuição de responsabilidades, confirmando a autonomia dos entes federados expressa na Constituição Federal.

O Pacto pela saúde aponta como prioridades nacionais desafios demográficos, epidemiológicos, e de gestão sanitária atualmente no Brasil. Entre tais prioridades encontram-se: a preocupação com o envelhecimento da população de modo ativo e saudável, a coexistência de enfermidades, transmissíveis e não transmissíveis; a consciência de que fatores sociais determinam a saúde, o que sinaliza a necessidade de melhorias das condições e qualidade de vida da população e de um modelo de organização do sistema de saúde que intervenha de forma mais resolutiva e integrada e que compreenda os hábitos de vida das pessoas e das coletividades (BRASIL, 2010).

Dentre as prioridades nacionais e estratégicas, estão aquelas que dizem respeito ao cuidado integral à saúde de adolescentes e jovens como a promoção da saúde, o fortalecimento da atenção básica e a redução da mortalidade materna e infantil, entre outras, que repercutirão positivamente na saúde das pessoas nesta faixa etária (BRASIL, 2010).

O ministério da Saúde (MS) (2010) por meio das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, afirma que a produção de saúde para adolescentes e jovens não se faz sem que haja intersetorialidade, cujo significado diz respeito à abertura de canais entre o setor saúde e a participação e colaboração de outros setores, inclusive da própria comunidade, principalmente de jovens e suas famílias, visto que as necessidades de saúde ampliada, dessa população vão muito além de ações do setor saúde.

A Política Nacional de Saúde do Adolescente e Jovem (PNSAJ) preconiza a atenção integral a esse público, considerando as necessidades específicas de adolescentes e jovens, as características socioeconômicas e culturais do contexto ao qual pertencem, bem como a diversidade de gênero, cor e religião (RAPOSO, 2009).

Dessa forma, a proposta da PNSAJ surge a partir de um cenário mundial de consolidação e defesa do adolescente como sujeito social e do jovem numa perspectiva de ciclo de vida. Ou seja, a política baseia-se na ideia de transição da infância para a vida adulta, cujo processo é complexo em relação às experiências e ambíguo quanto às demandas sociais relacionadas a este público. Entretanto tal ambivalência ora impede que os adolescentes e jovens tomem para si autonomia decisória e de responsabilização, e ora impõe sua inserção no mundo produtivo, na participação das decisões de Estado, em movimentos de cidadania, dentre outras (LOPEZ; MOREIRA, 2013).

As mesmas autoras ainda colocam em evidência a questão do processo “crise-adolescência” direcionado ao binômio “protagonismo-jovem”, ao afirmarem que esta ideia apresenta-se como o aspecto mais inovador desta proposição política, marcada em seu texto por uma ampliação do conceito de adolescência e juventude, atravessada por traços de múltiplas compreensões sobre o real sentido de ser adolescente e jovem.

O modelo transformador que a PNSAJ evidencia a relevância das ações de promoção da saúde que buscam contribuir para a efetivação da saúde como bem estar geral, na promoção de mudanças que resultem em condições de vida saudável a partir de uma abordagem intersetorial. A política preconiza que tais abordagens sejam baseadas em práticas educativas com uma concepção participativa, emancipatória, multiprofissional, direcionadas à equidade e cidadania (BRASIL, 2005).

Embora tenham sido alcançados muitos avanços na política e nas diretrizes de atenção integral à saúde do adolescente (BRASIL, 2010), ainda existem entraves na operacionalização dessa política, os quais se constituem como limitações na prática que muitas vezes não vão de encontro à realidade do contexto do público adolescente e jovem, considerando-os ainda um pouco “esquecidos” nos serviços de saúde, principalmente na atenção primária. Entre algumas dificuldades evidenciam-se: escassez de recursos materiais, estrutura física precária, falta de profissionais capacitados para o atendimento deste público, má organização e gestão dos serviços, bem como más representações sociais dos próprios adolescentes, que influenciam no pouco cuidado com a saúde (BOAS; CUNHA; CARVALHO, 2010; RAPOSO 2009; HENRIQUES et al, 2010).

3.2 Gestação na Adolescência

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 2015), a adolescência corresponde ao período da vida humana que compreende dos 12 aos 18 anos de idade. O período da adolescência   considerado o momento de maior intensidade do ser humano, incluindo descobertas que abrangem sexualidade, identidade, pap eis sociais, orienta o sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodu o (CEDARO; MARTINS, 2012).

Apesar de a adolescência ser considerada uma fase saudável da vida, este assunto vem ganhando cada vez mais espaço na área de saúde devido aos problemas relacionados ao exercício da sexualidade, como a gravidez não desejada e as infec es sexualmente transmissíveis (IST) (MIRANDA et al, 2013).

Alves et al (2014) afirma que a evolução da sexualidade é considerada uma das características mais marcantes da adolescência, pois embora seja algo intrínseco ao ser humano desde o nascimento, é, geralmente a partir do período da puberdade, onde o indivíduo passa por mudanças geradas por alterações hormonais, as quais resultam em modificações físicas e psicológicas que ocorrem de forma natural. Tais mudanças fazem com que o adolescente tenha o seu corpo e sua sexualidade transformados, o que habitualmente estimula a inserção deste no universo sexual.

Dentre os problemas resultantes do exercício da sexualidade durante a adolescência, destacam-se a exposição às infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a gravidez indesejada, as quais estão diretamente associadas ao aumento da mortalidade materno-infantil, e às comorbidades maternas e fetais (PINTO; OLIVEIRA; SOUSA, 2013).

A população brasileira é estimada em mais de 207 milhões de habitantes, dos quais cerca de 8,43 milhões correspondem a adolescentes do sexo feminino (IBGE, 2017). Calcula-se que pelo menos um terço de adolescentes do sexo feminino encontra-se gestante, e segundo dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS, 2014), no Brasil, quase 20% dos partos realizados foram de mães adolescentes (BRASIL, 2014). Apesar do grande número, a gravidez nessa faixa etária é considerada inapropriada e de alto risco para estas jovens, visto que seu corpo ainda se encontra em processo de formação, o que resulta na proteção e desenvolvimento inadequados do feto (SILVA; SURITA, 2012).

É sabido que a gestação na adolescência trata-se de um fenômeno de repercussão global, cujo significado varia de acordo com cada cultura e contexto social, sendo considerado um grande desafio para as políticas públicas, principalmente no que diz respeito ao domínio da saúde, uma vez que pode resultar em problemas psicossociais, econômicos e complicações obstétricas que comprometem a saúde materno-infantil (SANTOS et al, 2014).

A literatura científica mundial tem evidenciado que a maternidade na adolescência vai muito além dos aspectos clínicos, uma vez que fatores sociais, econômicos e culturais estão diretamente relacionados, gerando impactos os quais podem ser positivos ou negativos para a saúde da mãe e do feto (FERREIRA et al, 2012).

Diniz e Koller (2012) consideram a gravidez na adolescência um problema de saúde pública, tendo em vista o número de gestantes incluídas nessa faixa etária e os altos índices de complicações associados, como anemia materna, sofrimento fetal no parto, desproporção cefalopélvica e lesões no canal vaginal, incluindo ainda outros problemas como o grande aumento de contágio por infecções sexualmente transmissíveis (IST) entre jovens nesse perfil. Os autores atribuem ainda esse tipo de gravidez a fatores como residência com o companheiro,

baixa renda, iniciação precoce da vida sexual, influência de companhias e família desestruturadas.

A adolescência é caracterizada por conter em seu processo, conflitos psicológicos, contradições e ambivalências e também pelo desenvolvimento de dois processos naturais do ser humano, o fisiológico e a maturação sexual. Tais conflitos repercutem no desenvolvimento social do indivíduo podendo influenciar positivamente ou negativamente na vida desse adolescente. Aliados aos conflitos, as circunstâncias econômicas, culturais e sociais das famílias desses indivíduos irão refletir de forma importante na vida adulta desse adolescente (JEZO et al, 2017).

Neste sentido, Jeso et al (2017) atestam que os fenômenos gravidez e adolescência ao ocorrerem simultaneamente, podem resultar em sérias consequências negativas para a saúde física e mental destas meninas, podendo também gerar mudanças radicais no contexto do bem-estar social, no desempenho escolar, e na geração de renda, fatos que não raramente ocasionam crises e conflitos familiares. Além disso, aspectos como a baixa escolaridade, pouca informação acerca de métodos contraceptivos, bem como condições financeiras insuficientes para aquisição destes, são considerados motivos também relacionados à gravidez indesejada.

Dentro dessa ótica, a Organização das Nações Unidas, através do Relatório de Situação da População Mundial (2016), traz um dado preocupante, pois mostra que nos países em desenvolvimento, cerca de 12,8 milhões de meninas adolescentes não têm suas demandas de planejamento reprodutivo atendidas. E de acordo com informações deste mesmo relatório do ano de 2017, adolescentes, principalmente as que não encontram-se em união conjugal ou estável, se deparam com muito mais obstáculos do que pessoas adultas para ter acesso a contraceptivos. Isso deve-se a legislação e políticas restritivas, preocupações com a falta de sigilo ou estigma social relacionado ao sexo precoce.

A adolescente gestante neste período, encontra-se suscetível a muitos problemas, os quais podem ter início a partir do momento da concepção até o período puerperal, tendo em vista que a gestação, ao ocorrer simultaneamente ao período de maturação do organismo, pode resultar em sérias consequências tanto para a gestante quanto para o neonato, dessa forma provocando grandes estragos sociais e familiares demarcados pela falta de estrutura e organização de sua vida em família e do contexto social que a cerca (TAVEIRA; SANTOS; ARAÚJO, 2012).

Nota-se então que a experiência da gestação na adolescência resulta em diversas desvantagens, se comparada à gravidez na idade adulta, tanto no que diz respeito aos aspectos físicos, como psicológicos e sociais, destas adolescentes e suas famílias, podendo gerar

transformações em todos os atores envolvidos no contexto (PRESADO; CARDOSO; CARMONA, 2014).

Corroborando com tudo que já foi colocado anteriormente, Cortez et al (2013) afirmam que muitos são os fatores que contribuem direta e indiretamente para a ocorrência da gravidez na adolescência, como: pouca e/ou inexistente orientação dentro do contexto familiar, falta de abordagens adequadas para falar sobre este assunto nas escolas, progressos insuficientes nos serviços de saúde no que diz respeito ao planejamento familiar, e ineficiência de políticas públicas que conscientizem os adolescentes sobre a importância da anticoncepção nessa faixa etária.

Dessa forma, considerando todo este conjunto de aspectos que compõem o cenário delicado no qual encontra-se a adolescente gestante, a assistência a este público durante o ciclo gravídico-puerperal, deve ser pleno de atenção, proteção e orientação, atendendo às suas necessidades, bem como as particularidades da adolescência. Entretanto Vieira et al (2013) afirma que quase sempre, a assistência à essas meninas, tem sido realizada de forma generalizada, não atendendo às peculiaridades deste público.

3.3 Pré-Natal de Adolescentes Gestantes

A atenção à saúde materno-infantil ocorre no Brasil desde antes mesmo da criação do SUS, tendo início com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, sendo este considerado como referência, ao superar a perspectiva materno-infantil, e tratar a mulher para além da sua especificidade reprodutiva. Ao situar o planejamento familiar como direito de cidadania e à saúde, o PAISM antecipou em uma década as formulações de direitos sexuais e reprodutivos pactuadas nas conferências do Cairo e Beijing (SANTOS NETO et al, 2008).

Com o intuito de proporcionar melhorias na atenção ao PN, foi proposto em 2000 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que estabelece diretrizes e princípios norteadores voltados para a captação precoce da gestante, intervenções de educação em saúde, oferta de exames de rotina e orientações sobre o retorno da puérpera à unidade de atenção primária à saúde (UAPS) para a consulta puerperal até 42 dias após o parto. Este Programa surgiu a partir das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período puerperal, com o objetivo de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2006a).

Em âmbito nacional, a política Rede Cegonha, instituída pelo Ministério da Saúde (MS) em 2011, com a Portaria Nº 1.459, é atualmente a política que sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento. A Rede é composta por um conjunto de medidas que visa garantir às mulheres, usuárias do SUS, o atendimento adequado, seguro e humanizado, a partir da confirmação da gravidez, na atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, incluindo a atenção à saúde da criança até os dois primeiros anos de vida. Essa rede de cuidado ainda assegura à mulher o direito ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Posteriormente, em 2015 foram lançadas a Política Nacional de Atenção Integral Saúde da Criança (PNAISC), e a Diretriz Nacional de Atenção à Gestante – a operação Cesariana e em 2016 a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2016).

Estudos realizados pelo Instituto de Pesquisa em Economia Aplicada (Ipea) e dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstraram que as desigualdades regionais no território brasileiro poderiam ser superadas focando os investimentos em quatro problemas: taxa de mortalidade infantil, taxa de analfabetismo, precária estrutura para os agricultores familiares e falta do Registro Civil. Estes problemas, se trabalhados pelos diversos níveis de governo, poderiam contribuir fortemente para uma maior igualdade entre as diversas regiões do Brasil (ROCHA, 2008; BRASIL, 2010).

A assistência pré-natal adequada, junto com a detecção e intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema rápido e facilitador de referência hospitalar (sistema de regulação – “Vaga sempre para gestantes e bebês”, regulação dos leitos obstétricos, plano de vinculação da gestante à maternidade), além da qualificação da assistência ao parto (componente de parto e nascimento – humanização, direito à acompanhante de livre escolha da gestante, ambiência, boas práticas, acolhimento com classificação de risco – ACCR), são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e à criança, os quais têm grande potencial de reduzir as principais causas de mortalidade materno-infantil (BRASIL, 2013).

O pré-natal (PN) é definido como o período que antecede ao nascimento da criança e é composto por um conjunto de procedimentos clínicos e educativos os quais têm intuito de acompanhar o desenvolvimento da gestação, bem como, esclarecer e orientar a mulher e sua família sobre assuntos relacionados à gravidez, parto e cuidados com o recém-nascido. Além de propor a prevenção, detecção precoce e tratamento das intercorrências mais frequentes no período gestacional (BARRETO; MATHIAS, 2013).

Segundo o MS (2013), o acompanhamento pré-natal tem como principal objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, para que seja possível o parto de um recém-nascido saudável, sem impactos negativos para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas.

Se o início precoce do PN é essencial para a adequada assistência, o número ideal de consultas permanece controverso. De acordo com a OMS, o número correto seria igual ou superior a 6 (seis) consultas. Pode ser que, mesmo com um número mais reduzido de consultas (porém, com maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas) em casos de pacientes de baixo risco, não haja aumento de resultados perinatais adversos. As gestantes com maiores riscos devem receber atenção especial, as consultas devem ser mensais até a 28^a semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais até o parto, não existindo, dessa forma, uma alta do pré-natal (BRASIL, 2013).

O PN representa um indicador essencial e de grande relevância para o estado de saúde, evolução gestacional, diminuição do risco de complicações obstétricas e neonatais, especialmente no público muito jovem (OLIVEIRA; GAMA; SILVA, 2010). A assistência pré-natal também se caracteriza como uma das principais estratégias de prevenção do baixo peso ao nascer, prematuridade e óbito perinatal. Na condição de adolescentes gestantes, a realização de um pré-natal adequado exerce impacto positivo sobre o resultado materno e perinatal, chegando a reduzir e/ou até mesmo anular possíveis desvantagens típicas da idade (SANTOS et al, 2014)

A literatura tem abordado acerca da importância da assistência pré-natal, como um dos principais fatores determinantes de uma boa evolução gestacional, uma vez que permite detectar ocorrências de risco e intervir precocemente, sendo possível obter resultados eficientes. Dentro desta ótica, Santos et al (2014) sinalizam que as consequências de uma assistência pré-natal inadequada para adolescentes podem causar impactos negativos, tendo em vista que a gestação neste público alcança com maior magnitude, jovens de grupos sociais menos favorecidos, que muitas vezes sofrem sem apoio familiar, social e do companheiro.

No que tange à gestação na adolescência faz-se necessário organizar fluxos assistenciais seguros, ampliando o acesso da gestante adolescente ao serviço de saúde, começando na atenção primária com o acolhimento e resolutividade na rede assistencial (OLIVEIRA, 2015). Quanto mais cedo começar o início da assistência pré-natal, melhores serão os desfechos da gestação. Sobre isso, o Ministério da Saúde (2013) preconiza a realização da primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação, e o acompanhamento mínimo de seis consultas, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre do período gestacional, duas

no segundo trimestre e três no terceiro trimestre, e nas situações de gravidez de alto risco, as consultas devem ocorrer com maior frequência.

É importante destacar que complicações na gestação, como trabalho de parto prematuro, baixo peso ao nascer, dificuldades no processo de aleitar, complicações obstétricas e neonatais, são mais frequentes entre adolescentes, por isso torna-se essencial a avaliação de fatores de risco específicos para esse público. Assim, profissionais de saúde responsáveis pela assistência pré-natal de adolescentes devem cumprir rigorosamente as datas das consultas dessas gestantes, tendo em vista que estas estão expostas a maior risco gestacional que mulheres adultas (SANTOS et al, 2015).

Segundo Cesar et al (2011) a maioria das gestações nesta etapa da vida, ainda que tenha sido desejada, mesmo que inconscientemente, não foi de fato planejada. Os autores afirmam que a adolescência está relacionada à maior ocorrência de parto prematuro e baixo peso ao nascimento e ao PN inadequado, que implica em menor número de consultas, início tardio do mesmo e baixa realização de exames complementares. Outro aspecto relacionado é a pouca informação sobre os benefícios do PN e a vergonha em buscar cuidados em saúde, principalmente entre adolescentes em situações mais vulneráveis socialmente. Além disso as adolescentes amamentam por período menor de tempo. Isso tudo resulta em maior mortalidade infantil entre seus filhos

No Brasil, a APS deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde, uma vez que é o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante o período gestacional (BRASIL, 2013).

O que observa-se a partir da literatura é que a maioria das adolescentes inicia tardiamente o pré-natal, normalmente a partir do segundo trimestre de gravidez (RIGOL; ESPIRITO SANTO, 2012). Um estudo realizado por Paucar (2013), constatou que o início do pré-natal ocorre tardiamente em cerca de 70,5% das adolescentes, sendo o motivo principal para esta circunstância: a falta de informações.

Porém outros fatores também podem contribuir para o início tardio do PN, como o não reconhecimento e a não aceitação da gravidez, a falta de apoio e contexto familiar, e até o próprio serviço de saúde, que pode apresentar barreiras organizacionais, como a demora no agendamento de consultas e escassez de recursos humanos e materiais (ARCANJO; SILVA; ZUQUE, 2016).

A adesão de adolescentes gestantes às consultas de PN estão relacionadas com o contexto emocional das mesmas e o significado da gravidez para este público, ou seja,

frequentar as consultas de PN está diretamente associado ao desejo, mesmo que muitas vezes inconsciente, da gravidez (FERNANDES et al, 2015). Goldenberg, Figueiredo e Silva (2010) apontam que a maneira como é realizada a primeira consulta de PN, pode também ser um fator de desestímulo a adesão às consultas por este público, tendo em vista que tendo como intuito a identificação de fatores de riscos da gestação, por vezes o profissional realiza um interrogatório, onde a obtenção de respostas prevalece sobre o acolhimento, causando constrangimentos à adolescente.

Neste contexto, vê-se que o PN de adolescentes gestantes ainda se apresenta como desafio, pois para que seja uma atenção de qualidade seja efetiva e completa, é necessário compreender este mundo repleto de subjetividades e contradições. Por isso, os profissionais que lidam com essa problemática precisam de um olhar mais apurado, detalhado e sensibilizado para melhor intervir, além de competências técnico-científicas e preparo emocional para realizar a função do cuidar, assistir e orientar as adolescentes gestantes, de acordo com a sua realidade social e suas necessidades (RODRIGUES et al 2015).

3.4 Intersetorialidade e Saúde

Considerando o princípio de que a assistência à saúde infantojuvenil deve estar pautada em algumas diretrizes de cuidado, tais como o acolhimento universal, o encaminhamento corresponsável e implicado e a construção permanente da rede e da intersetorialidade, é indispensável a convocação dos atores intersetoriais, sem os quais não será possível uma resposta potente às questões de saúde mental (BRASIL, 2014). Diante disso traz-se neste tópico, um pouco do que tem sido desenvolvido na literatura científica *on-line* sobre essa temática.

O contexto das políticas de saúde no cenário brasileiro muito vem crescendo e avançando no âmbito da intersetorialidade. Nunca se abordou tanto saúde e promoção da saúde como no atual momento. Dessa forma, reconhece-se a necessidade de atuação não somente do setor saúde, mas também do resultado de ações intersetoriais e multidisciplinares, tornando a intersetorialidade uma condição para a prática da Promoção da saúde (FARIAS et al 2016).

Como conceito da intersetorialidade, esta é definida como uma prática que integra ações de diferentes setores, que se articulam, complementam e interagem entre si para uma aproximação mais entrelaçada dos problemas e seu enfrentamento, compartilhando recursos, objetivos, e desenvolvendo estratégias conjuntamente (WIMMER; FIGUEREDO, 2006).

