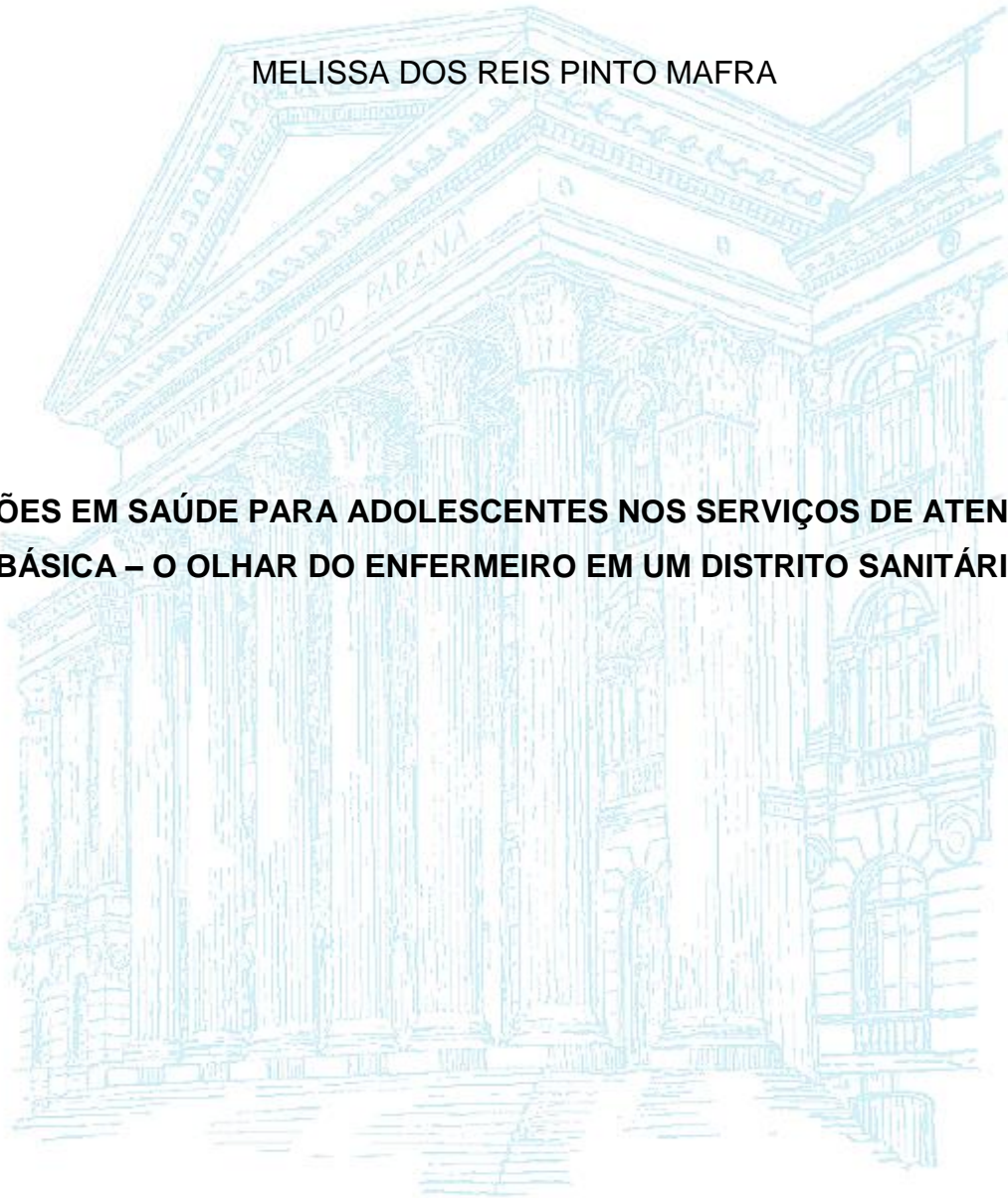


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MELISSA DOS REIS PINTO MAFRA

**AÇÕES EM SAÚDE PARA ADOLESCENTES NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO  
BÁSICA – O OLHAR DO ENFERMEIRO EM UM DISTRITO SANITÁRIO**



CURITIBA

2014

MELISSA DOS REIS PINTO MAFRA



**AÇÕES EM SAÚDE PARA ADOLESCENTES NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO  
BÁSICA – O OLHAR DO ENFERMEIRO EM UM DISTRITO SANITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Enfermagem, do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Marta Nolasco Chaves

CURITIBA

2014

Mafra, Melissa dos Reis Pinto

Ações em saúde para adolescentes nos serviços de atenção básica - o olhar do enfermeiro em um distrito sanitário / Melissa dos Reis Pinto Mafra – Curitiba, 2014.  
104 f. ; 30 cm.

Orientadora: Professora Dra. Maria Marta Nolasco Chaves  
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. 2014.

Inclui bibliografia

1. Adolescente. 2. Vulnerabilidade em saúde. 3. Enfermagem. 4. Atenção primária em saúde. I. Chaves, Maria Marta Nolasco. II. Universidade Federal do Paraná.  
III. Título.

CDD 610.734

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

**MELISSA DOS REIS PINTO MAFRA**

### **AÇÕES EM SAÚDE PARA ADOLESCENTES NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA – O OLHAR DO ENFERMEIRO EM UM DISTRITO SANITÁRIO**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, Linha de Pesquisa Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientador(a): \_\_\_\_\_

Profa. Dra. .Maria Marta Nolasco Chaves  
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. .Emiko Yoshikawa Egry  
Membro Titular: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Liliana Muller Larocca  
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR

Curitiba, 01 de dezembro de 2014.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, pela força e por iluminar meu caminho durante esta trajetória.