Segundo Junqueira (2004), a intersectorialidade caracteriza a ideia de integração, território, equidade e direitos sociais. Trata-se de uma nova abordagem de dialogar e solucionar os problemas sociais. Deste modo, cada política social a seu caráter, encaminha uma proposta de resolução, sem considerar o cidadão na sua totalidade nem a ação das outras políticas sociais, que também estão em busca da melhoria da qualidade de vida.

Para a autora clássica Inojosa (2001), a intersectorialidade vai além de apenas um setor social, pois refere-se a articulação de saberes e experiências no contexto do planejamento, execução e avaliação de ações que busquem resultados impactantes e sinérgicos em situações complexas, tendo em vista o desenvolvimento social, vencendo a exclusão. Portanto trata-se de uma nova lógica para a gestão da cidade, que busca superar a fragmentação das políticas, ao ver o cidadão na sua integralidade, de forma holística. Neste sentido tal definição passeia pelas relações do homem com o meio e com o próprio homem, o que determina a construção social de todo o contexto de uma cidade (FARIAS et al, 2016).

De um modo mais aberto, ou seja, com uma concepção além do setor público, Junqueira et al (2000) traz a intersectorialidade como uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, para garantir um acesso igual dos desiguais. Isto é, modificar toda configuração de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e de seus interesses. Essa forma de atuar é relativamente nova, por isso deve implicar em transformações nas práticas e no desenho cultural das organizações gestoras das políticas sociais. É um processo que não está isento de riscos, principalmente devido as resistências previsíveis de alguns grupos de interesses. Ou seja, para que ocorra de fato a mudança nessas configurações político-sociais, é necessário que sejam fortalecidas alianças entre todos os que desejam melhorias na qualidade de vida do cidadão, dentro e fora da administração pública.

A construção da intersectorialidade além de se consolidar por meio da articulação de diferentes setores, envolve também distintos atores sociais, tais como: governo, sociedade civil organizada, movimentos sociais, universidades, autoridades locais, setor econômico e mídia, tendo como princípio o ajuntamento de diferentes saberes e possibilidades de atuação, com o propósito de proporcionar um olhar mais ampliado acerca da complexidade do objeto ou situação a serem trabalhados, a fim de facilitar a análise dos problemas e das necessidades, na esfera de um determinado território e contexto bem como a busca de soluções compartilhadas (JUNQUEIRA, 1997).

Trazendo o tema para o âmbito saúde, neste contexto a intersectorialidade é compreendida como uma vinculação entre uma ou várias partes do setor saúde com um ou vários componentes de outro setor que se tenha formado para intervir conjuntamente em uma

determinada situação buscando obter resultados de saúde impactantes de forma mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo sozinho (SILVA RODRIGUES, 2010).

Na discussão internacional acerca da intersetorialidade no campo da saúde, as intervenções sobre os determinantes sociais vêm ganhando cada vez mais destaque, bem como o fortalecimento de parcerias e alianças no processo de implementação dessa prática (SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017).

Segundo Mendes (2006), a construção da política de saúde brasileira nos moldes propostos pela Reforma Sanitária, evidencia uma dimensão ideológica que se refere à construção de um novo paradigma de atenção à saúde, deslocando o foco antes na doença para a saúde.

O tema intersetorialidade na saúde passou por alguns processos, tendo como determinante inicial a Primeira Conferência Internacional sobre APS de Alma-Ata, em 1978, onde a saúde passou a ser considerada como direito de todos e que seus determinantes estão associados a diversas ações intersetoriais. Posteriormente, em 1986 o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), reafirma esse reconhecimento e aponta a saúde como um processo contínuo proveniente do meio social e determinado por fatores biológicos, ambientais, sociais, econômicos e culturais (GONÇALVES et al, 2014).

Após isso, durante a 11ª CNS, realizada no ano 2000, é destacada a necessidade de reverter os indicadores de saúde e da relevância disso na qualidade de vida da população (BRASIL, 2001). Impulsionada por ideias similares, em 2007, a 13ª CNS tem como uma das suas principais temáticas a saúde como qualidade de vida e a participação da sociedade como direito humano a saúde (CONASEMS, 2009). A partir de tais perspectivas, vê-se a necessidade de atuação não somente do setor saúde, mas deste associado com outros setores, somando-se em um resultado de ações intersetoriais e multidisciplinares.

Dentro dessa ótica, a saúde é compreendida como um bem coletivo, ou seja, não pode ser assegurada somente por uma parte da sociedade, mas deve configurar-se como um processo participativo e democrático construído de forma compartilhada (CAMPOS TEIXEIRA, 2005).

Nessa área de atuação a intersetorialidade inclui, basicamente, ações do governo e da sociedade civil organizada, envolvendo setores produtivos, abordagens comunitárias e participativas, com intuito de promover o capital social e oferecer autonomia aos sujeitos sociais (FREITAS; MANDÚ, 2010).

Neste sentido para Gonçalves et al (2011), ações intersetoriais estão associadas à questão do capital social, que por sua vez está relacionado à coesão social que deriva da participação dos setores envolvidos, visto que o capital social de uma população configura-se como um conjunto de elementos de sua organização social, tais como: confiança mútua, normas de reciprocidade e solidariedade, engajamento político e as redes de associações que melhoram a coordenação e a cooperação de ações coletivas para o alcance de benefícios mútuos.

Segundo Barra e Oliveira (2016) a inserção da intersetorialidade tanto na gestão quanto no cotidiano do trabalho das equipes de saúde é fundamental. Partindo principalmente do pressuposto de que a reorientação do modelo assistencial a partir da APS não pode ser possível sem que uma articulação intersetorial seja efetivada, de forma que garanta a integralidade, a promoção da saúde e a incorporação da determinação social da saúde. Nessa perspectiva, Cid e Gasparini (2016) destacam a importância de intervenções colaborativas, desenvolvidas a partir de relações horizontais nos processos de cuidado.

Dessa forma, a intersetorialidade vem sendo considerada como instrumento fundamental para o enfrentamento de diversos desafios na saúde pública, tais como violência, doenças transmissíveis e não transmissíveis, e o envelhecimento da população. Para que ações intersetoriais sejam efetivadas, é necessário o compartilhamento e a discussão dos múltiplos conhecimentos, linguagens e formas de executar presentes em diversos núcleos de saberes, na tentativa de solucionarem problemas de saúde. Para isso a intersetorialidade necessita de abertura ao processo dialógico entre os setores envolvidos para que haja corresponsabilidade e cogestão nas ações (SENA et al, 2012).

3.5 Avaliação de Políticas Públicas: Traçando caminhos construtivistas

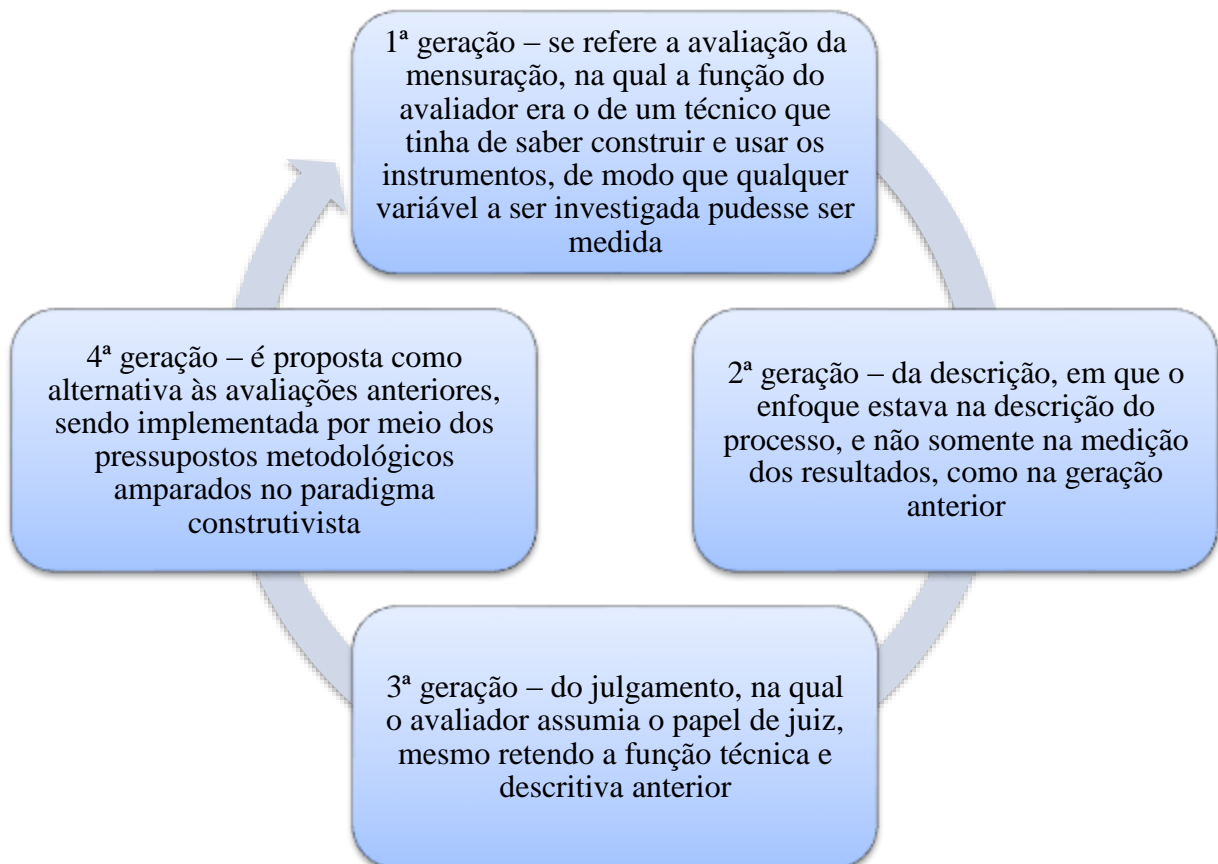
Há uma grande variedade de abordagens e modalidades classificatórias no âmbito da avaliação, haja vista seu interesse prático, como: de acordo com o momento, com a função, com a procedência dos avaliadores e com os aspectos do programa ou política que são objeto da avaliação (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).

No que diz respeito a essa variedade conceitual e metodológica, Contandriopoulos et al (2000) afirmam que não há como constituir uma definição total e absoluta de avaliação, mas conceituam, como objeto de um amplo acordo, o fato de que avaliar trata-se de realizar um juízo de valor acerca de uma intervenção ou a respeito de qualquer um de seus componentes, com o intuito de auxiliar na tomada de decisões.

Guba e Lincoln (1989) repartem a história da avaliação em quatro gerações, das quais as três primeiras fazem parte do paradigma positivista, que são: 1ª geração – se refere a avaliação da mensuração, na qual a função do avaliador era o de um técnico que tinha de saber construir e usar os instrumentos, de modo que qualquer variável a ser investigada pudesse ser medida; 2ª geração – da descrição, em que o enfoque estava na descrição do processo, e não somente na medição dos resultados, como na geração anterior; 3ª geração – do julgamento, na qual o avaliador assumia o papel de juiz, mesmo retendo a função técnica e descritiva anterior.

As três gerações reproduziram progressos, porém o paradigma positivista apresenta deficiências, como a propensão à supremacia do ponto de vista gerencial, a incapacidade de arranjar a diversidade de valores, a hegemonia, a indiferença com o contexto, a grande dependência de estimativas quantitativas, excluindo muitas vezes, outras possibilidades para se pensar o objeto da avaliação, e a não responsabilização moral e ética do avaliador, pois nenhuma das três primeiras gerações torna o avaliador responsável pelo que emerge da avaliação ou pelo uso dos seus resultados (GUBA; LINCOLN, 1989).

Figura 1 – Gerações da avaliação por Guba e Lincoln.



A Avaliação de Quarta Geração, desenvolvida por Guba e Lincoln (1989, 1988) norteará o processo teórico-metodológico da pesquisa. Esta avaliação é proposta como alternativa às avaliações anteriores, sendo implementada por meio dos pressupostos metodológicos amparados no paradigma construtivista.

O termo “construtivista” é utilizado para designar a metodologia empregada para conduzir uma avaliação. Suas bases encontram-se no paradigma de investigação, o qual é uma alternativa ao paradigma científico positivista (GUBA; LINCOLN, 2011).

Guba e Lincoln (2011) afirmam que a avaliação de quarta geração é responsiva, por ser uma forma deferente de direcionar uma avaliação, isto é, a seleção dos parâmetros e limites da mesma ocorre por meio de um processo interativo e negociado que envolve grupos de interesse e consome uma porção considerável do tempo e dos recursos disponíveis. É por esse motivo, dentre outros, que se afirma que a concepção de uma avaliação responsiva é emergente.

Trata-se de uma avaliação responsiva, em que as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem como foco organizacional (a base para determinar que informação seja necessária). Nos modelos tradicionais, os parâmetros e limites são definidos a priori e a avaliação responsiva os determina por intermédio de um processo interativo e de negociação que envolve grupos de interesse (GUBA, LINCOLN, 1989).

A avaliação de Quarta Geração se insere em uma tipologia geracional de abordagens metodológicas em avaliação, é caracterizada por ser uma avaliação inclusiva e participativa, a qual é realizado como um processo de negociação entre os atores implicados na intervenção a ser avaliada (*stakeholders*). Em outras palavras, trata-se de um processo interativo negociado, fundamentado num paradigma construtivista, cuja tarefa é reorientar o paradigma positivista, hegemônico nas ciências sociais e no campo da avaliação (NOGUEIRA, 2015).

O termo grupos de interesse diz respeito a organizações, grupos ou indivíduos potencialmente vítimas ou beneficiários do processo avaliativo. Esses grupos são formados por pessoas com características comuns, que têm algum interesse no desempenho, no produto ou no impacto do objeto da Avaliação - estão, de alguma maneira, envolvidos ou potencialmente afetados pelo serviço e pelas eventuais consequências do processo avaliativo (GUBA, LINCOLN, 1988).

Existem diferentes grupos de interesse, Guba e Lincoln (1988) identificaram três: os agentes – as pessoas envolvidas em produzir e implementar o serviço; os beneficiários - todas as pessoas que se beneficiam, de alguma forma, com o uso do serviço; as vítimas - as pessoas que são afetadas negativamente pelo serviço.

De acordo com a classificação apresentada por Guba e Lincoln (1989), entende-se que os componentes da equipe são os agentes. Quanto aos usuários e familiares, podem ser tanto beneficiários quanto vítimas, pois, mesmo estando inseridos no serviço com vistas ao seu benefício, na dinâmica do cotidiano podem sofrer efeitos negativos; tanto no que se refere ao atendimento propriamente dito – pela forma como o serviço se organiza – ou, ainda, por ocuparem uma posição de pouco poder.

A avaliação de quarta geração ou metodologia pluralista-construtivista (GUBA; LINCOLN, 1989) apresenta a técnica do círculo hermenêutico-dialético (CHD) – que será apresentado detalhadamente mais adiante no tópico 6.4 da metodologia – como um procedimento dinâmico, com constante interação entre as pessoas por intermédio do permanente vai e vem no processo de realização das entrevistas, discussões e observações, supondo constantes diálogos, críticas, análises, construções e reconstruções coletivas, o que ajuda no aprofundamento das reflexões coletivas sobre a percepção da realidade e permite chegar o mais próximo possível do consenso sobre ela. A utilização do CHD merece uma constante atenção tanto no processo de coleta de dados, como na fase de interpretação das informações; além disso, é importante o emprego da pré-análise das conclusões pelos entrevistados ou grupos, procedimento que minimiza a subjetividade do pesquisador e facilita a elaboração da síntese final.

4 O TREVO DE QUATRO FOLHAS COMO POLÍTICA DE ESTADO

4.1 Análise de Conteúdo e Bases Conceituais

A Política Trevo de Quatro Folhas surgiu em 2001, a partir de um projeto desenvolvido pela secretaria de saúde do Município de Sobral, Estado do Ceará, mais precisamente na zona do Sertão Centro-Norte.

A princípio, era denominada “Estratégia Trevo de Quatro Folhas”, entretanto, apesar da mudança de estratégia para política não houveram seus objetivos permaneceram os mesmos, os quais são: garantir apoio social às famílias com gestantes, puérperas, e mães de crianças menores de dois anos, em situação de risco clínico e social e reorganizar a atenção materno-infantil no município (SOUSA et al, 2017).

A origem do TQF associa-se ao PSF, programa instituído pelo governo federal desde 1994, com o objetivo de reorganizar a atenção primária de saúde, ou seja, o primeiro atendimento ao paciente quando este se depara com algum problema de saúde ou no caso de atenção de caráter preventivo (LOURENÇO; QUINTILIANO; GONÇALVES JÚNIOR, 2009).

O PSF, o qual possui esfera federal, foi implantado em Sobral em 1997, a partir de uma iniciativa do Plano Municipal de Saúde, com isso observou-se uma redução impactante no índice de mortalidade materno-infantil do município, o que configura-se como um problema de saúde pública na cidade, embora ainda existam muitos desafios a serem superados no que tange à melhoria da saúde materno-infantil.

Em relação à origem da denominação da política, façamos uma breve definição de um trevo de quatro folhas. Este pertence evidentemente à família dos trevos, porém, ao invés de apresentar três folíolos, como a maioria das espécies de trevos, este contém quatro folhas. Segundo as antigas tradições dos povos Celta, encontrar um trevo de quatro folhas, significa um sinal de boa sorte. No que tange as representações de cada folha, estas representam cada uma, a fé, a esperança, o amor e a sorte (SOUSA et al, 2017).

Ressignificando o que já foi abordado anteriormente na introdução, a política TQF tem como objetivos: assistência ao pré-natal, parto/puerpério, nascimento e acompanhamento dos dois primeiros anos de vida do bebê. Cada pétala do trevo tem um sentido, sendo estes: a gestão do cuidado durante o pré-natal, a gestão do cuidado ao parto e ao puerpério, a assistência no nascimento e período neonatal e a assistência nos dois primeiros anos de vida da criança (SOUSA et al, 2012).

O TQF é assegurado pelo poder público municipal como política, durante a gestão do prefeito José Leônidas de Menezes Cristino, visto que sua permanência é garantida por lei municipal (Anexo A) N° 1041 de 24 de novembro de 2010 (SOBRAL, 2010, p. 1).

Dispõe sobre a instituição da Estratégia Trevo de Quatro Folhas, Política Pública de Apoio às Gestantes, Mães e Incentivo à Vida no Município de Sobral – CE, e dá outras providências.

Além do apoio do poder público municipal, o trevo também conta com o auxílio da sociedade civil, recebendo doações de pessoas físicas (“madrinhas” e “padrinhos” sociais) e jurídicas (empresas). A política também tem forte vínculo com a comunidade, tanto pelo fato de visar seu atendimento, quanto pelo fato de existir a mãe social, figura essencial em todo o processo desenvolvido, como será descrito mais adiante (LOURENÇO; QUINTILIANO; JÚNIOR, 2009).

Os dados são coletados da seguinte maneira: diariamente, quatro técnicas de enfermagem do Trevo entrevistam as puérperas, residentes em Sobral, antes da alta hospitalar. A Caderneta da Gestante é avaliada quanto ao preenchimento da assistência pré-natal. O formulário, que consta nos anexos, utilizado nessa entrevista é digitado em um banco de dados do EPI Info (o Banco de Dados do TQF), o que permite a emissão de relatórios mensais da qualidade da assistência PN no município, por CSF. Esse formulário serve como uma das fontes para a coleta de dados para a busca ativa. Nele há informações sobre o perfil sociodemográfico da gestante, local onde fez o PN, intervalo interpartal, uso de contraceptivo, idade gestacional no início do pré-natal, número de consultas, exames realizados, uso de drogas na gestação, trabalho na gestação, intercorrências, internações e tratamentos realizados durante a gestação e condições de nascimento do RN (SOUSA, 2016).

A mãe social é considerada a grande figura do Trevo, e está inserida nos serviços da política. Trata-se de uma mulher da comunidade, que normalmente tem filhos ou que já tenha experiência com crianças, sendo selecionada e capacitada para trabalhar dentro das casas das famílias assistidas pela Estratégia, ou mesmo em alguns casos dentro de Hospitais, fazendo trabalho doméstico, auxiliando e instruindo a mãe no cuidado com seu filho (LOURENÇO; QUINTILIANO; JÚNIOR, 2009).

O TQF agrega distintas vertentes, as quais são: o Projeto Flor do Mandacaru, iniciado em 2008, o acompanhamento das gestantes usuárias de crack, iniciado em 2010, e que agora funciona como um dos projetos dentro da política, que é o Casa Acolhedora, e o Projeto Coala, que teve início em 2013. Estes projetos são fortemente atuantes no Município até o

momento presente, e funcionam como eixos da política maior, que é a Estratégia Trevos de Quatro Folhas.

O PFM (Centro de Apoio ao Adolescente de Sobral) foi implantado em setembro de 2008, no município de Sobral, com base no elevado índice de gravidez na adolescência e do baixo número de atendimentos de adolescentes nos CSF. Um dos pontos principais é a oferta do pré-natal “sigiloso” que atende as adolescentes grávidas, apoiando-as para assumirem a gravidez diante da família. O Projeto tem se constituído em um espaço de escuta, atendimento e reflexão sobre a saúde sexual e reprodutiva, para adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, que pouco costumam frequentar os CSF.