À minha família, pelo apoio e pela compreensão nos momentos de ausência.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Marta Nolasco Chaves pela paciência, atenção e aprendizado proporcionado desde a graduação.

À Enfermeira Patricia Regina Crozeta, minha ex-coordenadora, pelo incentivo desde o processo seletivo.

Ao meu namorado, Luiz Marcelo, pelo apoio em parte desta caminhada.

Aos colegas do mestrado pela convivência e trocas de experiência.

À UFPR e professores, pelo conhecimento transmitido.

Aos colegas de trabalho da Unidade Municipal de Saúde Higienópolis pela compreensão nos momentos de ausência do serviço.

As enfermeiras que aceitaram participar desta pesquisa.

*Não sei como o mundo me vê, mas eu me sinto como um garoto brincando na praia, contente em achar aqui e ali, uma pedra mais lisa ou uma concha mais bonita, mas tendo sempre diante de mim, ainda por descobrir, o grande oceano de verdades.*

Isaac Newton

## RESUMO

MAFRA, MRP. **Ações em saúde para adolescentes nos serviços de atenção básica – o olhar do enfermeiro em um distrito sanitário.** 104f (Dissertação). Mestrado em enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2014. Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Marta Nolasco Chaves.

Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo, fundamentada na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC que objetivou identificar as ações realizadas nos serviços de atenção básica de um Distrito Sanitário do município de Curitiba para atender os adolescentes em situação de vulnerabilidade. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com dezesseis enfermeiras que atuam na rede de serviços da atenção básica do Distrito Sanitário. Os discursos foram analisados segundo a análise de conteúdo, com apoio do *software webQDA*. Na análise emergiram quatro categorias e dezesseis subcategorias. Dentre elas se destacam as ações desenvolvidas junto aos adolescentes, por meio de ações educativas junto nas escolas; as consultas realizadas na unidade de saúde por procura espontânea, devido a gravidez e uso de drogas pelos adolescentes. As participantes apontaram que as ações de saúde deveriam ser realizadas para o empoderamento deste segmento populacional nas comunidades, tornando-os protagonistas nas ações de saúde a serem realizadas, nas quais os profissionais da saúde seriam os facilitadores. Para que as ações sejam desenvolvidas foi destacada a importância do apoio da gestão e da parceria com os demais serviços públicos presentes no território. Dentre as subcategorias que emergiram destacou-se as questões de gênero que foram identificadas como processo determinante dos agravos. Para o desempenho das ações de intervenção em saúde junto aos adolescentes foi sugerido a realização de capacitação dos profissionais de saúde e dos demais setores públicos que atuam junto aos adolescentes, assim como a implantação de ações intersetoriais com apoio institucional. Como considerações finais registra-se que o objetivo delimitado foi alcançado e, conseqüentemente, a finalidade de contribuir para a elaboração de ações do serviço local de saúde para atender aos adolescentes que vivem em situação de vulnerabilidade nos territórios pesquisados. Por fim, se propõem a realização de novos estudos no sentido de ampliar a discussão sobre as questões de gênero relacionadas aos processos de determinação da vulnerabilidade dos adolescentes.

Palavras-chave: Adolescente. Vulnerabilidade em saúde. Enfermagem. Atenção primária em saúde.

## ABSTRACT

MAFRA, MRP. **Health actions for adolescents in primary care services - the look of the nurse in a health district.**104f. Dissertation [Nursing Master's degree] – Federal University of Paraná, Curitiba, 2014. Advisor: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Marta Nolasco Chaves.

This is a survey of qualitative character, based on the Theory of Praxic Intervention in Nursing in General Health which aimed at identifying actions taken in basic health services provided in a Sanitary District in the city of Curitiba destined to vulnerable adolescents. Data was collected via semi-structured interviews with sixteen nurses. Their responses were analyzed according to content analysis using the *webQDA* application. Four categories and sixteen sub-categories were identified as a result of the analysis. Amongst them the actions with adolescents were highlighted, which consisted of educational actions taken at schools, the medical consultations at the health unit and sought spontaneously due to pregnancy and drug use by the adolescents. The participating nurses pointed out that the actions concerning health should be taken aiming at the empowerment of this population segment in the communities, providing them with a role of protagonists in the health actions to be taken, in which health professionals would be the facilitators. In order that actions are developed, the importance was emphasized of both the support from management and the establishment of partnerships with the other public services present in that area. Among the emerging sub-categories, the stand-out was the gender issues that were identified as a determining process of grievances. In order that the health intervention actions are taken with adolescents, it was suggested that training is conducted for health professionals and other people from the public sectors that work with adolescents, as well as the implementation of cross-sector actions with institutional support. The final considerations state that the proposed goal was achieved and, consequently, the aim of contributing to the elaboration of local health services for vulnerable adolescents in the area surveyed. Finally, new studies are suggested to be conducted in order to enhance the discussion on gender issues related to the processes of determining the adolescents' vulnerability.

Keywords: Adolescent. Vulnerability in health. Nursing. Primary health care.



## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – MAPA DA DIVISÃO TERRITORIAL DAS REGIONAIS ADMINISTRATIVAS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA-PR COM A LOCALIZAÇÃO DAS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE. CURITIBA-PR, 2014.....	45
FIGURA 2 – MAPA DA DIVISÃO TERRITORIAL SEGUNDO OS BAIROS DA REGIONAL BOA VISTA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA-PR, 2014.....	46
FIGURA 3 – REPRESENTATIVIDADE DA POPULAÇÃO GERAL NA REGIONAL BOA VISTA, POR GRUPO ETÁRIO NOS ANOS 2000 E 2010. CURITIBA-PR, 2014.....	47
FIGURA 4 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA PIRÂMIDE ETÁRIA DA REGIONAL BOA VISTA NO ANO 2010, CURITIBA-PR.....	48
FIGURA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS PÚBLICOS DO SETOR DE EDUCAÇÃO MUNICIPAL NA REGIONAL BOA VISTA, CURITIBA-PR, 2013.....	50
FIGURA 6 – UNIDADES DE SERVIÇO SOCIAL SEGUNDO LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA NA REGIONAL BOA VISTA, CURITIBA-PR, 2014.....	52
FIGURA 7 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS DOMICÍLIOS POR CLASSE DE RENDIMENTO DOMICILIAR <i>PER CAPITA</i> – REGIONAL BOA VISTA, NO ANO DE 2010, CURITIBA-PR.....	54
FIGURA 8 – UNIDADES CULTURAIS SEGUNDO LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA, NA REGIONAL BOA VISTA, CURITIBA-PR, 2014.....	54
FIGURA 9 – IDENTIFICAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL SEGUNDO LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA NA REGIONAL BOA VISTA, CURITIBA-PR, 2014.....	55
FIGURA 10 - PROPORÇÃO DE HOMICÍDIOS DOLOSOS POR FAIXA ETÁRIA, NA REGIONAL BOA VISTA, NO ANO DE 2012. CURITIBA-PR, 2014.....	56
FIGURA 11 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA REGIONAL BOA VISTA, COM A LOCALIZAÇÃO APROXIMADA DAS UNIDADES DE SAÚDE DAS ENTREVISTADAS DO ESTUDO, CURITIBA-PR, 2014.....	58
FIGURA 12 - APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS EVIDENCIADAS NO DISCURSO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO, CURITIBA-PR, 2014.....	59

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – ESCOLAS DA REDE ESTADUAL E TIPO DE ENSINO OFERTADO, NA REGIONAL BOA VISTA. CURITIBA-PR, 2014.....	51
QUADRO 2- DISTRIBUIÇÃO DAS OCORRÊNCIAS DE HOMICÍDIOS, SEGUNDO BAIRRO E MÉTODO UTILIZADO, NA REGIONAL BOA VISTA, NO ANO DE 2012. CURITIBA-PR, 2014.....	56

## LISTA DE SIGLAS

DST	– Doença Sexualmente Transmissível
ECA	– Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	– Estratégia de Saúde da Família
FUNABEM	– Fundação Nacional de Bem do Menor
IPPUC	– Instituto de Pesquisa Planejamento Urbano de Curitiba
MP	– Ministério Público
NESC – pesq	– Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - pesquisa
OMS	– Organização Mundial de Saúde
PNAB	– Política Nacional de Atenção Básica
PROSAD	– Programa de Saúde do Adolescente
RAS	– Rede de Atenção à Saúde
SAM	– Serviço de Assistência ao Menor
US	– Unidade de saúde

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.1 OBJETIVO.....	17
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	18
2.1 ADOLESCENTE .....	18
2.1.1 Políticas Públicas para a assistência ao adolescente .....	21
2.2 VULNERABILIDADES .....	25
2.3 GÊNERO.....	30
2.4 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE .....	34
2.5 AÇÕES DA EQUIPE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE .....	37
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	40
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	40
3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	41
3.3 ASPECTOS ÉTICOS .....	42
3.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	43
3.5 COLETA DOS DADOS .....	43
3.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	44
<b>4. RESULTADOS</b> .....	47
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO - DISTRITO SANITÁRIO BOA VISTA.....	47
4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES .....	61
4.3 DISCURSOS DAS PARTICIPANTES .....	62
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	72
5.1 CATEGORIAS RELACIONADAS À DIMENSÃO SINGULAR .....	72
5.2 CATEGORIAS RELACIONADAS ÀS DIMENSÕES PARTICULAR E ESTRUTURAL ....	83
<b>6. CONCLUSÕES</b> .....	87
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	89
<b>APÊNDICES</b> .....	96
<b>ANEXOS</b> .....	99

## 1.INTRODUÇÃO

O adolescente se encontra numa fase do desenvolvimento humano que se é fundamental ficar atento as características físicas, psicológicas e sociais, sendo necessária uma diversidade de ações para promover seu desenvolvimento na sociedade e suprir suas necessidades de educação, saúde, moradia, esporte e lazer, entre outros, tanto no sentido da prevenção, como da assistência (CURITIBA, 2006).

As mudanças físicas podem ser percebidas a olho nu, acontecendo entre oito a treze anos para o sexo feminino e nove a quatorze anos para o sexo masculino. Já a maturidade e a mudança do comportamento ocorrerão de acordo com a reprodução e os determinantes sociais de cada indivíduo. A saúde do adolescente é influenciada pelas transformações que ocorrem neste período, tornando-os expostos a processos de desgaste, como exposição ao uso de drogas (lícitas ou ilícitas), causas externas (violência, acidentes, agressões, lesões), gravidez na adolescência, problemas familiares e dificuldade de relacionamento no ambiente escolar (CURITIBA, 2006; ROEHRS, MAFTUM E ZAGONEL, 2010).

A inexistência, dificuldade e/ou desinteresse em realizar ações específicas para os adolescentes são barreiras para o acesso deste segmento populacional às Unidades de Saúde, visto que os programas hoje existentes não têm como metas a serem alcançadas, as ações em saúde voltadas para este grupo. Também é possível perceber que não havia uma participação efetiva de enfermeiros nas reuniões nas quais eram discutidas questões referentes à saúde dos adolescentes. Em anos anteriores pude participar de reuniões e observar que havia apenas uma enfermeira (eu). Com isso percebi que há distanciamento e dificuldade dos profissionais de saúde em aproximar-se desta população, bem como um conflito com a ética em realizar ou não o atendimento individualizado, sem a presença dos pais ou responsáveis, por meio de discussões nas reuniões ou situações vivenciadas no local de trabalho.