Com a atuação do TQF foi possível ter melhores informações sobre a assistência materno-infantil em Sobral, bem como sobre os fatores que contribuem para a ocorrência dos óbitos infantis no município. Entre esses fatores, foi observado uma possível relação entre o uso do crack pelas gestantes e mães e a morte dos bebês. Em resposta a essa situação, foi criado em 2010, o Projeto de Acompanhamento das Gestantes Usuárias de Crack. Esse projeto tem como objetivo reduzir os efeitos do crack sobre o feto, principalmente a restrição do crescimento intrauterino, a prematuridade e a transmissão vertical de doenças sexualmente transmissíveis. Atualmente, esse Projeto foi ampliado sendo hoje denominado de Casa Acolhedora do Arco, que atende gestantes e mães usuárias de crack com seus filhos promovendo ações educativas e atividades geradoras de renda (SOUSA, 2016).

Em 2013, teve início o Projeto Coala, criado com base na análise dos óbitos de prematuros ocorridos em Sobral, que mostrava uma elevada mortalidade dos RN que permaneciam internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), devido principalmente à infecção hospitalar. O objetivo do Coala é antecipar a alta hospitalar dos RN que ficam internados apenas para ganho de peso, visando reduzir o tempo de exposição às infecções hospitalares. O projeto garante o acompanhamento dos RN por meio de uma rotina de visitas domiciliares, realizadas por uma neonatologista, uma enfermeira e a equipe de saúde da família do território onde a mãe é cadastrada. A taxa de mortalidade nos prematuros no município caiu de 13,8 para 6,4 óbitos por mil nascidos vivos entre 2013 e 2014, após a implantação do Coala. Entretanto, a mortalidade entre os pré-termos continua alta. A implantação dessas iniciativas tem sido importante para a redução dos óbitos infantis em Sobral. Em 2001, a taxa de Mortalidade Infantil em Sobral era de 29,9 óbitos por mil nascidos vivos e atualmente está em 8,4 óbitos por mil nascidos vivos (SOUSA et al, 2012).

A Figura 1 mostra como o Trevo de Quatro Folhas funciona atualmente.

Figura 2 – Funcionamento do Trevo de Quatro Folhas em Sobral – CE.



Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

4.2 Análise do Contexto de Formulação da Política

Para Rodrigues (2008), em uma proposta de avaliação em profundidade, para que seja analisado o contexto de formulação da política, é necessário que seja feito um levantamento de dados acerca do momento político e as condições socioeconômicas em que a política em estudo foi formulada, evidenciando a articulação entre as instâncias local, regional, nacional internacional e transnacional.

Em relação ao contexto em que a política aqui em questão foi formulada, embora não tenha sido possível encontrar na literatura algo que aborde sobre este assunto, é sabido que a Política TQF foi formulada no ano de 2001, durante o governo municipal de Cid Ferreira Gomes, a partir de um projeto desenvolvido pela secretaria de saúde do Município de Sobral, Estado do Ceará, mais precisamente na zona do Sertão Centro-Norte.

A trajetória política no município de Sobral desde sua emancipação, conta com a participação da família Ferreira Gomes, quando os dois primeiros prefeitos eram dessa referida família, Vicente Cesar Ferreira Gomes (1890), e José Ferreira Gomes (1891-1892) (PINHEIRO, 2007).

Após este período, a família afastou-se da política de Sobral por um longo tempo, porém desde 1935, os Ferreira Gomes têm ocupado os espaços da gestão municipal pública de

Sobral, perdurando até os dias atuais, alguns chegam a denominar essa ocupação de “oligarquia”.

No ano de 2001, durante um dos mandatos de Cid Ferreira Gomes, foi formulada a estratégia Trevo de Quatro Folhas em meio a necessidade de solucionar um problema de saúde pública, a morbimortalidade neonatal e materno-infantil, de famílias que apresentavam riscos clínico e social no município de Sobral.

Naquele período, em Sobral, já funcionava a todo vapor, a Estratégia Saúde da Família (ESF), que em todo o território nacional, embora tenha sido criada em 1994, apenas a partir dos anos 2000, ganha maiores proporções quanti e qualitativas. A ESF, veio como uma nova proposta do SUS de reorganização do trabalho, com enfoque na interdisciplinaridade, surgindo da necessidade de um novo modelo de atendimento, uma vez que, a estrutura clássica de atendimento à população não atendia às necessidades da demanda. Tal estratégia encontra-se inserida em um contexto de decisão político-institucional de fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do SUS (BARROS, 2014).

Neste contexto, a ESF desde o início da formulação do Trevo, trabalha conjuntamente com esta política, atuando na identificação e encaminhamento de adolescentes gestantes, mães e bebês em risco clínico e social ao TQF e seus respectivos eixos (Mãe Social, Flor do Mandacaru, Projeto Coala e Casa Acolhedora do Arco).

Neste sentido, Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) identificam as mulheres da comunidade para a equipe técnica do Trevo, que faz a seleção e capacitação para atuarem como mães sociais. No processo de seleção valoriza-se: aptidão para trabalho com crianças e afazeres domésticos, idade acima de 25 anos, não possuir pessoas dependentes de seus cuidados, saber ler e escrever, entre outros critérios.

A princípio, a única ferramenta do Trevo de Quatro Folhas era somente a “Mãe Social”, cuja função, era garantir apoio social nas situações de vulnerabilidade apontadas pela ESF, que aciona o Trevo na ausência de apoio familiar. Porém em 2008, o trabalho do trevo inicia sua subdivisão.

Durante o primeiro mandato do senhor José Leônidas de Menezes Cristino (2005-2009), como fruto do trabalho do TQF, e com base no alto índice de gestações na adolescência e no baixo número de atendimentos de adolescentes nos CSF, surge o Projeto Flor do Mandacaru, funcionando no Centro de Apoio ao Adolescente de Sobral. O Flor do Mandacaru tem como principal demanda de trabalho, a oferta do pré-natal “sigiloso” que atende às adolescentes gestantes, apoiando-as para assumirem a gravidez diante da sociedade e principalmente, da família. O Projeto funciona em um espaço de escuta, atendimento e reflexão

sobre a saúde sexual e reprodutiva, para adolescentes com faixa etária entre 10 e 19 anos, os quais buscam pouco ou não costumam frequentar as unidades básicas de saúde (UBS).

Embora o Trevo já funcionasse como estratégia desde 2001, somente em 2010 foi regulamentado como política (tópico 5.1), durante o segundo mandato do senhor José Leônidas de Menezes Cristino (2008-2010), cuja gestão, de certa forma também fez parte do cenário político dos Ferreira Gomes em Sobral, por ser um dos candidatos apoiado pela família na época.

No mesmo ano, com o trabalho de identificação de risco clínico e social, foi observado uma possível associação entre mortalidade neonatal e o uso do crack pelas gestantes e mães. Buscando a minimização ou mesmo uma solução para tal situação, em 2010, foi criado o Projeto de Acompanhamento das Gestantes Usuárias de Crack, o qual tem como intuito reduzir os efeitos do crack sobre o feto, principalmente a restrição do crescimento intrauterino, a prematuridade e a transmissão vertical de IST.

Cabe salientar algo interessante neste contexto, pois neste mesmo período (2011), surgia em âmbito nacional a política Rede Cegonha, que trata-se de uma estratégia, moldada em rede de saúde temática, instituída em 2011, como uma inovadora estratégia do Ministério da Saúde no âmbito do SUS, por meio da Portaria nº 1.459 (BRASIL, 2011a).

A Rede Cegonha tem como prioridades: o acesso ao pré-natal de qualidade, a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade, além de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011b).

Se pararmos para observar os períodos de surgimento de cada política, e os princípios de cada uma respectivamente, indaga-se sobre o fato de que o Trevo de Quatro Folhas poderia talvez, ter servido como uma espécie de base para a formulação da Rede Cegonha (**Grifo nosso**).

Prosseguindo com base na temporalidade da política, em 2013, baseando-se na análise dos óbitos de prematuros ocorridos em Sobral, que mostrava uma elevada mortalidade dos RN que permaneciam internados na UTIN, principalmente devido à infecção hospitalar foi criado o Projeto Coala, cujo objetivo é antecipar a alta hospitalar dos RN que ficam internados apenas para ganho de peso, visando reduzir o tempo de exposição às infecções hospitalares.

O projeto foi implementado durante a segunda gestão municipal do Senhor José Clodoveu de Arruda Neto (2012-2016), e desde sua implementação mostrou-se como uma estratégia efetiva na redução significativa da mortalidade neonatal no Município.

Nos últimos anos o projeto de Acompanhamento das Gestantes Usuárias de Crack tem tomado maiores proporções, e atualmente é denominado de Casa Acolhedora do Arco, que atende gestantes e mães usuárias de crack com seus filhos promovendo ações educativas e atividades que promovem a geração de renda, sendo fundado no ano de 2015, durante o segundo governo municipal do senhor José Clodoveu de Arruda Neto (2012-2016) (SOUSA, 2016).

A Casa Acolhedora do Arco, é a única iniciativa do Trevo que funciona a partir de uma parceria público-privada (PPP), onde o Banco Itaú intervém com 75% do recurso financeiro por meio do Programa Itaú Social, e a prefeitura com 25%.

As PPP são uma das possibilidades disponíveis aos governos para a oferta de infraestruturas econômicas e sociais à população. A experiência internacional oferece evidências no sentido de serem bons projetos de parcerias público-privadas eficazes para se obter o melhor uso dos recursos públicos, a entrega da infraestrutura no prazo e orçamento previstos e a operação mais eficiente na prestação de serviços e na manutenção dos bens. Uma das principais características das parcerias público-privadas que permite esses resultados é a adequada divisão dos riscos contratuais entre o poder público e o parceiro privado, a qual incentiva a inovação, a eficiência, o uso em nível ótimo dos ativos vinculados ao projeto e a gestão orientada à satisfação dos usuários (BRASIL, 2018).

No Brasil as parcerias público-privadas são modalidades de contratos de concessão. A Lei 11.079, de 30/12/2004, regula as parcerias público-privadas no Brasil e incorporou diversos conceitos e experiências da prática internacional, tais como a remuneração do parceiro privado vinculada ao desempenho, a objetiva divisão de riscos e o fundo garantidor. De acordo com as leis brasileiras as principais características das PPP são o longo prazo (contratos de 5 a 35 anos), valor mínimo de R\$20.000.000,00 (vinte milhões de reais), contratação conjunta de obras e serviços a serem fornecidas pelo parceiro privado e a responsabilidade fiscal pelo poder público (BRASIL, 2018).

4.3 Análise da Trajetória Institucional da Política

Segundo Rodrigues (2008), a dimensão analítica da trajetória institucional da política em avaliação, pretende visualizar o grau de coerência/dispersão dessa política, durante seu trânsito pelas vias institucionais. A autora afirma que para a apreensão da trajetória institucional é fundamental a realização de pesquisa de campo com a realização de entrevistas com diferentes agentes e representantes de instituições envolvidas na formulação e implementação da política a ser avaliada. Ao recompor esta trajetória, é importante que o

pesquisador esteja atento aos aspectos culturais inerentes a esses espaços institucionais e organizacionais.

Nesta breve análise, não foi realizada pesquisa em campo, apenas foram resgatadas informações disponíveis em artigos, dentre outros documentos.

Trazendo estes aspectos para a análise do Trevo de Quatro Folhas, inicialmente, o projeto formulado em 2001 deu origem ao Instituto Trevo de Quatro Folhas como Organização Não Governamental (ONG), que funcionava basicamente com recursos financeiros de empresários não-identificados, porém também recebe até hoje recursos municipais.

A política aqui em questão, a princípio funcionou como um projeto da secretaria (na época) de saúde e ação social, as quais atualmente se configuram em duas repartições diferentes. Coloca-se em questão as contribuições de cada instituição por qual a política vem transitando desde sua formulação até hoje.

Tendo em vista o trabalho multidisciplinar e intersetorial do TQF, tanto a secretaria municipal de saúde, como a secretaria de ação social, foram e são inerentes à efetividade da política em seus resultados.

Deve ser citada também a parceria público-privada em um dos dispositivos do Trevo de Quatro Folhas (Casa Acolhedora do Arco), através da parceria entre Itaú Social e Prefeitura Municipal de Sobral, desde 2015.

Vale ressaltar também a parceria entre as maternidades-escolas de Sobral, onde funciona o Projeto Coala e unidades básicas de saúde, as quais são essenciais na identificação e cadastro das gestantes e puérperas a serem beneficiadas pela política em questão.

5 PERCURSOS METODOLÓGICOS

5.1 Tipo de Estudo e Abordagem

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa. Silva (2010) define a pesquisa avaliativa como uma espécie de julgamento das práticas sociais considerando a formulação de uma pergunta não respondida ainda pela literatura. Segundo Serapioni (2009), a pesquisa avaliativa deve ser realizada para que seus resultados e recomendações sejam de fato aplicados.

Considera-se que, através da investigação de como se dá a intersectorialidade do pré-natal de adolescentes gestantes entre o Projeto Flor do Mandacaru e o serviço de atenção primária à saúde de Sobral, pode-se avaliar a qualidade das ações de saúde desenvolvidas no município, a partir da política de saúde “Trevo de Quatro Folhas”, por meio das ações de um de seus eixos, o projeto Flor do Mandacaru.

O estudo exploratório tem por escopo proporcionar maior familiaridade com o problema a fim de torná-lo explícito. Envolve entrevistas com indivíduos que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado, levantamento bibliográfico e análise de exemplos que estimulem a compreensão (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Quanto ao estudo descritivo, este tem como finalidade conhecer e registrar fatos sem manipular ou interferir nos dados. Pode-se dizer que está interessado em observar e analisar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Quanto à abordagem qualitativa, de acordo com Minayo (2014), esta promove uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzida em números.

Para a realização deste estudo, foi utilizado o método da avaliação construtivista, amparado na perspectiva da Avaliação de Quarta Geração de Guba e Lincoln (1989), a qual caracteriza-se por ser uma avaliação responsiva, por suas características inclusiva e participativa, na qual são feitas negociações entre os atores envolvidos (*stakeholders*) no fenômeno a ser avaliado, tendo como núcleo operacional o círculo hermenêutico dialético, que integra o fluxo de doze passos da metodologia, os quais serão apresentados mais adiante.

5.2 Local e Período do Estudo

O estudo foi realizado no Centro de Apoio ao adolescente Flor do Mandacaru, serviço este que funciona como um dos eixos da política municipal Trevo de Quatro Folhas em Sobral – CE. A pesquisa teve início, em agosto de 2017, sendo a coleta de informações entre janeiro e setembro de 2019, e conclusão em janeiro de 2020.

O Município de Sobral está localizado na porção noroeste do Estado do Ceará, a 240 km da capital Fortaleza, por via da BR-222. A cidade possui a quinta maior população do estado, com um número superior a 200.000 habitantes, concentrando-se a maior parte na zona urbana (SOBRAL, 2015). A cidade está localizada no sertão, tem clima tropical, quente e seco e conta com uma área territorial de aproximadamente 2.122,898 Km². Aproximadamente 20% da população vivem com menos de um salário mínimo e quase 12% não tem instrução ou possuem menos de um ano de estudo. O setor saúde constitui-se como referência para toda Zona Norte do estado, sendo considerado Polo Assistencial da Região (IBGE, 2016).

O Projeto Flor do Mandacaru – Centro de Apoio ao Adolescente, localizado na rua Anahid Andrade, (antigo fórum), foi implantado em setembro de 2008, no município de Sobral, pela Secretaria Municipal da Saúde de Sobral. A proposta inicial foi pensada com base no elevado índice de gravidez na adolescência e do baixo número de atendimentos de adolescentes nas unidades básicas de saúde.

As Figuras 3, 4 e 5 ilustram respectivamente a localização do município de Sobral no Estado do Ceará, o mapa da cidade e o espaço onde funciona o projeto Flor do Mandacaru.

Figura 3 – Localização de Sobral no Estado do Ceará.



Fonte: IPECE/IBGE (2019).

Figura 4 – Mapa do Município de Sobral.



Fonte: Google Maps (2018)

Figura 5 – Espaço do Projeto Flor do Mandacaru.



Fonte: Google Maps (2018).

Muitas adolescentes só iniciavam o pré-natal tardiamente pela dificuldade de falar sobre a gravidez com os pais. Em virtude disto, o projeto veio como foco principal o serviço de pré-natal “sigiloso”, na qual a adolescente que chega ao serviço com suspeita de gravidez imediatamente realiza-se o exame para confirmação e inicia o pré-natal de forma sigilosa, dessa

forma a equipe passa a atuar junto a esta adolescente oferecendo total apoio clínico e psicológico até que a mesma se sinta preparada para contar para a família e assim ser encaminhada a unidade de saúde.

Inicialmente o projeto funcionou no Centro de Especialidades Médicas - CEM, na quinta-feira de 8h às 11h e sexta-feira das 14h às 17h, com atendimentos individuais para a faixa etária entre 10 a 24 anos, contando com uma equipe multidisciplinar de enfermeira, psicóloga, ginecologista e obstetra, pediatra, médico clínico geral. Em 2009, o projeto passou a funcionar na mesma sede da Estratégia Trevo de Quatro Folhas, no andar superior, diariamente de segunda à sexta-feira de 8hs às 12hs e de 14hs às 18hs, com atendimentos individuais e sigilosos. Houve uma diminuição na faixa etária, ficando esta voltada apenas para adolescentes de 10 a 19 anos, pois se percebeu que os jovens entre 20 e 24 anos se encontravam mais maduros, facilitando assim o diálogo com a família, sendo estes inseridos nas Unidade Básicas de Saúde. O serviço atualmente funciona com os seguintes profissionais: uma enfermeira, uma médica ginecologista e uma psicóloga.

Ressalta-se que esses profissionais não são exclusivos desse serviço realizando outros atendimentos tanto na atenção primária como secundária. A iniciativa do projeto se deu através de alguns profissionais da Secretaria de Saúde do município e foi implantado na perspectiva de uma estratégia de trabalhar a prevenção da gravidez na adolescência e oferecer um suporte especializado nas questões de saúde sexual e reprodutiva. A proposta foi bem acolhida no município, pois percebeu-se que para atrair esse público faltava um espaço diferenciado e sigiloso, onde os adolescentes se sentissem a vontade para discutir sua sexualidade e assim poder fazer uso da prevenção de uma forma mais consciente. E o atendimento do projeto, além da garantia de confidencialidade e sigilo é sempre despido de julgamentos, valores e preconceitos, trabalhando os receios, medos e vergonhas, para que possam ser reencaminhados as unidades de saúde.

5.3 Participantes do Estudo

Participaram do estudo, cinco gestores da política Trevo de Quatro Folhas, que trabalham atualmente e que já atuaram na gestão nos últimos cinco anos, nove profissionais que trabalham diretamente no espaço Flor do Mandacaru, bem como aqueles que já atuaram no serviço nos últimos cinco anos, e sete adolescentes usuárias do serviço que realizavam o pré-natal no período da coleta, ou que já passaram pelo projeto.

5.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos gestores e profissionais atuantes há pelo menos seis meses, aqueles que já trabalharam na gestão do Trevo de Quatro Folhas e no Projeto Flor do Mandacaru nos últimos cinco anos, e adolescentes usuárias do serviço que estavam realizando pré-natal, e/ou que já passaram pelo serviço nos últimos cinco anos. Foram excluídos gestores e profissionais que estavam em férias ou licença do serviço.

5.4 Procedimentos e Instrumentos de Coleta de Informações

Inicialmente, para a operacionalização desse estudo, foram realizadas algumas visitas na sede do Trevo de Quatro folhas e no Projeto Flor do Mandacaru, com o intuito de informar a coordenação do mesmo sobre o estudo, seus objetivos e sua relevância. Neste caso, foi realizada a etnografia prévia¹, a qual encontra-se intrínseca na avaliação de quarta geração. Antes da coleta de informações, foi realizada uma busca nos prontuários, onde constatou-se que apenas 11 adolescentes realizaram pré-natal no Flor do Mandacaru. A seguir, foi agendada a primeira entrevista com a primeira gestora, e após isso, deu-se seguimento às outras entrevistas por indicação, formando assim a rede do círculo hermenêutico dialético.

Para a coleta de informações foram utilizados: um questionário semiestruturado, adaptado de Silva (2010), contendo dez questões sobre características sociodemográficas (idade, escolaridade, condição socioeconômica, situação conjugal e renda familiar), baseado no modelo de Determinantes Sociais de Saúde de Dahlgren e Whitehead (2007) (Apêndice A), a fim de caracterizar e conhecer melhor a população de beneficiárias da política (adolescentes); entrevistas não estruturadas (Apêndices D e E) dentro dos CHD com os grupos de interesse (gestores, profissionais e usuárias), observação, tendo por objetivo apreender a dinâmica do serviço, a forma com que os atores interagem e os sentidos que constroem em sua relação com a prática, e por fim uma roda de conversa para as construções conjuntas entre os grupos, a fim de discutir e entrar em consenso sobre questões levantadas nas entrevistas.

Na perspectiva de Guba e Lincoln (2011), a observação intensifica sobremaneira a sinergia entre as entrevistas conduzidas nos círculos hermenêuticos e os documentos e registros. No modelo dos determinantes sociais de saúde, estes são divididos em camadas desde os macrodeterminantes (condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais) até os mais

¹Guba e Lincoln (1989) afirmam que na etapa inicial da pesquisa, é necessário que o avaliador viva o campo, experiencie o contexto do serviço avaliado, e denominam essa fase de etnografia prévia (*prior ethnography*).

proximais (estilo de vida, idade, sexo e fatores hereditários) (SOBRAL; FREITAS, 2010), como mostra a Figura 6.

Figura 6 - Determinantes Sociais em Saúde: modelo de Dahlgren e Whitehead.



Fonte: Dahlgren e Whitehead (2007).

Os indivíduos estão na base deste modelo, já na primeira camada, com suas características pessoais, como sexo, faixa etária e fatores hereditários, os quais influenciam as condições de saúde na esfera individual. Na camada dois, aparecem os estilos de vida dos indivíduos e seus comportamentos. A mesma está relacionada tanto com aspectos individuais, quanto com aspectos sociais, culturais e políticos, e é condicionada por determinantes sociais, como pressão dos pares, informações e o acesso a alimentos saudáveis entre outros. A terceira camada destaca a relação entre a rede e o apoio social, nível fundamental para a saúde da sociedade por completo. No próximo nível (quarta camada) estão fatores relacionados às condições de vida e de trabalho e a quinta e última camada se relaciona aos aspectos macro, tais como às condições culturais, econômicas e sociais; esta, por sua vez, influencia as demais camadas (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007; BUSS; FILHO, 2007). No questionário para caracterização das adolescentes, foram destacadas a primeira, a terceira, a quarta e a última camada.

As entrevistas abertas para cada grupo de interesse tiveram como instrumento disparador, apenas uma pergunta inicial, a qual desencadeou os próximos tópicos, dessa forma dando continuidade ao círculo, obedecendo ao referencial proposto por Guba e Lincoln (2011).

A roda de conversa possibilita encontros dialógicos, criando possibilidades de produção e ressignificação de sentido – saberes – sobre as experiências dos partícipes. Sua escolha se baseia na horizontalização das relações de poder. Os sujeitos que as compõem se implicam, dialeticamente, como atores históricos e sociais críticos e reflexivos diante da realidade (SAMPAIO et al, 2014).

Neste estudo foram concluídas seis das doze etapas, do processo metodológico, destacando o círculo hermenêutico (Figura 7), da avaliação construtivista proposta por Guba e Lincoln (1989), os quais são: 1) Contratualização; 2) Organização; 3) Identificação dos *stakeholders*; 4) Desenvolvimento de construções conjuntas (aplicação do círculo hermenêutico); 5) Ampliação das construções conjuntas (introdução de novas informações); 6) Classificação das reivindicações, preocupações e questões solucionadas por consenso. Todas as fases estão melhor detalhadas no Quadro 1, embora nesta pesquisa só tenham sido realizadas seis.

Figura 7 – Círculo Hermenêutico-Dialético.



Fonte: Guba e Lincoln (1989).

Quadro 1 – Etapas da Metodologia da Avaliação de Quarta Geração (GUBA; LINCOLN, 1989)

1. Contratualização	Iniciar contrato com cliente
2. Organização	Selecionar e treinar a equipe de avaliação; fazer arranjos para a entrada em campo; fazer arranjos logísticos e acessar fatores políticos locais
3. Identificação dos implicados no programa avaliado (<i>stakeholders</i>)	Identificar os implicados no programa (<i>stakeholders</i>); montar estratégias de pesquisa contínuas; obter e formalizar condições de concordância em participar da pesquisa (submetendo o protocolo a um comitê de ética em pesquisa)
4. Desenvolvimento de construções conjuntas dentro de grupos	“Rodar” os círculos hermenêuticos dialéticos para fazer emergir as construções conjuntas; checar credibilidade
5. Alargamento das construções conjuntas dos implicados no programa (<i>stakeholders</i>) através de novas informações e do aumento da sofisticação	Refazer os círculos hermenêuticos dialéticos, utilizando informação documental, interpolação de entrevistas de esclarecimento e de observações, referências bibliográficas e a construção externa (ética) dos investigadores
6. Classificação das reivindicações, preocupações e questões solucionadas por consenso	Identificar as reivindicações, preocupações e questões solucionadas por consenso; deixar de lado como componentes de relatórios de casos
7. Priorização dos itens não solucionados por consenso	Determinar processo de priorização participativo; submeter itens para priorização; checar credibilidade
8. Coleta e sofisticação da informação	Coletar informação e treinar negociadores no seu uso através de: utilização de novos círculos hermenêuticos dialéticos, obtenção de informação existente, utilização de novos instrumentos ou de instrumentos existentes, e realização de novos estudos
9. Preparação da agenda para a negociação	Definir e elucidar itens não solucionados; elucidar construções que competem entre si; iluminar, dar apoio a e refutar itens; prover sofisticação no treinamento; testar agenda
10. Condução da negociação	Selecionar círculo hermenêutico dialético representativo; “rodar” o círculo; moldar a construção conjunta; checar credibilidade; determinar a ação
11. Compilação do relatório	Compilar relatórios dos grupos de envolvidos no programa (<i>stakeholders</i>); compilar o relatório do caso
12. Retomada	Retomar todo o processo

Fonte: Nogueira (2015).

5.5 Análise das informações

Para organização dos dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin (2016), e como base teórica, foi empregada a análise hermenêutico-dialética de Minayo (2008).

Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição do conteúdo das mensagens, indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2016) A análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e a inferência e a interpretação.

A primeira fase, a pré-análise, pode ser identificada como a fase de organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Recorrendo ou não ao computador, trata-se de estabelecer um programa que, podendo ser flexível (quer dizer, que permita a introdução de novos procedimentos no decurso da análise), deve, no entanto, ser preciso.

Esta primeira etapa possui três pilares: 1) a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, 2) a formulação de hipóteses e dos objetivos e 3) a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.

Estes três fatores não se sucedem, obrigatoriamente, segundo uma ordem cronológica, embora se mantenham estreitamente ligados uns aos outros: a escolha de documentos depende dos objetivos, ou, inversamente, o objetivo só é possível em função dos documentos disponíveis; os indicadores serão construídos em função das hipóteses, ou, pelo contrário, as hipóteses serão criadas na presença de certos índices. A pré-análise tem por objetivo a organização, embora ela própria seja constituída por atividades não estruturadas, “abertas”, por oposição à exploração sistemática dos documentos.

a) A leitura “flutuante” – A primeira atividade consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações. Esta fase é denominada leitura “flutuante”, por analogia com a atitude do psicanalista. Pouco a pouco, a leitura vai se tornando mais concreta e precisa, em função de hipóteses emergentes, da projeção de teorias adaptadas sobre o material e da possível aplicação de técnicas utilizadas sobre materiais análogos.

b) A escolha dos documentos – O universo de documentos de análise pode ser determinado *a priori*. Com o universo demarcado (o gênero dos documentos sobre os quais se pode efetuar a análise), é muitas vezes necessário proceder-se à constituição de um *corpus*. O *corpus* é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos

analíticos. A sua constituição implica, muitas vezes, escolhas, seleções e regras, as quais são a leitura exaustiva, representatividade de assuntos, homogeneidade e pertinência.

c) Formulação das hipóteses e dos objetivos – Uma hipótese é uma afirmação provisória que nos propomos verificar (confirmar ou infirmar), recorrendo aos procedimentos de análise. Trata-se de uma suposição cuja origem é a intuição e que permanece em suspenso enquanto não for submetida à prova de dados seguros. O objetivo é a finalidade geral a que nos propomos (ou que é fornecida por uma instância exterior), o quadro teórico e/ou pragmático, no qual os resultados obtidos serão realizados.

Na segunda fase, de exploração do material, são escolhidas as unidades de codificação, adotando-se os seguintes procedimentos de codificação que compreende a escolha de unidades de registro. Segundo Bardin (2016), se as diferentes operações da pré-análise forem convenientemente concluídas, a fase de análise propriamente dita não é mais do que a aplicação sistemática das decisões tomadas. Quer se trate de procedimentos aplicados manualmente ou de operações efetuadas por computador, o decorrer do programa completa-se mecanicamente. Esta fase, consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.

A terceira fase do processo de análise do conteúdo é denominada tratamento dos resultados – a inferência e interpretação. Calcado nos resultados brutos, o pesquisador procurará torná-los significativos e válidos (BARDIN, 2016). Para um maior rigor, esses resultados são submetidos a provas estatísticas, assim como a testes de validação.

A análise hermenêutica-dialética foi utilizada pela sua complementaridade ao círculo hermenêutico-dialético, uma vez que um método não exclui o outro: o primeiro é importante pela dinâmica e precisão quanto à coleta de dados e o segundo tem sua importância pelo fato de aprofundar a análise dos dados coletados, com base no referencial teórico escolhido como suporte do trabalho em estudo.

A hermenêutica-dialética como método de análise qualitativa é hermenêutica por ser a arte da compreensão, e dialética, como arte do estranhamento e da crítica, ambas tendo possibilidades de articulação na reflexão que se fundamenta nas práxis, em que a união destas abordagens se dá na condução do processo ao mesmo tempo compreensivo e crítico da análise da realidade social (MINAYO; DESLANDES, 2008).

A hermenêutica destaca a importância da compreensão e dos registros através da escrita, daí resultando a sua enorme contribuição à História e à Literatura. Ela "nasceu do antagonismo entre as diversas formas de interpretar obras essenciais e da necessidade conseqüente da fundamentação das regras. É a arte de interpretar os monumentos escritos"

(SANTO AGOSTINHO *et al*, 1984). Na hermenêutica é importante "compreender e registrar", suscitando desse processo, a ordenação do pensamento.

A análise dialética "visa um conjunto objetivo que determina o sentido do desenvolvimento histórico (leis dialéticas da história); as leis por sua vez revelam o sentido objetivo de um conjunto histórico, e propõe assim uma espécie de hermenêutica do sentido objetivo da História" (DE BRUYNE; HERMAN; DE SCHOUTHEETE, 1977, p. 67).

Segundo Minayo (2008), "enquanto a hermenêutica penetra no seu tempo e através da compreensão procura atingir o sentido do texto, a crítica dialética se dirige contra seu tempo. Ela enfatiza a diferença, o contraste, o dissenso e a ruptura do sentido. A hermenêutica destaca a mediação, o acordo e a unidade do sentido".

5.6 Aspectos Éticos

O estudo foi adotado em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que define a pesquisa envolvendo seres humanos – como aquela que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais (BRASIL, 2012).

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC/PROPESQ), sendo aprovado com o parecer de número 3.092.808. De acordo com o exigido, a investigação respeitou os princípios básicos da bioética, postulados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), dispondo sobre normas que regulamentam pesquisa envolvendo seres humanos, tais como se apresentam: autonomia, a qual implica consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes. Portanto, a pesquisa envolvendo seres humanos deve sempre tratá-los com dignidade, respeito à sua autonomia, defendê-los diante da vulnerabilidade.

No estudo proposto, a autonomia do sujeito ocorreu por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A) e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Apêndice B), em casos de participantes menores de idade, nos quais continham informações acerca da temática, dos objetivos da pesquisa e sobre os princípios éticos postulados na Resolução (CNS, 2012).

Quanto à garantia do anonimato, foi acordado que em nenhum momento os nomes seriam expostos, assim como foram informados de que poderiam retirar seu consentimento em qualquer momento, caso não quisessem mais continuar participando da pesquisa, sem que isso

lhes trouxesse danos ou constrangimentos de qualquer natureza. Foi lhes garantido também, o acesso aos resultados da pesquisa antes da apresentação à comunidade científica.

O TCLE e o TALE foram elaborados em duas vias, ficando uma com os participantes e outra com a pesquisadora. A assinatura dos termos pelo participante da pesquisa ocorreu após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP, mediante a aceitação dos interessados em participar da pesquisa.

Ainda como princípio da bioética, inclui-se também a beneficência, porquanto a pesquisa deve prevenir riscos, promover benefícios, atuais e potenciais, individuais e coletivos, o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. Outro fator relevante no relacionado aos princípios da bioética é a não maleficência. Este princípio garante que os danos previsíveis sejam evitados. Assim, em nenhum momento, os participantes foram expostos a situações constrangedoras ou a algo com o qual não concordassem ou que não desejassem. Dessa maneira, os sujeitos da pesquisa foram isentos de danos e agravos de qualquer natureza.

Ainda como princípios relevantes, destacam-se, conforme exigido, a justiça e a equidade. Esta pesquisa oferece vantagens significativas para os participantes e minimização de ônus para estes, garantindo igualdade nas considerações dos interesses envolvidos e conservando o sentido da sua destinação sócio - humanitária.

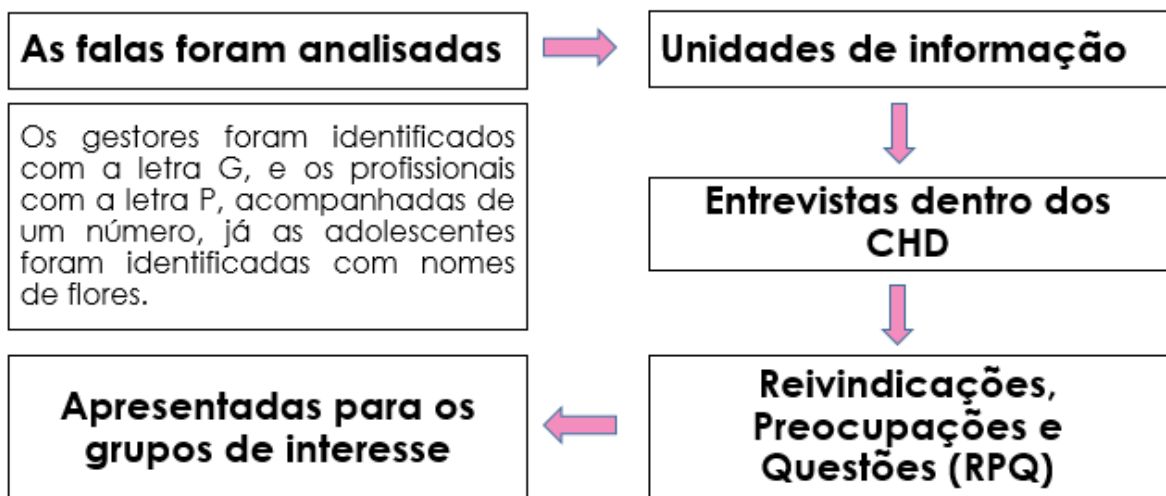
Tais princípios básicos asseguraram os direitos e deveres relacionados ao respeito à comunidade científica, ao participante da pesquisa e ao Estado.

6 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo serão analisados os resultados, de acordo com a categorização das falas. Realizada a transcrição, foram identificadas e extraídas as falas dos participantes que evidenciaram reivindicações, preocupações e questões dos gestores, profissionais e usuárias, e os impactos na vida das usuárias, a partir da realização do pré-natal no serviço do Flor do Mandacaru. Estas falas foram analisadas compondo unidades de informação, como mostra a Figura 8.

A partir destas unidades de informação, as quais emergiram a partir das construções durante as entrevistas dentro dos CHD, foram organizadas as reivindicações, preocupações e questões, e estas posteriormente foram apresentadas para os grupos de interesse para que fossem discutidas e passassem por um processo de elaboração de solução. Para garantir o anonimato, os gestores foram identificados com a letra G, e os profissionais com a letra P, acompanhadas de um número, já as adolescentes foram identificadas com nomes de flores.

Figura 8 – Obtenção dos resultados.



Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

6.1 Reivindicações, Preocupações e Questões (RPQ) dos Gestores do Flor do Mandacaru

As entrevistas obedeceram ao círculo hermenêutico-dialético, formando-se assim, a rede de atores da política e do serviço. Dessa forma, apenas o primeiro respondente (R1) foi escolhido pela pesquisadora, sendo todas as outras participantes selecionadas por indicação subsequente.

A atual gerente do Trevo de Quatro Folhas foi escolhida para ser a primeira pessoa a ser entrevistada do grupo de gestores, por ter sido a primeira com quem o contato foi estabelecido.

A análise hermenêutica-dialética ocorreu durante o processo das entrevistas, dentro dos CHD, pois como postula Guba e Lincoln (2011), isso ocorre porque os temas, conceitos, ideias, valores, preocupações e questões centrais propostos pelo respondente R₁ são analisados pelo investigador com relação à formulação inicial dessa construção, pois tais informações já são analisadas antes de chegar ao próximo respondente, para que novas questões sejam elaboradas.

A escolha da hermenêutica-dialética para referenciar e guiar essa investigação justifica-se pela afinidade das suas construções com a abordagem metodológica, buscando compreender o texto, a fala, o depoimento, como resultado de um processo social e de conhecimento (expresso em linguagem) ambos oriundos de múltiplas determinações, porém com significado específico. O texto de análise aqui apresentado, trata-se da representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete são partes de um mesmo contexto ético-político (MINAYO; DESLANDES, 2008).

Nos Quadros 2, 3 e 4 apresentam-se as questões norteadoras iniciais e as questões desdobradas na sequência de entrevistas dos grupos de gestores e profissionais.

Quadro 2 – Construção do CHD dos Gestores. Fortaleza/CE, 2020.

Questão inicial	Como é realizado o atendimento pré-natal no projeto Flor do Mandacaru?
Questões desdobradas	Existe um vínculo entre a Atenção Primária e o Flor?
	Vocês “devolvem” o pré-natal para a unidade do território da adolescente?
	Existe algum desafio na comunicação entre a APS e o Flor?
	A rotatividade dos profissionais interfere na continuidade do cuidado às adolescentes?
	A violência implica como desafio na continuidade do cuidado?

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Segundo as informações coletadas das entrevistas, é possível observar que há um forte vínculo entre o projeto Flor do Mandacaru e a APS de Sobral, desde encaminhamentos do Flor para as unidades e vice-versa, até marcação de exames laboratoriais e ultrassonografias pela unidade.

Muitos adolescentes vêm encaminhados de lá (APS), principalmente gestante, porque como aqui no Flor a gente não tem laboratório pra coleta de exame, não tem cota pra ultrassom, a gente não tem cota pra exames laboratoriais, então a gente sempre mantém o vínculo com a unidade, eu faço o pré-natal aqui, mas eu preciso de uma

ultrassom, quem marca é a unidade de referência. Por exemplo, eu tenho uma gestante do Padre Palhano, eu ligo pro Padre Palhano e digo: “olha, a gestante ta precisando de uma ultrassom”, ai lá eles marcam, mandam pra cá, e a gente entrega à gestante, ou manda deixar na residência (G1).

É perceptível que as adolescentes gestantes podem chegar ao serviço do Flor do Mandacaru, tanto a partir de encaminhamentos da unidade, como de forma espontânea, não há uma regra específica. Sobre isso, entende-se que há um dinamismo na chegada da gestante no serviço, como pode ser observado nas falas a seguir.

Como o objetivo do Flor é realizar um pré-natal sigiloso, geralmente a adolescente nos procura primeiro, porque não quer que ninguém da unidade de saúde do seu território saiba que ela está grávida. (...) existe intersetorialidade sim, mas essa intersetorialidade acontece do Flor para a unidade de saúde, porque como a unidade de saúde ainda não sabe da gravidez, ela não pode encaminhar. Então o Flor acolhe essa gestante, inicia o pré-natal, ao mesmo tempo em que a psicóloga vai encorajando a adolescente a contar pra família, ai sim, o Flor encaminha a adolescente lá pra unidade de saúde do território dela. Então ela deixa de fazer o pré-natal no flor do mandacaru e passa a fazer o pré-natal na sua unidade de saúde. As vezes ela continua sendo acompanhada pela psicóloga do Flor, quando a unidade não dispõe de uma psicóloga. Então assim, a intersetorialidade ela existe sim, mas enquanto a adolescente não decide contar pra família sobre a gravidez, nós não podemos encaminhar o caso pra unidade de saúde. Porque o projeto garante esse atendimento confidencial, sigiloso. Acontece o contrário também, mas somente quando a adolescente não quer ser acompanhada de jeito nenhum pela unidade do território dela (G3).

Tem o *instagram*, inclusive a adolescente pode marcar a consulta por lá, entrar em contato com a gente. O Flor é o único serviço que permite o atendimento ao adolescente sem a obrigatoriedade de um responsável, a não ser que seja algo mais grave, tipo uma gestação de alto risco, ou quando é HIV +, ai a gente tem que entrar em contato pelo menos com uma pessoa da família responsável, que seja maior de idade (G1).

Como o adolescente é um ser muito polivalente, eu tenho que usar todos os equipamentos potentes da minha rede, assim como a atenção primária, a secretaria de educação, a escola, a secretaria de desporto, os movimentos estudantis, enfim, dessa forma, o Flor sempre precisa sim da Atenção Primária pra que a gente possa proporcionar um cuidado de qualidade à essa gestante. Por exemplo, quando não conseguimos nos comunicar com a adolescente, acionamos o agente comunitário de saúde da área dela, pra que ele possa fazer esse contato (G5).