A equipe de saúde pode incentivar a realização das consultas e o comparecimento dos adolescentes na unidade de saúde sempre que considerar necessário. De uma forma geral, os profissionais não estão ou não se sentem preparados para cuidar dos adolescentes, e as instituições de saúde e de ensino não proporcionam atividades de capacitação que incentivem e/ou orientem como lidar com esse grupo. Estas atividades podem abranger aspectos biológicos e

comportamentais, de forma que os profissionais sejam sensibilizados para lidar com problemas cotidianos e as dificuldades deste grupo, bem como, lidar com os tabus preconceitos e desigualdades existentes na sociedade (NOGUEIRA, MODENA e SCHALL, 2010; OLIVEIRA, DOMINGUES, WUNCH, 2010; TEIXEIRA, SILVA e TEXEIRA, 2013).

Em 2002, a Prefeitura Municipal de Curitiba, lançou o Programa Adolescente Saudável, que teve como uma de suas ações a prevenção de adoecimentos e a promoção de saúde dos adolescentes, objetivando o desenvolvimento de criatividade e projeto de vida dos mesmos, priorizando a autoestima e cuidados em saúde. O protocolo de atenção à saúde do adolescente, da Prefeitura Municipal de Curitiba, propõe a realização de grupos de educação em saúde, com intuito de construir junto com adolescentes, pais e/ou responsáveis, reflexões sobre o risco do adolescente, através de condições do autocuidado, orientações de sexualidade, imunização, vinculação escolar e risco de violência (CURITIBA, 2006).

Em Curitiba, no período de março/2013 a fevereiro/2014, as maiores causas de internamento entre adolescentes com idade entre dez e dezenove anos foram gravidez e causas externas<sup>1</sup>. Compreende-se que para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde dos indivíduos nessa fase da vida é necessário explorar o significado qualitativo desse dado e, a partir desse novo conhecimento, realizar intervenções em saúde direcionadas às necessidades e vulnerabilidades do grupo (BRASIL, 2014).

O Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – pesquisa (NESC–pesq) tem investigado a determinação do processo saúde doença, por meio de bases teóricas e metodológicas que permitam evidenciar e compreender os diferentes processos nas dimensões da realidade (estrutural, particular e singular) no sentido de analisar os achados criticamente e elaborar intervenções que apontem modificações necessárias nas condições de vida de populações e segmentos populacionais. Nesse sentido, tem como uma das suas linhas de pesquisa “Políticas e práticas de saúde, educação em Enfermagem”.

Nos três últimos estudos desenvolvidos pelo grupo de pesquisa, no Distrito Sanitário Boa Vista, foi verificado o processo de desgaste dos adolescentes e a

---

<sup>1</sup> CID 10 – Capítulo XX – Causas externas – acidentes, agressões, lesões autoprovocadas, envenenamento.

dificuldade de acesso aos serviços de saúde. O antepenúltimo realizou uma análise das propostas de intervenção em saúde para o grupo nas Conferências Municipais deste setor, nos anos de 1997 a 2007, as quais foram encaminhadas e conseqüentemente, elaboraram protocolos de intervenção para atender a este segmento populacional, dando-se destaque para o protocolo da rede de proteção à criança e ao adolescente e o protocolo do adolescente saudável (SILVA, 2010).

Porém, o estudo posterior (SANTOS, 2012) identificou a necessidade de tornar efetiva a implementação das ações propostas as políticas públicas para atender este segmento populacional, visto que, o arcabouço jurídico vigente já apontava que o adolescente deve ser compreendido na sua integralidade, e não somente em partes. Compreensão esta que deveria permear todas as ações públicas, sejam elas dos setores saúde, educação, geração de emprego e renda, promoção da segurança pública e/ou lazer. Em contraposição a estes pressupostos, o estudo encontrou em bancos de dados públicos, informações que mostraram que este segmento populacional utilizava os serviços de saúde na ocorrência de gravidez ou por agravos de causas externas. No último estudo (SANTOS, 2013) realizou-se a pesquisa junto aos adolescentes, por meio de entrevista, em que a autora pode evidenciar as necessidades em saúde, segundo o discurso dos mesmos, demonstrando a dificuldade existente com a abordagem realizada pelos profissionais nos seus atendimentos, assim como, as dificuldades que se têm em buscar ajuda dos profissionais do serviço local de saúde para esclarecimento de dúvidas sobre suas necessidades em saúde. No referido estudo os adolescentes apontaram a falta de segurança, a falta de atividades de lazer, escolas e cursos profissionalizantes como necessidades em saúde a serem atendidas no território em que vivem, percepção que vai além de seus corpos biológicos.

Entendendo que apesar do envelhecimento da população e a necessidade de atenção a pessoa idosa, os trabalhos anteriores e a vivência profissional deixam uma lacuna, a opção em estudar o adolescente se destaca em proporcionar uma atenção à saúde que possibilite ao indivíduo condições para a elaboração de um projeto de vida que supere as realidades em saúde que se deseja modificar, entende-se que a assistência à saúde nos serviços de atenção básica deve considerar o adolescente na sua integralidade, assim como compreendê-lo como um cidadão em formação na sociedade atual. Logo, na busca de realizar o cuidado com os adolescentes e possibilitar a reflexão sobre um projeto de vida, com atividades que proporcionem a

assistência à saúde, nos serviços de atenção básica, por meio de promoção da saúde e prevenção de adoecimentos.

Compreende-se que para o desenvolvimento das ações de saúde deve haver engajamento dos diferentes profissionais envolvidos, das instituições de saúde e de outros setores presentes no território. É nesta perspectiva que esta proposta de estudo buscou de responder a questão norteadora proposta: Quais são as ações em saúde realizadas nos serviços de atenção básica para enfrentar as vulnerabilidades dos adolescentes em um Distrito Sanitário?



## **1.1 OBJETIVO**

Identificar as ações realizadas nos serviços de atenção básica de um Distrito Sanitário do município de Curitiba para atender os adolescentes em situação de vulnerabilidade.

Descrever as potencialidades e fragilidades das ações realizadas para adolescentes na atenção básica para o enfrentamento das vulnerabilidades.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 ADOLESCENTE

A adolescência é o período de transição entre a infância e a idade adulta. Para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) compreende a faixa etária dos doze aos dezoito anos de idade, e para Organização Mundial de Saúde (OMS) a idade é compreendida, para esta fase, dos dez aos dezenove anos. Este período também é conhecido como puberdade. É nesta época que ocorrem as transformações do corpo envolvendo os vários órgãos e estruturas, que variam de indivíduo para indivíduo, quanto ao seu início e velocidade de modificações (LYRA, GOLDBERG, IYDA, 1996; CURITIBA, 2006; FIGUEIREDO, VIANA, MACHADO, 2008).

Ao final de 1980, houve discussões para caracterizar historicamente, adolescente e adolescência na área da saúde, de forma que articulassem as dimensões (biológicas, psicológicas, socioeconômicas) e as dimensões (singular, particular e estrutural) em que se inserem os adolescentes, caracterizando-se assim: Adolescência como o processo de desenvolvimento humano e Adolescente o sujeito que vivencia esta fase (PERES e ROSENBERG, 1998).

Peres e Rosenberg (1998) referem ainda que demarcar a adolescência pela idade de doze a vinte anos, é um critério cronológico de definir a “transição entre a infância e a idade adulta”, supondo que o processo de amadurecimento do indivíduo está completo, equivalendo o tempo biológico, psicológico e social em diferentes realidades. Este amadurecimento se dá em decorrência de um organismo fisiológico que responde a estímulos, transformando a natureza e sendo transformado ao longo da história. Sendo assim, não se deve considerar somente o lado biológico para o trabalho junto a esta população, nem desconsiderar as diversas fases vivenciadas dentro da própria adolescência.

Nas meninas, as mudanças se iniciam por volta dos oito anos, com progressiva deposição de tecido adiposo em volta dos quadris e surgimento do broto mamário e dos pelos pubianos. Dentro de um ano, em média, ocorre o aumento da estatura e logo após, a menarca (primeira menstruação) – podendo seus primeiros ciclos serem irregulares. Já para os meninos, as mudanças têm início por volta dos nove anos, quando os testículos aumentam de volume, surgem os pelos axilares e pubianos.

Após um ano, aproximadamente, ocorrem alterações do tamanho peniano, de estatura, espermarca (primeira ejaculação, em média aos doze anos) e engrossamento da voz (CURITIBA, 2006; FIGUEIREDO, VIANA, MACHADO, 2008).

O período vivenciado pelos adolescentes reflete uma identidade imposta pela sociedade, em que a não obediência aos pais e a falta de responsabilidade são características desta fase. Trata-se de uma identidade subjetiva (relativa ao indivíduo) e objetiva (relacionada às bases econômicas e sociais), onde as representações sociais ocorreram de acordo com as experiências e valores que estão presentes no meio em que vivem, bem como das relações e vivências com as pessoas a sua volta. Assim, a adolescência não é natural nem patológica, mas histórica e socialmente construída (PEREZ e CONSTANTINO, 2009).

Este desenvolvimento é pouco acompanhado nos serviços de saúde, pois o adolescente procura o serviço de saúde nos momentos de necessidade de tratamento de doença ou em função da gravidez, não sendo incluído em ações de prevenção. Há uma percepção geral de que é difícil construir vínculo com adolescentes, dando-se prioridade, por exemplo, aos outros segmentos como hipertensos e diabéticos, tendo um olhar diferenciado àqueles que estiverem incluídos nesses programas (BELLENZANI, SANTOS, PAIVA, 2012).

Existem três problemas que costumam ser tratados, pelos adolescentes, nos serviços de saúde: gravidez na adolescência, drogadição e violência.

No momento em que foco é evitar a gravidez na adolescência, o olhar é voltado apenas às meninas. A paternidade adolescente é pouco discutida. Os “pais adolescentes” não constituem um grupo para o qual são direcionadas ações programáticas (BELLENZANI, SANTOS, PAIVA, 2012).

Outra situação pontual em que adolescentes são o foco da atenção, é a prevenção do uso de drogas, pois estima-se que os adolescentes acima dos dezesseis anos apresentam a maior taxa de abandono de tratamento e por menor sucesso terapêutico nos tratamentos de desintoxicação. Entretanto, há grande influência da mídia no desenvolvimento deste comportamento, tem-se como exemplo as propagandas de bebidas alcoólicas, que estimulam o consumo dessa droga lícita. Podendo ser o relacionamento familiar protetivo ou de desgaste para a formação de valores destes adolescentes e o envolvimento com as drogas (RAUPP e MILNITSKY-SAPIRO, 2005; ZEITOUNE et. al., 2012).

Ao acolher esta população, a equipe de saúde, deve buscar primeiramente o perfil epidemiológico e demográfico do território e sua historicidade e posteriormente conhecer a realidade vivenciada por cada indivíduo, podendo propiciar ações de prevenção a agravos, assim como de promoção à saúde, especialmente se a obtenção das drogas lícitas e ilícitas no seu cotidiano colabora para o uso e um possível abuso dessas substâncias. Os autores referem ainda sobre os cuidados a serem tomados ao realizar as orientações, pois estas ao invés de prevenir, podem causar curiosidade e conseqüentemente, a experimentação pelos adolescentes, visto que as drogas causarão sensações agradáveis e são de fácil acesso, como a maconha, para aqueles de menor poder aquisitivo. Ao realizar atividades que permitam o olhar crítico dos adolescentes para a situação, fará com que assimilem melhor as informações repassadas (ZEITOUNE et. al., 2012; MARQUES e QUEIROZ, 2012).