Com estas falas, nota-se que embora os participantes afirmem que existe a intersetorialidade entre o Flor do Mandacaru e a APS, é perceptível que as ações e comunicação, geralmente ocorrem do Flor para a unidade, raramente o contrário. Isto é, são realizadas atividades para promover a qualidade de vida das adolescentes gestantes, no entanto, a maior parte das atividades não tem se articulado completamente de maneira intersetorial, uma vez que a maioria dessas ações é planejada por um único setor, no caso o Flor do Mandacaru, para serem

aplicadas em outro. Portanto, percebe-se a necessidade de um processo de planejamento horizontal, considerando o que cada setor tem para contribuir.

Tal constatação aproxima-se de uma afirmativa de Comerlato (2007), o qual define uma ação intersetorial como um processo coletivo e organizado, que não pode ser espontâneo. Segundo o autor, trata-se de uma ação deliberada que requer o respeito à diversidade e às particularidades de cada setor ou participante. Envolve principalmente espaços comunicativos, capacidade de negociação e intermediação de conflitos para a resolução ou enfrentamento final do problema principal e para a acumulação de forças na construção de sujeitos e na descoberta de como se deve agir diante da problemática.

É interessante valer-se de uma observação que agrega o conceito de ação intersetorial ao método da avaliação de quarta geração (GUBA; LINCOLN, 2011), principalmente no que se refere à negociação, cujo princípio se faz presente tanto na intersetorialidade, como no aspecto central do tipo de avaliação utilizado nessa pesquisa.

Partindo desse princípio, é evidente pelas falas, o quanto é importante uma boa comunicação entre os profissionais da atenção primária e o Flor da Mandacaru, pois somente a partir desta interlocução, é que o serviço pode acompanhar de forma efetiva a adolescente.

Sob essa ótica, Pinto et al (2012) confirmam esse achado, ao afirmarem que a intersetorialidade atua como uma espécie de percepção ampliada de saúde, exigindo que profissionais de diversas instituições, como campos de ação ou de interesses ligados à saúde, assumam a responsabilidade de atuar como intercessores entre esses variados interesses que compõem a produção da saúde.

Nesse sentido percebemos o quanto o próprio texto da política pública é importante nessa perspectiva, pois em seu conteúdo é onde está descrito e determinado como a ação intersetorial ocorrerá, uma vez que consta no documento oficial da política Trevo de Quatro Folhas, no Artigo 5º, parágrafo único que:

Deverão os profissionais de saúde da família e os demais responsáveis pela assistência e atendimento às gestantes, puérperas e crianças menores de dois anos encaminharem à Equipe Técnica todos os casos de risco clínico e social para elaboração do plano de cuidados (SOBRAL, 2010, p.2).

Como principais desafios no serviço foram apontados pelas gestoras, a grande rotatividade dos profissionais e a violência no município, como vemos na fala a seguir.

Infelizmente a rotatividade dos profissionais ainda é grande, tanto no projeto Flor do Mandacaru, como nas unidades de saúde, isso dificulta né, o vínculo. Ai fica

complicado, porque já é um público que não se sente acolhido, muito difícil eles procurarem o posto ou qualquer outro serviço, e aí começar um pré-natal com um profissional, e depois aparecer outro, enfim, isso não é bacana, dificulta a aproximação e confiança da adolescente (G4).

Diante disso, compreende-se que, no encontro entre o profissional e o paciente, se estabelecem o vínculo e a interação, os quais são inerentes às práticas de cuidado no ato de pensar, de dar sentido e significados para os aspectos de saúde e para as ações e situações. Deixa-se o foco de estar, apenas, na saúde naquele momento e espaço, e valoriza-se a presença do outro (GOULART; CHIARI, 2010).

Denota-se, portanto, que as ações de cuidado à saúde, principalmente para o público adolescente, devem ser abertas, receptivas, sensíveis, permeadas por aspectos comunicacionais e com escuta qualificada, para que o processo de vínculo seja promovido e otimizado, gerando um melhor contato e desenvolvimento de confiança do adolescente para com o profissional (ABREU-D'AGOSTINI et al, 2018).

Sobre a questão da alta rotatividade dos profissionais de saúde, o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) (BRASIL, 2011c), define rotatividade dos trabalhadores como uma espécie de permuta do titular de um posto de trabalho por outro, isto é, uma demissão seguida de uma admissão imediata, seja em um setor ou local de trabalho específico, de forma individualizada, ou em distintos postos, atingindo um número grande de trabalhadores.

A discussão acerca dessa temática indica que elevados índices de rotatividade em um serviço, sugerem necessidade de melhorias. Da mesma forma, o aumento das taxas de rotatividade de pessoal em determinada área ou setor de trabalho, em uma organização, pode resultar em dificuldades de âmbito geral, insatisfação laboral aos profissionais, bem como queda nos indicadores de qualidade dos serviços prestados (MARTINS; MATOS; SALUM, 2019).

No que tange à violência, a maioria das gestoras participantes deste grupo, referiu essa questão como um dos grandes impasses para um acompanhamento pré-natal de qualidade para a adolescente.

A questão das facções hoje vem sendo um desafio pra gente, porque as vezes a adolescente está grávida de algum envolvido, e acaba, querendo ou não, também envolvida naquela situação, aí se muda, aí o território muda, muda unidade, agente de saúde, as vezes fica difícil encontrar essa gestante, a gente não pode fazer visita as vezes, isso acaba se tornando um desafio hoje em Sobral (G2).

Acho que um dos desafios do Flor hoje, é o conflito, a violência nos territórios, porque tem gestante que mora em um lugar, a gente inicia o pré-natal, mas ela acaba não

comparecendo nas próximas consultas, e quando a gente vai atrás, ela se mudou, porque ta grávida de um cara de uma facção de outro território, enfim, ai fica difícil continuar o acompanhamento desse jeito (G3).

Hoje nós temos a questão do território como uma dificuldade, sabe? Principalmente por causa do conflito das facções, por exemplo, a gente as vezes não consegue prosseguir com o pré-natal, porque elas se mudam, mudam de telefone, a gente não consegue mais contato, tem áreas que não são cobertas, ai fica difícil (G5).

Não foi encontrado na literatura, nenhum artigo, tese ou dissertação que corroborasse com esta afirmativa, no que diz respeito especificamente aos conflitos de facções. Portanto é importante ressaltar a relevância do aprofundamento desta problemática, como fator relevante na qualidade de atenção à saúde da adolescente gestante, considerando fenômenos sociais, culturais e territoriais.

Entretanto, um estudo desenvolvido por Ruzany e Meireles (2009), aponta que na maioria das vezes, grande parte da violência perpetrada pelos jovens envolvidos em organizações criminosas, tem como principal causa o controle de territórios, disputa de pontos de venda de drogas e vingança entre os grupos. Os autores constataram que adolescentes e jovens, nesse contexto, participam como agentes e vítimas, os jovens, especialmente moradores da periferia, associam-se ao tráfico ou as quadrilhas como forma de ascensão social rápida e de participação no mercado de consumo, inacessível de outra maneira.

6.2 Reivindicações, Preocupações e Questões dos Profissionais

Embora muitas afirmativas dos profissionais tenham sido semelhantes às das gestoras, as entrevistas revelaram outras questões, que foram se desdobrando durante o processo do círculo hermenêutico-dialético do referido grupo de interesse, como pode ser visto no Quadro 3. A escolha do primeiro respondente desse grupo seguiu o mesmo critério do grupo anterior, assim, a psicóloga da equipe de saúde do Flor do Mandacaru foi a primeira participante entrevistada, por ter sido um dos primeiros contatos durante as visitas prévias.

Quadro 3 – Construção do CHD dos Profissionais. Fortaleza/CE, 2020.

Questão inicial	Como é realizado o atendimento pré-natal no projeto Flor do Mandacaru?
Questões desdobradas	Existe um vínculo entre a Atenção Primária e o Flor?
	Vocês “devolvem” o pré-natal para a unidade do território da adolescente?
	Existe algum desafio na comunicação entre a APS e o Flor?
	A adolescente se sente à vontade para retornar à unidade do território?

	A rotatividade dos profissionais interfere na continuidade do cuidado às adolescentes?
	A violência implica como desafio?
	A falta de estrutura física é um fator que dificulta o cuidado pré-natal?
	O Flor do Mandacaru é divulgado?

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Em unanimidade, os profissionais afirmaram que existe intersectorialidade no pré-natal da adolescente, entre o Flor e a APS, entretanto apontaram alguns desafios nessa interlocução e no próprio serviço do Projeto Flor do Mandacaru, como vê-se a seguir.

Segundo algumas falas, a resistência da adolescente em voltar para a unidade do território tem sido um dos desafios, pois o intuito do projeto não é substituir o serviço da APS, apenas dar um suporte no cuidado a esse público.

Um dos problemas que a gente tem, é que quando a gente manda de volta a gestante pro posto, geralmente ela não quer fazer o pré-natal lá, e pra que ela não fique sem fazer, muitas vezes a gente acaba fazendo o pré-natal todo aqui mesmo, até o final (P3).

O Flor do Mandacaru não é um substituto da Atenção Primária, e o nosso foco não é retirar a gestante do território dela, não, nosso objetivo é apenas dar um suporte pra que ela consiga passar por esse momento de forma mais leve, até conseguir contar para a família (P7).

Ressalta-se a partir deste achado, o quanto o público adolescente ainda tem sido deixado de lado no âmbito saúde, principalmente nas unidades de atenção primária. É muito comum perceber o cuidado organizado em grupos na APS, sendo os mais comuns, crianças, mulheres e idosos, não sendo tão evidente, portanto adolescentes, jovens e população masculina.

Essa situação reflete a mesma encontrada por Costa, Queiroz e Zeitouné (2012), os quais afirmam que ainda existem lacunas nas práticas de cuidados destinadas aos adolescentes, de forma a não atenderem peculiaridades deste intervalo de idade. Não há um atendimento sistematizado e específico para esse público, e sim de acordo com a demanda da unidade, pois existem prioridades a outros grupos populacionais, razão por que a organização de trabalho com esse grupo etário fica a desejar.

Dentro dessa ótica, traz-se aqui a reflexão sobre a necessidade de ampliar o campo de atenção e cuidado, pois dessa forma, será possível incluir o adolescente na agenda do serviço de saúde, favorecendo o aumento da procura e, conseqüentemente, o crescimento da oferta de serviços nas unidades básicas de saúde e respectivas áreas de abrangência.

Em um estudo proposto por Lima et al (2015), são abordadas questões relacionadas com o papel do Estado acerca de ações educativas e promotoras da saúde integral de adolescentes, a partir das realidades evidenciadas, respondendo às necessidades de cada população.

Os autores afirmam que a realidade brasileira, marcada pela insuficiência de recursos básicos, expõe os adolescentes às vulnerabilidades ligadas, principalmente, aos aspectos sociais, de sexualidade, de situação psicoemocional e violência. A gravidez na adolescência aparece, nessa realidade, como um problema de saúde pública, carente de políticas públicas que contemplem o adolescente em sua plenitude, principalmente acerca da complexidade da maternidade nessa fase da vida.

Nesta perspectiva, Schaefer et al (2018) discutem aspectos educacionais da saúde sexual e reprodutiva, questionando o papel do Estado, da família e da sociedade nesse processo. De modo geral, sustentam o papel do Estado como promotor de uma educação em condições de igualdade e equidade, a partir do protagonismo da escola, como instituição socializadora e formadora de valores. Os autores criticam a percepção do direito e dever parental de educação, principalmente no que diz respeito ao tema controverso da educação sexual e reprodutiva, reduzindo a interferência do Estado nas orientações educativas nas escolas, configurando estas como espaço, fundamentalmente, de instrução.

Percebe-se na literatura que no Brasil, a questão da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, ainda está muito ligada à família, sendo o espaço escolar ainda pouco cogitado para o desenvolvimento dessa discussão, por questões culturais. Entretanto é interessante observar, que embora a escola tenha grande importância nesse contexto, sendo inclusive uma espécie de porta de entrada para o cuidado da saúde de adolescentes, a educação não deve ser o único setor a atuar de forma direta nessa temática (**Grifo nosso**).

A saber da rotatividade dos profissionais, a maioria reivindica a necessidade de concursos públicos, sendo que no Trevo de Quatro Folhas, a maioria chega no serviço por indicação, muitas vezes não passando muito tempo na função a que lhe foi atribuída, seja por questões políticas ou mesmo financeiras, pois alguns profissionais conseguem outro emprego, onde são melhor remunerados, como observa-se nas falas a seguir.

A gente não passa exatamente por uma seleção ne, geralmente o profissional chega lá por indicação mesmo, e isso não é bom, porque a pessoa as vezes não passa muito tempo, o Flor atende uma demanda enorme de adolescentes, e a gente acaba criando vínculo com eles, quando muda de profissional, ai começa o processo tudo de novo (P5).

Como o Trevo de Quatro Folhas faz parte da rede de atenção à saúde de Sobral, acredito que os profissionais deveriam entrar por concurso, seria mais justo, e a rotatividade seria bem menor e isso melhoraria muito a questão do vínculo com os adolescentes (P9).

Fortalecendo ainda mais a ideia do vínculo, Pinheiro et al (2018), consideram essa ferramenta, o elemento fundamental para se estabelecer um cuidado integral com a adolescente. Percebeu-se em seu estudo que, além disso, o vínculo facilita a abordagem do profissional, bem como o enfrentamento de situações e/ou dificuldades.

Como citado nas falas, a alta rotatividade ocorre devido a ausência de estabilidade oriunda de concursos, e também pelo fato de o profissional muitas vezes optar por outro emprego. Percebeu-se que isso interfere de forma direta no desenvolvimento dos laços entre profissionais e usuárias, reduzindo assim, a qualidade do atendimento.

Este achado vem ao encontro do que Davis e Newstron (2001) afirmam, quando dizem que a rotatividade de pessoal corresponde à proporção de empregados que deixam a organização. Os autores procuram associar a satisfação no trabalho com rotatividade de pessoal e postulam que maior satisfação está relacionada a taxas mais baixas de rotatividade.

Concordando com esta premissa, Medeiros et al (2010) afirmam que empregados satisfeitos estão menos propensos a pensar em pedir demissão, apresentando maior probabilidade de ficarem mais tempo na organização. No entanto, concluem que empregados menos satisfeitos podem apresentar taxas mais altas de rotatividade, na medida em que sintam falta de realização profissional, recebam pouco reconhecimento no cargo, vivenciem constantes conflitos com a chefia ou colegas ou não tenham atingido patamar desejado nas suas carreiras.

A violência envolvendo facções criminosas também foi algo citado como um dos desafios para a continuidade do cuidado à gestante, até mesmo interferindo na comunicação com a gestante, mesmo incluindo a unidade de saúde do território.

Acho que a violência complica sim a continuidade do pré-natal, porque as vezes a gente quer fazer uma visita e a menina se muda, a gente tenta contato e não consegue, e geralmente elas se mudam por conta dos conflitos de facções nos territórios, graças a Deus de todas que a gente nenhuma ficou sem realizar o pré-natal, mesmo com dificuldade, conseguimos (P8).

Por causa desses conflitos de facções, a gestante muitas vezes muda de endereço, e não nos informa, quando vamos procurar na unidade de saúde, ela já está em outro território, pra conseguir encontrar as vezes é complicado (P6)

A fim de compreender como tais questões sobre os conflitos de facções podem ser um impasse no cuidado à essa gestante, não podemos fugir de um dos principais elementos

constituente dessa problemática, o território. Sobre isso Huguet (2005) afirma que em geral, os rapazes identificam-se muito mais com as facções do que as meninas. A identidade dos jovens de determinadas periferias, mesmo dos não envolvidos, acaba então se definindo pela vinculação à facção local, ainda que seja somente pela localização geográfica. Com isso, muitos jovens chegam a confundir a identidade da comunidade em que vivem com a facção que a domina, como se a facção fosse o próprio espaço, a própria comunidade.

No que tange à falta de estrutura física, esse aspecto foi considerado como uma preocupação também presente nas falas de alguns dos entrevistados.

A intersectorialidade existe de acordo com a necessidade da gestante, como no Flor não tem como realizar exames, nem ultrassonografia, toda essa questão de exames, ultrassom, tudo é feito pelo posto, as vezes a adolescente não quer, mas temos que solicitar pela unidade (P9).

O fato de o Flor não ter cota pra exame, ultrassom, faz sentido, porque se tivesse tudo no Projeto, a gente não precisaria da Atenção Primária, talvez a interlocução fosse menor ainda (P4).

O Flor funciona dentro do Trevo, e o Trevo funcionava em casas alugadas, quando acabava o contrato, a gente tinha que sair, agora pelo menos o Flor tá num prédio próprio da prefeitura, acredito que daqui não sai mais. Mas essas mudanças atrapalhavam um pouco a organização, embora a gente sempre tenha cuidado com a comunicação com a gestante, pra que ela não perca nenhuma consulta, essa falta de estrutura as vezes complicava, hoje já tá melhor (P3).

O tipo de sinergia observado entre as entrevistas conduzidas nos círculos hermenêuticos e os registros, intensifica-se sobremaneira com a observação (GUBA; LINCOLN, 2011). Com isso percebeu-se uma certa “divergência” em algumas falas, principalmente no que diz respeito à chegada da adolescente gestante ao Flor do Mandacaru e também no que se refere à não disponibilidade de exames pelo projeto.

Partindo do pressuposto colocado por dois dos respondentes do grupo de profissionais, onde afirmam que a proposta do Flor do Mandacaru é fortalecer o vínculo com a APS, e não substituir seu trabalho, acerca disso, Ximenes Neto et al (2008) em um estudo realizado em Sobral, afirmam que o município já naquele momento obedecia rigidamente às exigências do PHPN, focando um acompanhamento pré-natal adequado e assistência à gestante e à puérpera, portanto, o município, por meio das unidades integrantes da rede de atenção à saúde, garante a realização dos exames básicos o mais próximo possível do território em que moram estas mulheres.

Vale ressaltar que o plano operacional da PHPN definiu elementos chaves da assistência à gestação e ao parto, em torno dos quais deveria concentrar esforços a fim de

alcançar o objetivo principal de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2005), sendo a garantia dos exames básicos uma destas ações. Dessa forma, percebe-se que tal exigência vem sendo mantida no município, perdurando até os dias atuais.

A saber das questões relacionadas à estrutura física, os profissionais relataram sobre as mudanças de local do serviço, o que de alguma forma acabava resultando no enfraquecimento do vínculo entre a adolescente e o projeto.

A partir dos discursos apresentados sobre essa questão, compreende-se que o elemento mais prejudicado é o acesso ao serviço. Esse aspecto também foi observado no estudo de Ramos e Lima (2003), quando afirmam que acesso e acolhimento são elementos essenciais do atendimento, para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade.

Outrossim, é igualmente relevante ressaltar que embora uma localização fixa tenha grande importância no acesso aos serviços de saúde, este elemento se configura como a possibilidade da efetividade do cuidado de acordo com as necessidades da população, tendo inter-relação com a resolubilidade, dessa forma, extrapolando a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços (ARAÚJO; JESUS, 2012).

Por último, foi apontada como uma questão preocupante, a pouca divulgação do Flor do Mandacaru, como observa-se a seguir em alguns relatos.

Acho que como é um público jovem, os equipamentos, a forma de abordagem devia acontecer de forma mais inovadora sabe, tem o *instagram*, mas o Flor ainda é pouco divulgado, acho que falta isso, mais divulgação e estratégias mais voltadas mesmo para o público adolescente/jovem (P8).

Acho que o Flor é pouco conhecido, pra você ter uma ideia, tem profissional da atenção primária que pensa que o projeto nem existe mais, então acho que a divulgação poderia ser maior, principalmente através das redes sociais (P7).

Eu acredito que a divulgação poderia ser maior, o engajamento com a atenção primária é até bom, mas acho que poderia ser melhor, talvez se houvesse um trabalho maior de divulgar pelo rádio, redes sociais, acho que é isso (P2).

De acordo com alguns profissionais, embora o projeto se utilize do *instagram* como ferramenta na divulgação dos serviços e ações, isso ainda não tem sido suficiente, o que resulta as vezes no desconhecimento dos próprios profissionais da APS sobre o Flor do Mandacaru.

Corroborando com esta ideia, Cavalcante et al (2017) afirmam que a internet tem funcionado como um forte instrumento para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Porém é preciso analisar alguns aspectos na utilização dessa ferramenta como fonte de

informação sobre saúde, os quais são: a qualidade da informação, a maneira como tais informações são apresentadas ao público e a austeridade dos responsáveis pela divulgação.

Concordando com as falas sobre a preocupação de alguns profissionais sobre a necessidade de abordagens mais inovadoras e tecnológicas voltadas para o público adolescente, Ferreira Junior et al (2013) afirma que a adolescência é um período de intensas transformações e nesta fase essas pessoas ficam mais vulneráveis às condições de saúde e doença, sendo importante desenvolver estratégias para promover a saúde destes indivíduos.

Nessa perspectiva, de acordo com Dominsk et al (2013), as tecnologias da informação e comunicação têm se tornado importantes aliadas neste processo, visto que podem fazer com que os conteúdos se tornem mais atrativos. Tal afirmativa se aproxima do estudo de Mano (2008), que afirma que o interesse dos adolescentes por tecnologias, causam automotivações que refletem de forma positiva no aprendizado e escolhas na vida.