A escola é um local de proteção para essas situações, pois estão num ambiente educativo onde podem adquirir informações a respeito das drogas e seus efeitos, bem como os profissionais ali presentes conhecem seus alunos e seus comportamentos, podendo evitar que a escola torne-se um ambiente de desgaste ao ter em sua dependência ou proximidade, jovens inseridos no mundo das drogas (ZEITOUNE et. al., 2012).

A realização de projetos sociais que envolvem o esporte e outras práticas corporais tem auxiliado no acolhimento dos adolescentes no período de contra turno, por meio de atividades desenvolvidas pelo governo, iniciativa privada, organizações não governamentais, dentre outras entidades, com o objetivo de tirar os adolescentes das ruas e minimizar a sua vulnerabilidade à violência e ao uso de drogas. Tem contribuído para a sociabilização e aumento de vínculos sociais, como uma espécie de “porto seguro”, que protege as crianças e adolescentes das situações de violência tão presentes nas ruas das cidades (SOUZA, CASTRO, VIALICH, 2012).

Assim, acredita-se que a prática de atividades físicas na adolescência também auxilia na prevenção de diversos agravos a saúde, bem como para seu desenvolvimento, exercendo efeitos psicossociais positivos, podendo ainda contribuir para uma vida adulta mais saudável, refletindo na saúde individual e coletiva.

Ter conhecimento das necessidades, dificuldades, oportunidades e gostos dos jovens, que buscam este tipo de ajuda, servirá como subsídio para que os profissionais envolvidos neste tipo de serviço desenvolvam materiais e estratégias

adequados para serem mais efetivos em seus atendimentos (GARCIA e FISBERG, 2011).

Quando não há fatores de proteção para os adolescentes, verifica-se taxas de mortalidade relacionadas com mudanças socioeconômicas e comportamentais dos adolescentes, como a violência, considerando este dado importante para as ações dos programas de saúde voltados para este segmento e seus familiares (LYRA, GOLDBERG, IYDA, 1996).

Com relação à violência, dados apresentados pela Rede de Proteção à criança e ao adolescente em situação de risco à violência, demonstram que mais de 50% (cinquenta por cento) dos adolescentes vitimizados estavam frequentando a escola quando ocorreu a violência. Sendo seus agressores, os próprios pais, ou seja, aqueles adultos que deveriam proteger a criança e/ou adolescente. Os dados permitem refletir que a vulnerabilidade deste grupo também tem relação com a violência doméstica promovida pelos responsáveis por suas vidas. Portanto, percebe-se a importância que há no conhecimento mais aprofundado sobre os casos que ocorrem na população sob a responsabilidade da equipe, assim como dos moradores da área de abrangência do território da Unidade de Saúde, para que com este seja possível incrementar ações previstas nas políticas públicas no sentido de promover a saúde integral deste segmento populacional, pois em uma ação efetiva há que se intervir também na dinâmica desta família (FRANZIN, FRANZIN, MOYSÉS, 2012).

### 2.1.1 Políticas Públicas para a assistência ao adolescente

Sabendo que política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou por delegação, e que estas influenciam a vida dos cidadãos e, ainda que repercutem na economia e na sociedade, porque qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade, se faz necessário compreendermos as mudanças que vem ocorrendo na estrutura familiar (HOCHMAN, ARRETCHE, MARQUES, 2007).

No Brasil, a política para adolescentes tem no seu início o primeiro Código de Menores em 1927, que regulamentava o trabalho do menor. Na década de 1930, foi introduzido o ensino público gratuito e criado o Serviço de Assistência ao Menor (SAM) do Ministério da Justiça, objetivando ações correccionais e repressivas para menores

infratores. Em 1940, criou-se o Decreto de Lei n.º 2024, de 17 de fevereiro do citado ano, com a criação do Departamento Nacional da Criança, o qual propunha a organização, em todo o país, da proteção à maternidade, à infância e à adolescência. Na década de 1960, foram estabelecidas as diretrizes e bases de uma Política Nacional de Bem-Estar do Menor - criando a Fundação Nacional de Bem do Menor (FUNABEM) que tinha objetivos correccionais e educacionais, realizando o isolamento dos menores. (CORRÊA e FERRIANI, 2005).

Na perspectiva histórica tem-se que a primeira lei que teve o olhar para as crianças e os adolescentes foi a Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979, a qual instituiu o código de menores com referência à assistência, proteção e vigilância a menores.

Na década de 1980, com a Constituição de 88, enfatizou-se o caráter discriminatório do atendimento às crianças e adolescentes, sendo criado, por meio da Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O ECA surgiu, pós-regime militar de 40 anos, num contexto de expansão da democracia social e de participação social, voltado para os direitos das crianças e dos adolescentes, o que se caracterizou como expressão máxima do desejo da sociedade brasileira de garantir direitos a crianças e adolescentes historicamente fragilizados, principalmente os provenientes de classes sociais economicamente menos favorecidas, bem como os que estão em abandono social ou prestes a ingressar nesta situação (BRASIL, 1990).

Esta lei prioriza o atendimento às crianças e adolescentes pelo serviço público, com a formulação, execução e recursos destinados às políticas públicas, como um instrumento norteador de novos paradigmas no atendimento a este segmento populacional. O ECA, se comparado ao código de menores, evidencia a transformação da concepção sobre este grupo e, indica a atenção prioritária e o acesso garantido à serviços e condições de saúde, moradia, alimentação, bem como, referenda que o Estado, a família e a sociedade passam a ser responsáveis pela proteção integral de todas as crianças e adolescentes da sociedade brasileira (OLIVEIRA e MILNITSKY-SAPIRO, 2007; EDUARDO e EGRY, 2010).