6.3 Reivindicações, Preocupações e Questões das Usuárias

As entrevistas com as usuárias foram realizadas de forma independente, não obedecendo ao círculo hermenêutico-dialético. Assim ocorreu, pelo fato de as adolescentes não se conhecerem, pois em agenda de consulta pré-natal, nunca são marcadas duas para o mesmo dia. Dessa forma, não foi possível aplicar o CHD na íntegra neste grupo, embora os desdobramentos das questões seguiram o mesmo padrão das construções desenvolvidas nos outros dois grupos.

Portanto, a busca pelas adolescentes ocorreu a partir da observação dos livros de ocorrências e prontuários, nos quais foram identificadas onze adolescentes que realizaram pré-natal no período de 2015 a 2019, (não foram encontrados registros anteriores ao ano de 2015), das quais foram encontradas apenas oito, pois três não moravam mais no território informado, das oito adolescentes, apenas uma não aceitou participar da pesquisa.

Para encontrar algumas adolescentes, foi necessária a comunicação com as UAPS de alguns territórios, uma vez que só foi possível estabelecer contato com a maioria das usuárias, com o auxílio de alguns gerentes e agentes comunitários de saúde (ACS) das unidades, e de um educador social de uma área descoberta.

Portanto, seguindo o mesmo padrão de entrevista, construída ao longo dos encontros com as participantes, segue o Quadro 4 com a questão inicial e as questões desdobradas durante o processo.

Quadro 4 – Questões das entrevistas com usuárias do Flor do Mandacaru. Fortaleza/CE, 2020.

Questão inicial	Por que você procurou o Flor do Mandacaru?
Questões desdobradas	Como você chegou ao Flor? Foi encaminhada ou foi espontaneamente?
	Como você ficou sabendo do Flor?
	Por que você não quis fazer o pré-natal na sua unidade?
	Você foi encaminhada de volta para a unidade de saúde do seu território?
	O pré-natal no Flor é diferente do posto? Se sim, o que teve de diferente?
	Tem algo que você não gostou no Flor?

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

A maioria das adolescentes (cinco) relatam ter chegado ao Flor do Mandacaru de forma espontânea, enquanto duas afirmam ter sido encaminhadas pela unidade de saúde de seu território.

No que diz respeito a como as usuárias conheceram o Flor do Mandacaru, três tomaram conhecimento na escola, uma porque foi encaminhada pela UAPS, uma através da mãe, que é ACS, uma através do *instagram* e outra por indicação de uma amiga.

Este achado vai de encontro com o que foi relatado por alguns dos profissionais entrevistados, quando falam acerca da pouca divulgação do Projeto, pois apenas uma das adolescentes tomou conhecimento através das redes sociais. No entanto, percebe-se uma boa atuação do Flor do Mandacaru nas escolas, onde segundo as adolescentes, o projeto se faz presente utilizando propostas metodológicas voltadas à saúde sexual e reprodutiva, como observa-se nas falas a seguir.

Foi na escola, vez ou outra as tia iam lá, pra falar sobre gravidez, sexo, doença do sexo, essas coisa, ai quando eu suspeitei, num dia que elas tava lá, eu perguntei como eu fazia pra ir lá, ai deu certo (Rosa).

Eles vão na escola fazer uns jogo lá com a gente, da umas palestra sobre gravidez, sexo, essas coisa (Margarida).

A partir dos discursos apresentados, percebe-se a importância de ações no ambiente escolar, pois dessa forma, o projeto ao mesmo tempo em que atua na promoção da saúde e prevenção de doenças dessa população, torna-se conhecido entre os adolescentes.

Como já mencionado anteriormente, o ambiente escolar, apesar dos tabus ainda sustentados sobre a temática da sexualidade, atualmente tem sido o mais propício para introduzir assuntos sobre saúde sexual e reprodutiva ao público adolescente. No entanto, vale ressaltar novamente, que este ambiente não deve ser o único a acolher esse público,

evidenciando a necessidade do setor saúde, principalmente a APS de criar ambientes agradáveis e acolher essas pessoas, colocando-os também como prioridade no cuidado à saúde.

Sobre isso, Manfré, Queiróz e Matthes (2010) afirmam que o planejamento familiar deveria abranger todos os eixos participativos, agregando adolescentes, pais, educadores e profissionais de saúde e a individualização do adolescente quanto a seus valores, crenças e atitudes determinantes de seu comportamento sexual. Além disso, é necessário procurar estimular a educação formal e o autoconhecimento das adolescentes.

Entretanto, na prática esses objetivos não têm sido alcançados, tendo em vista que nas UAPS, a adolescente ainda não tem espaço para participação ativa no conhecimento e na escolha de contraceptivos.

Quando questionadas sobre o motivo pelo qual não quiseram realizar o pré-natal nas unidades de seus territórios, unanimemente afirmaram ser por questões de sigilo, como mostram os relatos que seguem.

Ah, eu não quis fazer lá porque quase não ia lá mermo, o pessoal já ia querer saber porque eu tava indo pra lá, e minha mãe nem ninguém lá de casa sabia que eu tava grávida, eu num queria contar, ai procurei logo o projeto (Rosa).

Eu procurei o posto, mas não quis ficar lá, porque lá não tinha psicóloga, e eu tava muito mal, eu não queria a neném, ai a enfermeira me mandou pra lá, e foi muito melhor do que eu ter ficado lá no posto, não é a mesma coisa (Violeta).

Eu nem fui em posto não, porque minha mãe é conhecida de todo mundo, ai o pessoal ia logo suspeitar. Por isso fui logo atrás do Trevo, porque uma amiga minha fazia prevenção lá, e ai ela disse que lá atendia mulher grávida, ai deu certo (Gardenia).

Mais uma vez vê-se como essas adolescentes ainda têm medo do julgamento da família e de outras pessoas do seu convívio social, e o quanto não se sentem acolhidas nas unidades de saúde do seu próprio território.

Esse achado se aproxima do que foi encontrado por Queiroz et al (2016), em sua pesquisa. As autoras relatam que durante a consulta individual, as adolescentes foram questionadas sobre o não comparecimento às outras consultas, ou às atividades de grupo da unidade. Dentre os motivos relatados destacava-se a falta de interesse nos assuntos trabalhados e a vergonha da exposição e de partilhar suas dúvidas com alguns profissionais.

Nesse sentido, é importante destacar que vivenciar a adolescência significa, com frequência, passar por fases extremamente difíceis como entrar em conflito com a forma de pensar dos familiares, a formação da identidade do indivíduo e temas como namoro, brincadeiras e escolha profissional adquirem maior relevância. Dessa forma modo, a adolescente encontra-se mais vulnerável em relação à gravidez não planejada, às IST, à

exposição a acidentes em decorrência do comportamento desafiador, além de diferentes formas de violência (VASCONCELOS et al, 2015).

Ao serem indagadas acerca do encaminhamento “de volta” para a unidade de saúde, três afirmaram que sim, concluíram o pré-natal na UAPS do seu território, já as outras quatro permaneceram no Flor do Mandacaru até o final da gestação.

Quando questionadas sobre alguma insatisfação no atendimento pelo Flor do Mandacaru, unanimemente afirmaram ter sido a melhor escolha que fizeram, pois lá se sentiram acolhidas, uma realidade, segundo elas, bem diferente da experiência nas UAPS.

Eu não tenho nada a dizer de ruim do Flor não, Ave Maria! Aquilo ali me salvou (Lírio).

Eu não queria essa gravidez não, fiquei muito mal na época, não tinha apoio da minha mãe, e o Flor me ajudou demais (Violeta).

Mais uma vez evidencia-se o quanto é importante que a APS utilize estratégias que ao invés de afastar o adolescente, chame sua atenção para o serviço. Pois esse público, geralmente sente muita vergonha de expor para um profissional suas questões, dúvidas e aflições sexuais.

Segundo Manfré, Queiróz e Matthes (2010), isso acontece por já ser uma questão cultural. As autoras afirmam que os pais deveriam ser os responsáveis por criar um ambiente propício e acolhedor em seus lares, onde crianças e adolescentes pudessem conversar abertamente sobre questões que estarão diretamente relacionadas ao seu futuro, inclusive a sexualidade, influenciando diretamente em suas escolhas e perspectivas de vida.

Entretanto sabemos que esse tema ainda é considerado um tabu, e dificilmente em casa, os pais se atentam à essa temática com seus filhos, muitas vezes reprimindo-os ao invés de orientá-los.

6.4 Principais repercussões na vida das adolescentes gestantes em relação à experiência do pré-natal realizado no projeto Flor do Mandacaru e na Atenção Primária à Saúde

6.4.1 Caracterização das Participantes

Antes de discutir a temática, será apresentada a caracterização das participantes do grupo de usuárias, a partir da aplicação de um questionário semiestruturado adaptado de Silva (2010), baseado na teoria dos DDSS de Dahlgren e Whitehead (2007). Vale salientar que esse

questionário foi utilizado apenas para o grupo de usuárias, para melhor analisar todo o contexto em que vivem.

Quadro 5 – Caracterização das usuárias segundo Modelo DDSS. Fortaleza/CE, 2020.

Nível I (Coesão social)	Idade	Vive com companheiro	Mora com mãe ou sogra		
	17 anos (4) ²	Não (6)	Mãe (7)		
	16 anos (2) 18 anos (1)	Sim (1)	Sogra (0)		
Nível III (Redes sociais e comunitárias)	Participa de reuniões ou encontros na comunidade				
	Não (7) Sim (0)				
Nível IV (Condições de vida e trabalho)	Quantas pessoas moram na casa?	Sua casa tem abastecimento de água?	Nível de escolaridade	Ficou grávida quantas vezes?	Teve algum aborto?
	5 pessoas (3)	Sim (7)	Ens. Médio incompleto (4)	Uma vez (7)	Não (7)
	4 pessoas (2) 3 pessoas (2)	Não (0)	Ens. Médio completo (2) Ens. Superior incompleto (1)		Sim (0)
Nível V (Macrodeterminantes)	Nasceu em que cidade?	Mora em que cidade?	Bairro	A quanto tempo mora neste endereço	Renda familiar
	Sobral (7)	Sobral (7)	- Caiçara (2) - Vila União (1) - Junco (1) - Dom Expedito (1) Terrenos Novos (1) Jaibas (1)	- 1 a 5 anos (4) - Menos de 1 ano (2) - 10 anos ou mais (1).	- Um a dois salários mínimos (4); - Menos ou igual a um salário mínimo (3)

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

² Os números entre parênteses representam o número absoluto de participantes usuárias.

As participantes desse grupo de interesse têm idades entre 16 e 18 anos, dessas apenas uma vive com o companheiro, todas moram com a mãe, nenhuma delas participa de atividades na comunidade, e vivem com renda familiar menor ou igual a um salário mínimo a dois salários mínimos.

Todas residem em Sobral, duas no bairro Caiçara, e uma em cada um dos outros bairros, os quais são Vila União, Junco, Dom Expedito, Terrenos Novos e uma no distrito de Jaibaras. Nenhuma sofreu aborto, todas até agora só engravidaram uma vez, e quanto ao nível de escolaridade quatro têm ensino médio incompleto, duas concluíram o ensino médio e apenas uma está no nível superior incompleto.

Estes achados corroboram com os resultados encontrados no estudo de Santos et al (2014), onde as participantes da pesquisa tinham entre 13 e 19 anos, a renda familiar variava entre R\$ 700,00 e R\$ 3.000,00, uma gestante vivia com sua família, duas moravam apenas com o marido, uma com o marido e a família dele e as demais com o marido e sua família. No que diz respeito à situação conjugal, cinco gestantes eram solteiras, porém namoravam e três eram casadas. Neste mesmo estudo, cinco das oito gestantes abandonaram a escola e trabalham no serviço da casa, sendo que apenas duas ainda vão à escola e uma trabalha no comércio da cidade.

Esses resultados também foram observados em outros estudos (JESO et al, 2017; PINTO; OLIVEIRA; SOUZA, 2013; MEINCK et al, 2011; CASTILLO, 2015; TABORDA et al, 2014), nos quais foi verificado que as adolescentes cursam em média oito anos no sistema formal de ensino. Além disso, as adolescentes que vivenciam uma gestação, em sua maioria, possuem baixo nível de escolaridade, alto índice de evasão escolar, estão fora do mercado de trabalho, são dependentes economicamente do companheiro ou dos pais e possuem renda familiar baixa.

A saber da localização de moradia deste grupo, a maioria mora em região periférica do município de Sobral. Esta afirmativa concorda com os achados do estudo de Trindade et al (2005), onde a autora constatou que a vida dessas gestantes/mães, tem sido muito marcada pelas condições de desigualdade em que vivem, social-econômica-cultural e de gênero, principalmente por morarem em lugares periféricos, vivendo muitas vezes em situação de vulnerabilidade social. Dessa forma, apesar de seus desejos manifestos, a autora afirma que elas encontram poucas oportunidades objetivas de romperem com o contexto de vida em que estão inseridas.

Trazendo para o contexto das políticas públicas, de acordo com a política de saúde dos adolescentes e jovens (BRASIL, 2006b), que traz a redução das iniquidades sociais como uma das prioridades, as ações e estratégias de promoção da saúde e diminuição das iniquidades

da gestação na adolescência devem ser organizadas em rede de atenção à saúde, intra e intersetorialmente, a partir da análise da situação de um território e pela participação social, respeitando-se as diversidades.

Portanto, com isso compreende-se que as disparidades intraurbanas estão relacionadas à incidência e aos riscos da gestação na adolescência, no entanto tais fenômenos são resultantes de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas, essencialmente coletivos e contextuais e requerem políticas públicas e intervenção em rede intersetorial, tendo em vista a redução das desigualdades (FERREIRA et al, 2012).

6.4.2 Percepção das Usuárias sobre a experiência do pré-natal realizado no projeto Flor do Mandacaru e na Atenção Primária à Saúde

As adolescentes que concluíram o pré-natal na unidade do seu território afirmam que se sentiram mais seguras no Flor do Mandacaru, pois no projeto a equipe dispunha de uma psicóloga.

Segundo as falas, de forma unânime, todas elas afirmaram que o acompanhamento psicológico foi o fator de maior impacto em suas vidas durante o pré-natal.

Ah, com certeza tem diferença, principalmente essa parte psicológica né? Lá no posto não tinha, e no Flor o que fez eu segurar meu bebê, foi as conversa com a psicóloga (Tulipa).

Eu ia abortar, mas aí a psicóloga foi conversando comigo, e aos poucos eu fui aceitando (Girassol).

Eu não tinha nenhum pingão de coragem de contar pra minha mãe, ela ia me matar se eu falasse, demorei um tempinho pra falar, só falei mermo porque a psicóloga conversou muito comigo, e me ajudou a contar (Rosa).

Eu queria abandonar a escola, mas aí a tia começou a conversar comigo, ela foi um anjo, tudinha ajudaram, mas quando eu conversava com ela, eu me sentia mais livre sei lá, ela que me ajudou assim, nessa parte de não desistir, porque foi muito ruim sabe, mas hoje, ave maria, minha filha é minha vida (Violeta).

A respeito das falas apresentadas, verifica-se a necessidade que essas jovens tinham de ser ouvidas, é perceptível o medo, o discurso reprimido e grande satisfação em ter um acompanhamento psicológico.

Sobre isso, Freitas (2017) afirma que o psicólogo neste contexto, trabalha com a subjetividade do sujeito, no caso do Flor do Mandacaru, é feito o acompanhamento individual com a adolescente, dependendo do caso, é feito com a participação da família. Dessa forma, o

psicólogo atua juntamente com uma equipe multiprofissional, para ter um melhor resultado diante dos casos que são apresentados no espaço.

Nessa perspectiva, o acompanhamento psicológico nessa etapa da vida da adolescente, tem imensa importância, pois além de facilitar o empoderamento e a conscientização, ajuda no estabelecimento de vínculos de confiança entre profissional e paciente, a fim de fazê-los se sentirem confortáveis ao tratar de temas delicados como sexualidade, aborto, gravidez, abusos ou utilização de métodos contraceptivos.

Nesse sentido, Nascimento e Andrade (2013) evidenciam a necessidade de ouvir e valorizar os sentimentos e preocupações dos adolescentes. Explicitam ainda que as pressões sociais e os constrangimentos muitas vezes relatados, podem oferecer pistas sobre as dificuldades que os adolescentes enfrentam no momento da busca pelo serviço de saúde.

Um estudo realizado por Henriques, Rocha e Madeira (2010) constatou que o maior obstáculo no atendimento ao adolescente, está relacionado ao seu acompanhamento nas unidades de Saúde da Família, que não é considerado prioridade. O fato é justificado muitas vezes pela não obrigatoriedade de se atender ao adolescente e pela inexistência de programa específico de atendimento a essa população.

Com isso, nota-se que ao mesmo tempo em que se percebe uma nítida interlocução entre o projeto com a rede de APS, a adolescente ainda não se sente completamente à vontade para ser atendida na unidade de seu território, tanto por não se sentirem acolhidos, como pela falta do acompanhamento psicológico, preferindo assim, quase sempre realizar o pré-natal no Flor do Mandacaru.

6.5 Construções conjuntas entre os grupos de interesse para soluções de problemas apontados nos círculos hermenêutico-dialéticos

A última etapa desta pesquisa ocorreu a partir do desenvolvimento de uma roda de conversa, da qual participaram uma representante de cada grupo de interesse, as quais foram: a atual gerente do Trevo de Quatro Folhas, a enfermeira do Flor do Mandacaru e uma adolescente que realizou o pré-natal em 2018.

Essa é a etapa da pesquisa avaliativa onde os grupos de interesse são reunidos para tomarem conhecimento acerca das RPQ apontadas durante as entrevistas, e buscarem conjuntamente soluções para as problemáticas discutidas.

A roda durou cerca de 45 minutos, todo o momento foi gravado, com a permissão das participantes. Nessa etapa foram priorizadas as RPQ não resolvidas.

Segundo Guba e Lincoln (2011), podem haver discordâncias entre respondentes ou entre os grupos de interesse, e dessa forma algumas RPQ permanecem sem solução e dessa forma exigem maior atenção.

As RPQ apontadas nos CHD foram: Alta rotatividade dos profissionais, pouca divulgação do serviço, violência devido os conflitos de facções, falta de acolhimento ao adolescente na APS e estrutura física.

No primeiro momento as RPQ foram apresentadas ao grupo, posteriormente foram discutidas algumas propostas de soluções para cada problemática. A gerente reconheceu que a rotatividade dos profissionais ainda é alta, e relatou que recentemente chegou uma nova enfermeira cujo ingresso se deu por concurso, considerando isso um primeiro passo. Porém tanto a gestora como a enfermeira presentes, concordaram em propor que os profissionais e gestores do Trevo de Quatro Folhas, sejam selecionados por concurso público, para que as mudanças de atendimento não sejam bruscas, fazendo com que a adolescente desanime e perca o vínculo.

Sobre a pouca divulgação do serviço, houve um certo conflito, pois a gestora reconhece que o projeto ainda é pouco conhecido, porém a enfermeira presente associa a pouca divulgação à escassez de recursos humanos no Flor do Mandacaru, como observa-se na fala a seguir.

É, realmente o projeto não é tão conhecido, mas as vezes eu fico pensando: como eu vou divulgar tanto esse serviço, se eu tenho só uma enfermeira, só uma ginecologista e só uma psicóloga? Como a gente vai dar conta de tanta demanda, com uma equipe tão pequena? (P8).

É interessante observar que durante a roda, surgiu mais uma questão. Guba e Lincoln (2011) afirmam que isso pode acontecer, pois segundo os autores, existe uma grande variedade de informações que fazem com que as construções sejam constantes.

A saber da violência como uma das preocupações apontadas nos CHD, durante a roda, ficou explícito como isso é preocupante para todos os grupos.

É, essa questão das facções é bem complicado, porque mexe com território, não é uma coisa que depende da gente, por isso fica mais difícil encontrar uma solução pra isso (P8).

Fica difícil pra gente porque isso é mais uma questão de segurança. Eu sei que interfere no nosso trabalho, mas a única coisa que a gente pode fazer, é tentar entrar em contato com alguém responsável por esse setor, não é uma questão simples, existe todo um contexto por trás (G1).

Sobre a falta de acolhimento à adolescente na APS, as três representantes de cada grupo concordaram, como é possível perceber nos relatos.

Pois é, tem isso, geralmente quando a adolescente começa o pré-natal aqui, e quando a gente avisa que ela vai pra unidade dela, ela não quer ir, quer ficar aqui, acredito eu que seja pelo acolhimento, e pelo atendimento diferenciado que a gente passa pra elas (G1).

É porque a gente não se sente à vontade no posto, geralmente quem vai mais é mulher, grávida, criança e velho, gente assim da minha idade num vai não, e quando vai, pessoal fica olhando pra gente, aí a gente fica com vergonha e não vai mais, por isso que eu quis fazer o pré-natal todim aqui, porque aqui me tratam bem, tem a psicóloga, é totalmente diferente (Rosa).

Pois é, e o nosso intuito é justamente melhorar o vínculo do adolescente com a atenção primária, acho que ta faltando mais contato mesmo com os profissionais de lá, pra que eles tenham essa consciência de saber acolher também o adolescente no posto (P8).

Mediante estes relatos, percebe-se a necessidade de uma melhor comunicação entre o Flor do Mandacaru com a APS do município, para que a população de adolescentes e jovens também seja priorizada, no intuito de fortalecimento dos vínculos entre usuários e serviço.