No mesmo ano da criação do ECA, criou-se o Programa de Saúde do Adolescente do Ministério da Saúde (PROSAD) com o objetivo de oferecer subsídios para a assistência à saúde integral deste segmento populacional. Porém, o programa mostrou-se fragmentado e com ações desarticuladas, com falta de prioridade e legitimidade política, destacou-se também a falta de participação dos adolescentes no

planejamento de ações específica para este segmento populacional (CORRÊA e FERRIANI, 2005; TEIXEIRA, SILVA, TEIXEIRA, 2013).

Para Raupp e Milnitsky-Sapiro (2005), as políticas públicas têm sido fundamentadas na ideia de risco social, dando ênfase nos atos violentos e prevendo a reintegração social por meio do uso do tempo livre ou da profissionalização do indivíduo. A crítica dos autores à política pública segue afirmando que o adolescente muitas vezes é visto como um ser em transição, em um dado momento compreendido como uma criança e em outro considerado um adulto. O questionamento avança pela falta de clareza sobre o local específico do adolescente na sociedade. Os autores destacam que há um distanciamento entre a teoria e a efetivação de ações que estejam ancoradas nas políticas, assim concluem que há necessidade de ultrapassar a visão do risco para um arcabouço jurídico e político que considerem as singularidades destes sujeitos.

Ao olhar para a área de Assistência Social, é possível referir que as políticas reforçam a necessidade de inserir o adolescente no mercado de trabalho, proporcionando profissionalização ou somente o uso do “tempo livre” e que as políticas deveriam ser nos moldes da intersetorialidade e interdisciplinaridade existentes no SUS, pois permitiriam a construção de novos projetos que poderiam ser articulados no nível federal, estadual e municipal, como por exemplo o menor aprendiz.

Quanto as causas de violência, estas só podem ser alteradas com ações preventivas e capazes de minimizar a situação de exclusão social e que impeçam os adolescentes de terem contato com riscos a sua integridade, sendo que as políticas de proteção à adolescência ainda permanecem aquém da atenção dos serviços de saúde, pois não interferem nos determinantes do processo saúde-doença (CORRÊA e FERRIANI, 2005; RAUPP e MILNITSKY-SAPIRO, 2005).

Desse modo, as ações e estratégias de políticas voltadas para este público acabam se restringindo aos aspectos curativos da assistência à saúde, em detrimento as abordagens de promoção da saúde e prevenção de agravos.

As políticas de saúde coletiva<sup>2</sup> são, predominantemente, políticas de assistência à saúde e com resposta às demandas sociais por saúde, porém com caráter biomédico e com pacotes prontos, desconsiderando as necessidades e subjetividades dos adolescentes, mostrando-se insuficientes, sendo necessário rever as políticas vigentes, com vistas à assistência e proteção desta população (CORRÊA e FERRIANI, 2005).

As afirmações dos autores apontam a necessidade de participação dos adolescentes na formulação e avaliação das práticas das políticas públicas, de modo que possam ser ouvidos e envolver suas identidades.

[...] direito de participar vai além de ser representante ou representado em órgãos ou colegiados, e até mesmo em possuir informações técnicas para exercer o controle social; compreende o direito a uma cidadania ativa, com conhecimento das desigualdades, do exercício da crítica, de reinvenções identitárias e do direito a oposições. (TEIXEIRA, SILVA e TEXEIRA, 2013, p.40).

Considerando que o ECA foi um importante ordenador jurídico para a defesa dos direitos da infância e juventude, especialmente com inovações no campo de atuação do Ministério Público (MP) que tem incluído nesse conjunto o direito à educação, e vem sendo utilizado como um dos principais fundamentos legais nas ações judiciais versando sobre o direito à educação. A complexidade dos problemas sociais contemporâneos coloca novos desafios aos direitos sociais, com o surgimento de demandas variadas por direitos e, conseqüentemente, por uma efetividade das políticas públicas, implicando custos elevados para a sua implantação (SILVEIRA, 2012).

Apesar do avanço com a proposição do ECA, tem havido um processo de ampla discussão e participação da sociedade civil, principalmente dos movimentos sociais e o ECA vem sofrendo oposições de várias ordens, assim como resistência e o pronunciamento de críticas contra a garantia de direitos das crianças e

---

<sup>2</sup>Saúde coletiva é um campo de conhecimento interdisciplinar da saúde, que envolve desde organizações que prestam assistência à saúde da população até instituições de ensino e pesquisa e organizações da sociedade civil, com ações voltadas para promoção da saúde e prevenção de agravos, não apenas do indivíduo, mas da coletividade (PAIM, 2014).



adolescentes, sendo modificado por algumas leis posteriores a sua implantação, como aponta Fonseca et. al. (2013):

- Lei nº 11.185, de 7 de outubro de 2005, altera o ECA no que diz respeito ao direito de atendimento integral à saúde de crianças e adolescentes. Art. 11. É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2005).
- Lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009, dispõe sobre adoção, alterando o ECA, ao referir que as mães ou gestantes que expressem o interesse em encaminhar seus filhos para adoção, serão obrigatoriamente encaminhadas à Justiça da Infância e da Juventude, no que se refere a acolhimento, tempo, reinserção na família, investigação de paternidade. Sendo de responsabilidade dos profissionais da saúde, avisar os órgãos responsáveis ao saber deste desejo da mãe ou gestante (BRASIL, 2009).
- Lei nº 12.696, de 25 de julho de 2012, altera alguns artigos do ECA referente ao Conselho tutelar, candidatura, funcionamento, direitos. O Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta Lei (BRASIL, 2012a).