No que tange à estrutura física, a adolescente afirmou não ter nada a reclamar, no entanto a profissional e a gestora concordaram em dizer que atualmente a estrutura está melhor, principalmente pelo fato de o Trevo de Quatro Folhas estar agora funcionando em um prédio próprio da prefeitura. Nesse sentido, Guba e Lincoln afirmam que algumas RPQ serão muito importantes para alguns grupos, enquanto em outros não serão sequer mencionados.

Acho que a gente não se muda mais, porque agora estamos num prédio próprio da prefeitura. Antes quando era em casas alugadas, a gente tinha que se mudar cada vez que acabava o contrato, mas agora acredito que daqui não saímos mais (G1).

Dito isso, para sintetizar o momento, foi elaborado um quadro, contendo as RPQ apontadas, bem como suas soluções propostas durante a construção conjunta.

Na avaliação de quarta geração, o objetivo

Quadro 6 – RPQ e soluções propostas na roda de conversa. Fortaleza/CE, 2020.

RPQ	Soluções propostas
Alta rotatividade dos profissionais	Sugestão de edital de concurso público
Pouca divulgação do projeto	Melhorar a divulgação nas redes sociais e nas unidades de saúde
Violência devido os conflitos de facções	Entrar em contato com os responsáveis pelo setor segurança pública

Falta de acolhimento ao adolescente na APS	Melhorar a interlocução com os profissionais da APS, para que saibam acolher melhor o público adolescente
Estrutura física	Não foram propostas soluções

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Ao final, foram sintetizadas todas as RPQ e soluções propostas em resumo, e apresentadas às representantes de cada grupo. O consenso foi alcançado com êxito, uma vez que ainda que houvesse conflitos em alguns instantes, a partir do diálogo, foram encontradas soluções em comum para as problemáticas levantadas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, apresentou-se o detalhamento de uma pesquisa de avaliação qualitativa mediante a utilização do referencial teórico-metodológico da Avaliação de Quarta Geração.

Destaca-se como um dos principais fatores que colaboram para o sucesso das ações da Política Trevo de Quatro Folhas, o trabalho desenvolvido com os diversos setores públicos para combater a taxa de mortalidade materno-infantil. Conseguir contar com o apoio de vários setores no suporte às famílias assistidas faz com que os diversos fatores que levam à morte de mães e crianças sejam combatidos por completo. Embora essa capacidade de articulação entre esses vários entes seja evidente, foram levantadas algumas reivindicações, preocupações e questões acerca da intersectorialidade entre o Projeto Flor do Mandacaru e a Atenção Primária à Saúde do município de Sobral.

Constatou-se que apesar de existir uma interlocução entre o Flor do Mandacaru e a APS, a intersectorialidade sempre ocorre a partir das ações do projeto para as unidades e demais setores (educação, esporte, cultura e lazer), e nunca o contrário, o que aponta a necessidade de um planejamento que envolva a melhoria da comunicação entre o projeto e as demandas de cada setor e de cada território.

A alta rotatividade de profissionais e os conflitos entre as facções criminosas, foram apontados pelas gestoras e também pelos profissionais, como principais desafios na qualidade e continuidade do cuidado. Além disso, tanto as permutas recorrentes de profissionais, como as mudanças de residência das adolescentes, devido a questão territorial que envolve a discussão sobre as facções são fatores que interferem diretamente na quebra do vínculo da adolescente com a unidade de saúde e também com o Flor do Mandacaru.

Evidenciou-se também que a pouca divulgação do projeto resulta no desconhecimento do Flor do Mandacaru por profissionais da APS e desinteresse destes em articular ações junto ao projeto, o que por sua vez evidencia a necessidade de melhor comunicação entre estes serviços.

É evidente que um dos objetivos do projeto é melhorar a aproximação do adolescente com a APS do município, porém verificou-se a falta de acolhimento e acompanhamento psicológico a este público na maioria das unidades, implica na resistência da adolescente em realizar o pré-natal em seu território, preferindo então fazê-lo todo no Flor do Mandacaru.

No que tange às repercussões do atendimento pré-natal realizado pelo Flor do Mandacaru na vida das adolescentes, foi revelado que o acompanhamento psicológico emerge como um importante elemento na qualidade de vida e no cuidado a esse público. Junto com esse achado, esse estudo evidencia a necessidade de mais profissionais psicólogos na APS, para que atendam a essa demanda.

No que diz respeito à coleta de dados, o estudo encontrou dificuldades no acesso às adolescentes, seja pela localização do endereço em território de risco, ou por muitas adolescentes e jovens não mais residirem no endereço cadastrado pela instituição de saúde.

Vale salientar que a maioria dos resultados encontrados nesse estudo corroboraram com outras investigações existentes na literatura, com exceção da questão dos conflitos entre facções. Isso dá-se pelo fato de ser uma temática ainda muito recente, não tendo sido incluída até este momento, em pesquisas na área da saúde, relacionadas a questões territoriais, entre outros temas relevantes associados a esse assunto.

É importante perceber nessa investigação, a relevância que toma a intersectorialidade nesse contexto, revelando a necessidade de melhor coesão entre planejamento, território e a própria política pública, visando não somente maior acessibilidade e melhoria na longitudinalidade do cuidado e efetividade na atenção integral ao público em questão, mas também a estreita relação entre o TQF, APS, outros níveis de atenção e outros setores públicos.

Por fim, ressalta-se que com esse estudo, percebeu-se que organizar a atenção integral à saúde do adolescente nos dias atuais ainda é considerado um desafio, tanto para os profissionais de saúde, como para a sociedade devido, principalmente à carência significativa de efetividade na implantação de políticas públicas voltadas para essa população, o que indica a necessidade de ações que agreguem os diversos setores potentes que podem atuar de forma direta na redução de muitos problemas que atingem esse público.

REFERÊNCIAS

- ABREU-D'AGOSTINI, F. C. P. de; LOTTO, A. C.; SIQUEIRA, L. D'E.; RETICENA, K. O.; FRACOLLI, L. A. O cuidado e o vínculo com adolescentes: percepção de enfermeiros visitantes. **Revista de Enfermagem UFPE On-line**, Recife, v. 12, n. 2, p. 3198-3204, dez. 2018.
- AGUILAR, M.J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- ALVES, E. V. G.; CAMPOS, K. F. C.; FONSECA, T. G.; ARAÚJO, A. Estudo dos antecedentes perinatais de mães adolescentes em Buenópolis/Minas Gerais. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 3, n. 4, p. 1300-1309, 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/771/767>. Acesso em: 13 ago. 2018.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jan. 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARRA, S. A. R.; OLIVEIRA, L. M. L. A intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família em Juiz de Fora/MG. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 2, p. 89-95, jul./ago. 2016.
- BARRETO, M. S.; MATHIAS, T. A. F. Cuidado à gestante na atenção básica: relato de atividades em estágio curricular. **Revista Rene**, v. 14, n. 3, p. 639-648, 2013.
- BARROS, I. C. **A importância da Estratégia de Saúde da Família: contexto histórico**. 2014. 34 p. Monografia (Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni, 2014. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4357.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2018.
- BOAS, C. C.; CUNHA, C. F.; CARVALHO, R. Por uma política efetiva de atenção integral à saúde do adolescente em conflito com a lei privado de liberdade. **Revista Med Minas Gerais**, v. 20, n. 2, p. 225-233, 2010.
- BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata**. 13. ed. Brasília, DF: Edições Câmara, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, 32, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 29 Mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **VER-SUS Brasil: Cadernos de Texto**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. 299 p. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf. Acesso em: 04 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Departamento de Informática do SUS/DATASUS. Informações de Saúde. **Estatísticas vitais: nascidos vivos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Rotatividade e flexibilidade no mercado de trabalho**, Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Emprego, 2011c. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/livro/2011/livroRotatividade11.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

CAMPOS, F. C.; TEIXEIRA, P. F. **Promoção de saúde na atenção básica no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/promocao_saude_ab.pdf. Acesso em: 24 out. 2018.

CARMO, M. E. do; GUIZARDI, F. L. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 27, n. 04, p. 1265-1286, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400021>. Acesso em: 28 jan. 2021.

- CASTILLO, L. G. **Alta incidência da gravidez na adolescência – uma proposta de intervenção**. 2015. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, Sete Lagoas, 2016. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/alta_incidencia_gravidez_adolescencia_uma_proposta.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.
- CAVALCANTE, R. B. *et al.* Inclusão digital e uso de tecnologias da informação: a saúde do adolescente em foco. **Perspect. ciênc. inf.**, Belo Horizonte, v. 22, n. 4, p. 3-21, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-99362017000400003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jan. 2020.
- COMERLATTO, D. *et al.* Gestão de políticas públicas e intersectorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Katálisis**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 265-271, Dez. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000200015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jan. 2020.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília, DF: 2009.
- CONTANDRIOPOULOS, A-P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In: HARTZ, Z.M.A. (org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 29-48.
- CORTEZ, D. N.; ZICA, C. M. S.; GONTIJO, L. V.; CORTEZ, A. O. H. Aspectos que influenciam a gravidez na adolescência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 3, n. 2, p. 645-653, 2013. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/341>. Acesso em: 14 ago. 2018.
- COSTA, R. F. da; QUEIROZ, M. V. O.; ZEITOUNE, R. C. G. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 466-472, set. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jan. 2020.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **European strategies for tackling social inequities in health. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up, Part 2**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007.
- DAVIS, K.; NEWSTROM, J. W. **Comportamento humano no trabalho: uma abordagem psicológica**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.
- DE BRUYNE, P.; HERMAN, J.; DE SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais: os pólos da prática metodológica**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S. A., 1977, p. 23-245.
- DENIS, J-L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. *In: HARTZ, Z.M.A. (org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 49-88.

DOMINSKI, D. K. *et al.* Reflexões sobre a tecnologia e adolescentes: mitos e verdades. **Revista de Psicologia**, [s.l.], v. 1, n. 20, p. 22-32, 2013.

FARIAS, I. C. V. de *et al.* Análise da intersectorialidade no Programa Saúde na Escola. **Rev. Brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 261-267, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000200261&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 nov. 2018.

FERNANDES, R. F. M.; MEINCKE, S. M. K.; THUMÉ, E. *et al.* Características do pré-natal de adolescentes em capitais das regiões sul e nordeste do Brasil. **Texto e Contexto Enfermagem**, [s.l.], v. 24, n. 1, p. 80-86, 2015.

FERREIRA JUNIOR, A. R. *et al.* Vivência de adolescentes em atividade de promoção da saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 611-614, ago. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jan. 2020.

FERREIRA, R. A. *et al.* Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 313-323, fev. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000200010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jan. 2020.

FREITAS, B. M. S. Relato de experiência: a importância do Trevo de Quatro Folhas do município de Sobral-CE mediante o papel do psicólogo. **Cadernos de Graduação**, v. 3, n. 5, 2017. Disponível em: http://flucianofejiao.com.br/novo/wp-content/uploads/2018/06/RELATO_DE_EXPERIENCIA_A_IMPORTANCIA_DO_TREVO_DE_QUATRO_FOLHAS_DO_MUNICIPIO_DE_SOBRAL_CE_MEDIANTE_O_PAPEL_DO_PSIKOLOGO.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

FREITAS, M. L. A.; MANDÚ, E. N. T. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 200-205, 2010.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Situação da População Mundial 2013: Maternidade Precoce – Enfrentando o Desafio da Gravidez na Adolescência**. Nova York: UNFPA, 2016.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Situação da População Mundial 2017: Mundos distantes – Saúde e direitos reprodutivos em uma era de desigualdade**. Nova York: UNFPA, 2017. Disponível em: <http://unfpa.org.br/swop2017/swop2017.pdf>. Acesso em 14 ago. 2018.

GOLDENBERG, P.; FIGUEIREDO, M. C. T.; SILVA, R. S. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1077-1086, jul./ago. 2010.

GONÇALVES, A. M. *et al.* Promoção da saúde no cotidiano das equipes de saúde da família: uma prática intersectorial? **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 94-102, 2011.

GOULART, B. N. G. de; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 255-268, jan. 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100031&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jan. 2020.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Effective evaluation**. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1988.

HENRIQUES, B. D.; ROCHA, R. L.; MADEIRA, A. M. F. Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da atenção primária do município de Viçosa, MG. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 3, p. 300-309, 2010. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/357>. Acesso em: 20 jan. 2020.

HUGUET, C. R. **Adolescentes pobres e o tráfico de drogas em favelas do Rio de Janeiro: aproximação sociológica e psicanalítica ao problema**. 2005. Tese (Doutorado em saúde pública) – Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos Fundap**, São Paulo, PUC/SP, n. 22, 2001, p. 102-110.

Disponível em:

http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servico_s_publicos.pdf. Acesso em: 14 out. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades: Ceará > Sobral > síntese das informações**, IBGE, 2016. [on-line]. Disponível em:

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=231290&idtema=16&search=||s%EDntese-das-informa%E7%F5es>. Acesso em: 5 maio 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas de população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2017**, IBGE, 2017. [on-line] Disponível em:

ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2017/estimativa_TCU_2017_20180618.pdf. Acesso em: 11 ago. 2018.

JEZO, R. F. V.; RIBEIRO, I. K. S.; ARAÚJO, A.; RODRIGUES, B. A. Gravidez na adolescência: perfil das gestantes e mães adolescentes em uma unidade básica de saúde.

Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 7, ed. 1387, 2017.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, USP, v. 13, n. 1, p. 25- 36, jan./abr. 2004. Disponível em:

www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/7105/8577. Acesso em: 18 out. 2018.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização, intersectorialidade e rede como estratégias de gestão da cidade. **Revista FEA-PUC-SP**, São Paulo, v. 1, p. 57-72, nov. 1999.

- JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, USP, v. 6, n. 2, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v6n2/05.pdf>. Acesso em: 21 out. 2018.
- LIMA, C. C.; SOUZA, A. C. L.; ROTELLA, C.; SILVA, D. M.; SANTOS, D.; ASSUNÇÃO, DS. *et al.* Políticas de atenção ao adolescente nos trilhos da ciência para uma atenção integral ao adolescente e jovem brasileiro. **Pediatria Moderna**, v. 51, n. 4, p. 127-131, 2015.
- LOPEZ, S. B.; MOREIRA, M. C. N. Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 18, n. 3, p. 743-752, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/20.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2018.
- LOURENÇO, F. P.; QUINTILIANO, M. F.; JUNIOR, O. G. **Projeto Conexão Local – Trevo de Quatro Folhas em Sobral – CE**. São Paulo: FGV, 2009.
- MANFRÉ, C. C.; QUEIRÓZ, S. G. DE; MATTHES, ÂNGELO DO C. S. Considerações atuais sobre gravidez na adolescência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 5, n. 17, p. 48-54, 25 mar. 2010. Disponível em: <https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/205>. Acesso em: 20 jan. 2020.
- MANO, S. M. F. **Ambiente virtual como facilitador do diálogo sobre sexualidade entre adolescentes**: desenvolvimento e avaliação de um multimídia educativo. 2008. 170 f. Tese (Doutorado em Ensino de Biociências e Saúde) – Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=500665&indexSearch=ID>. Acesso em: 20 jan. 2020.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. 7. ed. Editora Atlas: São Paulo, 2010.
- MARTINS, M. S.; MATOS, E.; SALUM, N. C. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade de emergência adulto. **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 28, ed. 20160069, p. 1-11, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100303&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 jan. 2020.
- MEDEIROS, C. R. G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1521-1531, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700064&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jan. 2020.
- MEINCKE, S. M. K. *et al.* Redes sociais de apoio à paternidade na adolescência: um estudo multicêntrico. **Revista de Enfermagem e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 33-38, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.ufpel.edu.br/revistas/index.php/enfermagemesaude/article/view/39/5>. Acesso em: 20 jan. 2020.
- MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. S. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed., São Paulo: Hucitec, 2010.

MORETTI, A. C.; TEIXEIRA, F. F.; SUSS, F. M. B.; LAWDER, J. A. C.; LIMA, L. S. M.; BUENO, R. E. *et al.* Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1827-1834, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700095&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jan. 2021.

NAKA, A. A. R.; SILVA, E. S.; OLIVEIRA, C. M.; MORAES, R. S.; MORAES, D. L.; SILVA, M. A. M. da. *et al.* Projeto Flor do Mandacaru: Fortalecendo as ações da atenção básica voltadas a saúde integral dos adolescentes. **Comunidade de práticas**, Sobral: Comunidade de práticas, 2014.

NASCIMENTO, A. S. de; ANDRADE, A. B. de. A atuação da psicologia na atenção básica frente à gravidez na adolescência. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 5, n. 12, p. 118-142, 2013.

NOGUEIRA, D. L. **Avaliação Responsiva e Construtivista de um Hospital de Ensino do Estado do Ceará**. 2015. 159 f. Dissertação (Mestrado em saúde da família) – Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2015.

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, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 567-578, 2010.

OLIVEIRA, P. R.; RODRIGUES, J. Z.; FERREIRA, J. D.; BATISTA, D. J. R.; LACERDA, C. P. S. S. *et al.* Contato de adolescentes gestantes com a estratégia de saúde da família durante o pré-natal. **Revista Panorâmica On-Line**, [s.l.], v. 18, p. 26–35, 2015. Disponível em: <http://revistas.cua.ufmt.br/index.php/revistapanoramica/article/viewFile/587/246>. Acesso em: 20 ago. 2020.

PATTON, M. Q. **Utilization-focused evaluation: the new century text**. 3. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.

PAUCAR, L. M. O. **Representação da gravidez e aborto na adolescência: estudo de casos em São Luís do Maranhão**. 2013. Tese (Doutorado em saúde coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

PINHEIRO, D. G. M.; COELHO, T. P. B.; SILVA, C. F. A.; SILVA, L. A.; CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A. Content validation of a home visit program for mothers and children. **Cogitare enfermagem**, v. 23, n. 2, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.54055>. Acesso em: 20 jan. 2020.

PINHEIRO, D. Oligarquia irritada: Enquanto espera que o chefe, Ciro, seja o próximo presidente, o clã dos Gomes, de Sobral, ocupa postos no Ceará e em Brasília. **Folha de São**

Paulo, 6. ed. mar. 2007. Disponível em: <http://piaui.folha.uol.com.br/materia/oligarquia-irritada/>. Acesso em: 01 mar. 2018.

PINTO, B. K.; SOARES, D. C.; CEGAGNO, D.; MUNIZ, R. M. Promoção da saúde e Intersetorialidade: um processo em construção. **RemE – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 4, p. 487-493, out./dez. 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/552>. Acesso em: 10 jan. 2020.

PINTO, J. F.; OLIVEIRA, V. J.; SOUZA, M. C. Perfil das adolescentes grávidas no setor saúde do município de Divinópolis - Minas Gerais. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [s.l.], v. 3, n. 1, p. 518-530, 2013. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/289/382>. Acesso em: 14 ago. 2018.

PRESADO, M. H.; CARDOSO, M.; CARMONA, AP. Gravidez na adolescência: projeto de vida ou ausência dele? **Congresso Íbero-Americano de Investigação Qualitativa em Saúde**, [s.l.], v. 2, n. 1, p. 102-105, 2014. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ/article/view/460>. Acesso em 14 ago. 2018.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

QUEIROZ, M. V. O. *et al.* Grupo de gestantes adolescentes: contribuições para o cuidado no pré-natal. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. spe, ed. 2016-0029, p. 1-7, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500418&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jan. 2020.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, fev. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jan. 2020.

RAPOSO, C. A política de atenção integral à saúde do adolescente e jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? **Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 23, p. 117-138, jul. 2009.

RIGOL, J. L.; ESPÍRITO SANTO, L. C. Perfil das gestantes adolescentes atendidas em consulta de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 22, p. 122-140, jul. 2012.

RODRIGUES, L. C. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **Revista Aval**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 1-10, jan./jun. 2018. Disponível em: http://www.mapp.ufc.br/images/revista_aval/edi%C3%A7%C3%B5es/9d/revistaaval.pdf. Acesso em: 02 mar. 2018.

RUZANY, M. H.; MEIRELLES, Z. V. Adolescência, juventude e violência: identificação, abordagem e conduta. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 52-60, 2009. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=22. Acesso em: 20 jan. 2020.

SALES, E. N. B. G. Programa Trevo de Quatro Folhas: Uma ação efetiva para a redução da mortalidade infantil em Sobral – Ceará. **Revista SANARE**, Sobral, v. 11, n. 1, p. 60-65, jan./jun. 2012.

SAMPAIO, J.; SANTOS, G. C.; AGOSTINI, M.; SALVADOR, A. S. Limits and potentialities of the circles of conversation: analysis of an experience with young people in the backcountry of Pernambuco, Brazil. **Interface**, Botucatu, v. 18, Supl. 2, p. 1299-1312, 2014.

SANTOS, N. O. *et al.* A gravidez na adolescência na favela Sururu de Capote em Maceió, Alagoas. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 45-64, dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092014000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 jan. 2020.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. **Saúde Materno-infantil: uso de Serviços de Saúde para Morbidade de 15 dias**. São Paulo, SP: Secretaria Municipal da Saúde, 2011.

SCHAEFER, R. *et al.* Políticas de Saúde de adolescentes e jovens no contexto luso-brasileiro: especificidades e aproximações. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2849-2858, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000902849&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jan. 2020.

SENA, L. A.; CAVALCATI, R. P.; PEREIRA, I. L.; LEITE, S. R. R. Intersetorialidade e ESF: Limites e Possibilidades no Território de uma Unidade Integrada de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [s.l.], v. 16, n. 3, p. 337-342, 2012.

SILVA, E. M.; NAKA, A. A. R.; OLIVEIRA, C. M.; MORAES, R. S.; MORAES, D. L.; SILVA, M. A. M. *et al.* Projeto flor do mandacaru e atenção básica: integrando serviços e ampliando o acesso dos jovens as ações de saúde. **Comunidade de Práticas**, Sobral: Comunidade de práticas, 2013.

SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 5, n. 63, p. 762-769, 2010.

SILVA, S. M. L. S. B. **Condições de vida e trabalho na determinação social da saúde da gestante de alto risco**. 2010. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

SOBRAL. **Lei n. 1041 de 24 de novembro de 2010**. Dispõe sobre a instituição da Estratégia Trevo de Quatro Folhas, Política Pública de Apoio às Gestantes, Mães e Incentivo à Vida no Município de Sobral-CE, e dá outras providências. **Lex**: Paço Municipal Prefeito José Euclides Ferreira Gomes Júnior, Sobral, nov. 2010. Sanção Prefeital.

SOUSA, F. J. S. **Fatores associados à prematuridade no município de Sobral – Ceará**. 2016. 97 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2016.

SOUSA, F. J. S.; SUCUPIRA, A. C. S. L.; AGUIAR, I. S. M.; MESQUITA, V, A, L.;

SOUSA, M. C.; ESPERIDIÃO, M. A.; MEDINA, M. G. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva (online)**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1781-1790, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.24262016>. Acesso em: 20 jan. 2020.

TABORDA, J. A. *et al.* Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cadernos de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 16-24, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000100016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jan. 2020.

TRINDADE, R. F. C. **Entre o sonho e a realidade**: a maternidade na adolescência sob a ótica de um grupo de mulheres da periferia da cidade de Maceió – Alagoas. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-21092005-083833/publico/TRINDADE_RFC.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

VIEIRA, A. P. R.; LAUDADE, L. G. R.; MONTEIRO, J. C. S.; NAKANO, M. A. S. Maternidade na adolescência e apoio familiar: implicações no cuidado materno à criança e autocuidado no puerpério. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], v. 12, n. 4, p. 679-687, out./dez. 2013.

WIMMER, G. F.; FIGUEIREDO, G. O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersectorialidade. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 145-154, mar. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 nov. 2018.

XIMENES NETO, F. R. G. *et al.* Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 595-602, out. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000500011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jan. 2020.

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO BASEADO NO MODELO
DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE (ADOLESCENTES)**

Número _____

I) Variáveis do I nível, relacionadas à coesão social

1. Qual a data do seu nascimento: ___/___/___ Idade: _____

2. Atualmente, você vive com um companheiro (Situação marital)?

(1) Sim

(2) Não

Se Sim, há quanto tempo?

(1) Menos de um ano

(2) De 1 a menos de 5anos

(3) De 5 a menos de 10anos

Se Não:

(1) Solteira (2) Separada/ divorciada (3) Viúva

3. A sua mãe ou sogra vivem junto ou próximo?

(1) Sim

(2) Não

II) Variáveis do III nível, relacionadas às redes sociais e comunitárias

4. Você participa de reuniões ou encontros de:

(1) Associação de moradores

(2) Conselho de saúde

(3) Grupo no Centro de Saúde da Família

(4) Representantes de classes trabalhadoras (Associações ou sindicatos)

(5) Reuniões religiosas

(6) Outro

(5) Não participa

III) Variáveis do IV nível, relacionadas às condições de vida e trabalho

5. Em relação à moradia:

5.1 Quantas pessoas moram na casa? _____

5.2 Quantos cômodos tem a casa? _____

5.3 Sua casa tem abastecimento de água?

(1) Sim

(2) Não

5.4 Sua casa tem banheiro?

(1) Sim

(2) Não

Se Sim, o banheiro é:

() Interno () Externo

5.5 O esgoto do banheiro vai para:

(1) Fossa no quintal

(2) Corre a céu aberto

(3) Vai para fora do terreiro

(4) Está ligado à rede pública de esgoto

5.6 Do que você sente falta na sua casa?

6. Você é alfabetizada?

(1) Sim

(2) Não

Se Sim, até que nível (grau de escolaridade) você estudou:

(1) Fundamental incompleto (2) Fundamental completo

(3) Médio incompleto (4) Médio completo

(5) Superior incompleto (6) Superior completo

(7) Não informado

Em relação à vida reprodutiva:

7. Ficou grávida quantas vezes? _____

7.1 Teve algum aborto?

(1) Sim (2) Não

Se Sim, de que tipo?

(1) Espontâneo

(2) Provocado

8. Você fez pré-natal?

(1) Sim (2) Não

Se Sim, quantas consultas fez? _____

8.1 Você acha importante realizar o pré-natal?

(1) Sim (2) Não

Se Sim, por quê?

IV) Variáveis do V nível, relacionadas aos macrodeterminantes

9. Você nasceu em que cidade: _____

9.1 Você mora em que cidade: _____ Bairro: _____

9.2 Mora há quanto tempo neste endereço:

- (1) Menos de um ano
- (2) De 1 ano a menos de 5anos
- (3) De 5 a menos de 10 anos
- (4) 10 anos ou mais 41.

10. Somando os salários e ou renda das pessoas que trabalham na família, chega a:

- (1) Menos ou igual a um salário mínimo
- (2) De um a dois salários mínimos
- (3) De dois a cinco salários mínimos
- (4) Mais de cinco salários mínimos

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(GESTORES E PROFISSIONAIS)**

Caro(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado por mim, Tamara Braga Sales, para participar da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL DE ADOLESCENTES GESTANTES NO PROJETO FLOR DO MANDACARU EM SOBRAL – CE”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Os participantes serão até 5 gestores da política “Trevo de Quatro Folhas”, que trabalham atualmente (há pelo menos 6 meses) e que já atuaram na gestão nos últimos 5 anos, até 10 profissionais que trabalham diretamente no espaço Flor do Mandacaru (há pelo menos 6 meses), e/ou que já atuaram no serviço nos últimos 5 anos, e 30 adolescentes usuárias do serviço que atualmente fazem o pré-natal, ou que já passaram pelo projeto. Esta pesquisa tem como objetivo geral: Avaliar na perspectiva construtivista, a intersetorialidade do pré-natal de adolescentes gestantes entre o Projeto Flor do Mandacaru e a atenção primária à saúde do Município de Sobral – CE; e como objetivos específicos: Analisar as principais mudanças ocorridas na vida das adolescentes gestantes em relação à experiência do pré-natal realizado no projeto Flor do Mandacaru e na Atenção Primária à Saúde; Identificar reivindicações, preocupações e questões dos gestores, profissionais e usuárias sobre a intersetorialidade do pré-natal de adolescentes gestantes, entre o Projeto Flor do Mandacaru e a atenção primária à saúde; e produzir consensos e negociações entre os grupos de interesse envolvidos para a solução de questões levantadas a partir do círculo hermenêutico-dialético.

Os benefícios deste estudo visam contribuir para a identificação de potencialidades e dificuldades do serviço de atenção pré-natal de adolescentes gestantes do projeto Flor do Mandacaru a partir da parceria deste projeto com a Atenção Primária à Saúde, tendo em vista que os resultados poderão nortear novos caminhos e novas práticas para a melhoria da assistência materno-infantil no Município de Sobral – CE. Quanto aos riscos, estes serão mínimos, sendo associados apenas a possíveis desconfortos que o participante poderá apresentar ao responder às perguntas da entrevista. Comprometo-me a utilizar as informações coletadas somente para esta pesquisa. Ressalto que você não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa, que a qualquer momento poderá recusar a continuar participando da

mesma e que também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Garanto que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. Saliento ainda que a qualquer momento você poderá ter acesso a informações referentes à pesquisa, pelos telefones/endereço dos pesquisadores. Este documento contém duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante.

Endereço d(os, as) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: TAMARA BRAGA SALES

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)

Endereço: RUA LICURGO MONTENEGRO, Nº 25, FORTALEZA/CE

Telefones para contato: (88) 9 9837-7637

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, Fortaleza/CE, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____,
 _____anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Sobral, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
----------------------------------	------	------------

Nome do pesquisador principal	Data	Assinatura
-------------------------------	------	------------

Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura
--	------	------------

**APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(ADOLESCENTES)**

Você está sendo convidada como participante da pesquisa: **“AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL DE ADOLESCENTES GESTANTES NO PROJETO FLOR DO MANDACARU EM SOBRAL – CE”** da pesquisadora TAMARA BRAGA SALES. Nesse estudo pretendemos: Avaliar a comunicação intersetorial do pré-natal de adolescentes entre o Projeto Flor do Mandacaru e a atenção primária à saúde do Município de Sobral – CE; Analisar as principais mudanças ocorridas na vida das adolescentes em relação à experiência do pré-natal realizado no projeto Flor do Mandacaru e na Atenção Primária à Saúde; Identificar reivindicações, preocupações e questões dos gestores, profissionais e usuárias sobre o pré-natal de adolescentes gestantes, realizado no Projeto Flor do Mandacaru junto à atenção primária à saúde; e produzir consensos e negociações entre os grupos de interesse envolvidos (adolescentes, gestores e profissionais) para a solução de questões levantadas a partir das entrevistas realizadas.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é que considerando as vantagens e/ou benefícios que o Trevo de Quatro Folhas pode trazer para a sociedade, parte a necessidade de uma pesquisa que busca compreender a realidade dessa política pública local, especialmente o projeto Flor do Mandacaru, para identificar as potencialidades, dificuldades e reivindicações encontradas no que diz respeito ao pré-natal de adolescentes, a partir da comunicação entre o projeto Flor do Mandacaru e a Atenção Primária à Saúde de Sobral, e assim apresentar um estudo baseado no compartilhamento de experiências, vivências, na visão dos gestores, trabalhadores e usuárias do serviço.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): um questionário com 10 questões objetivas e abertas, entrevista aberta e observação, tendo por objetivo apreender a dinâmica do serviço, a forma com que as adolescentes interagem e os sentidos que constroem sobre o pré-natal, a partir da parceria entre projeto Flor do Mandacaru e a Atenção Primária à Saúde do município de Sobral.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se.

O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta riscos mínimos, sendo associados apenas a possíveis desconfortos que a participante poderá apresentar ao responder às perguntas da entrevista, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____,
portadora do documento de Identidade _____ (se já
tiver documento), fui informada dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar, se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Sobral, ____ de _____ de 20 ____ .

Nome do participante da pesquisa

Data

Assinatura

Nome do responsável pela adolescente

Data

Assinatura

Nome do pesquisador principal	Data	Assinatura
-------------------------------	------	------------

Endereço d(os, as) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: TAMARA BRAGA SALES

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)

Endereço: RUA LICURGO MONTENEGRO, Nº 25, FORTALEZA/CE

Telefones para contato: (88) 9 9837-7637

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ - Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, Fortaleza/CE, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

**APÊNDICE D – PERGUNTA INICIAL DO CÍRCULO HERMENÊUTICO-
DIALÉTICO (GESTORES E PROFISSIONAIS)**

1. Como é realizado o atendimento pré-natal no projeto Flor do Mandacaru?

**APÊNDICE E – PERGUNTA INICIAL DO CÍRCULO HERMENÊUTICO-
DIALÉTICO (ADOLESCENTES)**

1. Porque você procurou o projeto Flor do Mandacaru?

ANEXO A – LEI QUE INSTITUI O TREVO DE QUATRO FOLHAS COMO POLÍTICA



ESTADO DO CEARÁ
MUNICÍPIO DE SOBRAL

LEI N° 1041 DE 24 DE NOVEMBRO DE 2010

Dispõe sobre a instituição da Estratégia Trevo de Quatro Folhas, Política Pública de Apoio às Gestantes, Mães e Incentivo à Vida no Município de Sobral-CE, e dá outras providências.

A **CÂMARA MUNICIPAL DE SOBRAL** aprovou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - Fica instituída no Município de Sobral-CE a Estratégia Trevo de Quatro Folhas como uma Política Pública de Saúde de Apoio às Gestantes, Mães e Incentivo à Vida.

Art. 2º - Consiste a referida Estratégia em um conjunto de ações que visam a melhoria da atenção materno-infantil para a redução da morbimortalidade materna, perinatal e infantil no Município de Sobral-CE.

§ 1º - O objetivo da referida Política Pública é o desenvolvimento de ações do poder público local em parceria com a rede de atenção materno-infantil do Município e a sociedade civil para reorganizar a atenção materno-infantil e garantir apoio social às gestantes, puérperas e crianças menores de dois anos, em situação de risco clínico e social.

§ 2º - Para fins desta Lei, entende-se por risco clínico a ocorrência de complicações por doenças pré-existentes e de patologias ou intercorrências na gravidez, no parto, no puerpério, período neonatal e no desenvolvimento da criança até dois anos de vida, e por risco social a ausência ou insuficiência de suporte familiar, a falta ou insuficiência de renda familiar e a incapacidade da gestante/mãe para o auto-cuidado ou no cuidado com a criança.

Art. 3º - O Município de Sobral, através da sua Secretaria de Saúde e Ação Social, garantirá as condições de infraestrutura e de recursos humanos necessárias à manutenção da referida Política Pública, podendo firmar parcerias e convênios com entidades governamentais e não-governamentais, visando a obtenção de recursos financeiros.

Parágrafo Único - Os recursos financeiros necessários a manutenção da infraestrutura e pessoal serão provenientes do Fundo Municipal de Saúde.

↑


Sobral,
24 de Novembro de 2010.
Princ. Ubert



ESTADO DO CEARÁ
MUNICÍPIO DE SOBRAL

Art. 4º - Fica instituída Equipe Técnica responsável pela execução da Estratégia Trevo de Quatro Folhas integrada ao organograma da Secretaria da Saúde e Ação Social do Município de Sobral, e subordinada à Coordenação da Atenção Básica.

§ 1º - A Equipe Técnica a que se refere o caput deste artigo será composta por 01(um) Coordenador com nível superior, 04(quatro) Enfermeiras, 01(um) Assistente Social e 01(um) Psicólogo.

§ 2º - São atribuições da Equipe Técnica a realização do monitoramento, avaliação e articulação dos três níveis da atenção materno-infantil.

§ 3º - A Equipe Técnica será auxiliada por Mães Sociais, e a equipe de apoio formada por Técnicos de Enfermagem, Agentes Administrativos, Auxiliares de Serviços Gerais e Vigilantes.


§ 4º - São denominadas de Mães Sociais as cuidadoras identificadas pelas Equipes de Saúde da Família nas comunidades selecionadas e treinadas pela Equipe Técnica responsável pelo desenvolvimento das ações da referida Lei, para atuarem no acompanhamento de gestantes, puérperas e nutrizas, que não contam com o apoio familiar. As Mães Sociais atuam como diaristas segundo a necessidade avaliada pela Equipe Técnica.

Art. 5º - Deverão os profissionais de saúde da família e os demais responsáveis pela assistência e atendimento às gestantes, puérperas e crianças menores de dois anos encaminharem à Equipe Técnica todos os casos de risco clínico e social para elaboração de plano de cuidados.

Art. 6º - O Poder Executivo regulamentará a presente Lei no prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 7º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PAÇO MUNICIPAL PREFEITO JOSÉ EUCLIDES FERREIRA
GOMES JÚNIOR, em 24 de novembro de 2010.


JOSÉ LEONIDAS DE MENEZES CRISTINO
Prefeito Municipal


Município de Sobral
Ceará


Município de Sobral
Ceará



ESTADO DO CEARÁ
MUNICÍPIO DE SOBRAL

SANÇÃO PREFEITURAL Nº 913/10
Ref. Projeto de Lei nº 1305/10

Empos análise ao Projeto de Lei em epígrafe, o qual
"Dispõe sobre a Instituição da Estratégia Trevo de Quatro
Folhas, Política Pública de Apoio às Gestantes, Mães e
Incentivo à Vida no Município de Sobral-CE, e dá outras
providências." aprovado pela Augusta Câmara Municipal de
Sobral, pronunciamo-nos por sua **SANÇÃO EXPLÍCITA e
IRRESTRITA.**"

Publique-se.

PAÇO MUNICIPAL PREFEITO JOSÉ EUCLIDES
FERREIRA GOMES JÚNIOR, em 24 de novembro de 2010,

JOSÉ LEÔNIDAS DE MENEZES CRISTINO
Prefeito Municipal

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL DE ADOLESCENTES NO PROJETO FLOR DO MANDACARU EM SOBRAL-CEARÁ

Pesquisador: Tamara Braga Sales

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03589318.8.0000.5054

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas (MAPP)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.092.608

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa que será realizada no Centro de Apoio ao adolescente Fior do Mandacaru, serviço este que funciona como um dos eixos da política municipal Trevo de Quatro Folhas em Sobral – CE. Os participantes do estudo serão até 5 gestores da política "Trevo de Quatro Folhas", que trabalham atualmente e que já atuaram na gestão nos últimos 5 anos, até 10 profissionais que trabalham diretamente no espaço Fior do Mandacaru, bem como aqueles que já atuaram no serviço nos últimos 5 anos, e 30 adolescentes usuarias do serviço que atualmente fazem o pré-natal, ou que já passaram pelo projeto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar na perspectiva construtivista, a Intersetorialidade do pré-natal de adolescentes gestantes entre o Projeto Fior do Mandacaru e a atenção primária a saúde do Município de Sobral – CE.

Objetivo Secundário:

- Analisar as principais mudanças ocorridas na vida das adolescentes gestantes em relação a experiência do pré-natal realizado no projeto Fior do Mandacaru e na Atenção Primária a Saúde;
- Identificar reivindicações, preocupações e questões dos gestores, profissionais e usuarias sobre a Intersetorialidade do pré-natal de adolescentes gestantes, entre o Projeto Fior do Mandacaru e a

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000 Bairro: Rodolfo Teófilo UF: CE Município: FORTALEZA CEP: 80.430-275 Telefone: (85)3388-8344 E-mail: comape@ufc.br
--

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.092.008

atenção primária a saúde:

- Produzir construções conjuntas entre os grupos de interesse envolvidos para a solução de questões levantadas a partir do círculo hermenêutico-dialético.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Quanto aos riscos, estes serão mínimos, sendo associados apenas a possíveis desconfortos que o(a) participante poderá apresentar ao responder as perguntas da entrevista.

Benefícios:

Os benefícios deste estudo visam contribuir para a identificação de potencialidades e dificuldades do serviço de atenção pré-natal de adolescentes gestantes do projeto Flor do Mandacaru a partir da parceria deste projeto com a Atenção Primária a Saúde, tendo em vista que os resultados poderão nortear novos caminhos e novas práticas para a melhoria da assistência materno-infantil no Município de Sobral – CE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto relevante que poderá contribuir para a avaliação da efetividade do serviço intersetorial do pré-natal de adolescentes gestantes entre o Projeto Flor do Mandacaru e a atenção primária à saúde de Sobral – CE, e como tal serviço tem sido desenvolvido, a quem tem beneficiado e que melhorias tem proporcionado à saúde materno-infantil do município.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1254679.pdf	11/12/2018 16:55:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETO_DETALHADO_11_12_18.docx	11/12/2018 16:55:02	Tamara Braga Sales	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3266-8344 CEP: 60.430-275
E-mail: comape@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.060.000

Investigador	PROJETO_DETALHADO_11_12_18.docx	11/12/2018 16:55:02	Tamara Braga Sales	Acerto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_ADOLESCENTES_GESTANTES.docx	11/12/2018 16:54:21	Tamara Braga Sales	Acerto
Outros	Carta_apreciacao.pdf	27/11/2018 23:38:48	Tamara Braga Sales	Acerto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFISSIONAIS_GESTORES.docx	27/11/2018 23:38:05	Tamara Braga Sales	Acerto
Orçamento	orcamento.pdf	27/11/2018 23:33:40	Tamara Braga Sales	Acerto
Declaração de Pesquisadores	concordancia.pdf	27/11/2018 23:33:27	Tamara Braga Sales	Acerto
Cronograma	Cronograma.pdf	27/11/2018 23:33:09	Tamara Braga Sales	Acerto
Outros	QUESTIONARIO_SEMIESTRUTURADO.docx	26/11/2018 17:11:22	Tamara Braga Sales	Acerto
Outros	INSTRUMENTO_ENTREVISTA_ADOLESCENTES_GESTANTES.docx	26/11/2018 17:10:16	Tamara Braga Sales	Acerto
Outros	INSTRUMENTO_ENTREVISTA_GESTORES_PROFISSIONAIS.docx	26/11/2018 17:09:38	Tamara Braga Sales	Acerto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_instituicao.pdf	21/11/2018 23:00:15	Tamara Braga Sales	Acerto
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	21/11/2018 22:59:22	Tamara Braga Sales	Acerto

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

FORTALEZA, 18 de Dezembro de 2018

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 80.430-275
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3368-8344 E-mail: conep@ufc.br