Cabe registrar que há diferença entre os Conselhos de Direito e os Conselhos Tutelares, pois os de Direito são os órgãos deliberativos e paritários, responsáveis pela definição da política de atendimento e controle do orçamento da criança, em conexão com todas as demais políticas. Os Conselhos Tutelares têm a função de zelar para que as medidas de proteção, apoio e orientação às crianças e aos adolescentes sejam cumpridas conforme determina o ECA (FONSECA et al, 2013).

## 2.2 VULNERABILIDADES

Com o intuito de compreender o conceito de vulnerabilidade, a discussão será iniciada pela historicidade da ciência Epidemiologia, assim como dos seus conceitos e pressupostos.

Considerada como ciência básica a epidemiologia tem ancorado as ações preventivas no setor saúde e é fonte de informação para subsidiar a formulação de políticas públicas para o setor, por meio da relação de causa-efeito que produz a doença, buscando assim, evidenciar seus pressupostos epistemológicos, as hipóteses, as conclusões, bem como a forma de organização de vida dos indivíduos que o levaram a adquirir determinado adoecimento, em uma realidade, em um determinado tempo histórico.

Para tanto, precisa se compreender como se desenvolveu o conhecimento da epidemiologia para que se chegasse até os conceitos atuais, e ainda, elucidar o conceito que é fortemente utilizado na prática de saúde contemporânea, o conceito epidemiológico de risco.

Após 1870, denominou-se como a epidemiologia da constituição, aquela que buscava compreender as “leis da ação de massas”, por meio de três categorias: 1) controle de agravos, como interesse prático; 2) comportamento coletivo, por meio de fenômenos patológicos e conhecimentos empíricos; 3) variação quantitativa, como a possibilidade de conhecer e intervir sobre os fenômenos coletivos identificados. Esta ficou conhecida como a epidemiologia das doenças e de resultado de validação de condições sanitárias (AYRES, 1997; CAMPOS et. al., 2013)

Na década de 1920, os estudos epidemiológicos passaram a trabalhar com a probabilidade de adoecimento do indivíduo e dados matemáticos e/ou probabilísticos, identificando as ameaças à vida humana e a implementação de ações que reduzissem a exposição ao risco. Embora o risco seja compreendido como um processo construído socialmente é referendado que o comportamento do indivíduo, por meio de hábitos, estilo de vida e histórico familiar, que determina suas chances de adoecimento e morte. Este foi um período de desenvolvimento da ciência considerado importante para o conhecimento técnico científico, especialmente na área das ciências biomédicas (BERTOLOZZI et. al., 2009; BARRA et. al., 2010; SANTOS et. al., 2012; FERREIRA et. al., 2012)

No período seguinte, final de 1930, a epidemiologia da exposição iniciou um processo de dependência de conhecimentos clínico-laboratoriais e passou a ser utilizada a expressão “populações em risco” e, posteriormente, esta foi designada como “exposição à infecção”. Esta última passou a respaldar o discurso sobre a relação entre infectados/suscetíveis, a qual era a representação das condições de exposição do indivíduo ao agente infeccioso. Tal expressão buscou explicitar as

evidências de que o aumento da exposição do indivíduo à infecção estaria associado ao aumento de incidência da infecção. Esta teoria explicativa dos fenômenos de saúde e de doença teve como base teórica o conceito de risco (CAMPOS et. al., 2013).

Nessa perspectiva que a partir de 1945 até os dias atuais, surgiu a epidemiologia do risco, em que cada aspecto avaliado deixou de ser unicamente um evento patológico para ser um dado probabilístico, ou seja, o conhecimento epidemiológico não nos dá a certeza de uma condição sanitária única, mas nos ensina como traçar os caminhos para encontrar as relações causais do processo saúde doença a ser investigado, assim podemos realizar ações que minimizem o surgimento de agravos (CAMPOS et. al., 2013).

A realização de avaliação e intervenção sobre os determinantes sociais, permitem as práticas de prevenção de agravos e de promoção da saúde, bem como melhor compreensão das relações entre os conceitos de risco e de vulnerabilidade (AYRES, 1997; CAMPOS et. al., 2013).

[...] as análises de risco e de vulnerabilidade são, de certa forma, inversas: enquanto as análises de risco trabalham com uma racionalidade analítica na qual os fenômenos em estudo precisam ser partidos, isolados, discriminados, as análises de vulnerabilidade trabalham com uma racionalidade sintética, na qual se privilegia a construção de significados, a agregação de elementos diversos que contribuam para que os fenômenos em estudo sejam compreendidos como uma totalidade dinâmica e complexa (Campos et. al., 2013, p. 423).

O termo vulnerabilidade visa caracterizar uma pessoa ou grupo populacional que passa a ser mais ou menos vulnerável, a partir de um conjunto de processos políticos, econômicos, culturais e psicológicos, além dos propriamente biomédicos, como genéticos, fatores de risco ligados à história familiar, raça, etc., que possibilitam a maior ou menor susceptibilidade de ocorrência de diferentes enfermidades (BARRA et. al., 2010).

A vulnerabilidade é compreendida de três diferentes formas: dimensão individual; dimensão programática e dimensão social (NICHIATA et. al., 2008; ANJOS et. al., 2012; SILVA, ALVARENGA e OLIVEIRA, 2012). De acordo com os autores citados, a dimensão individual leva em consideração os valores, interesses,

conhecimentos, desejos, atitudes e comportamento do indivíduo, bem como características pessoais (raça, idade, sexo, etc.), e ainda, de que forma se dá a adoção de medidas de autoproteção; a programática procura compreender como os serviços prestados à população como, assistência social, saúde, educação e políticas públicas organizam recursos para atividades de promoção e prevenção de adoecimentos; a social que se refere a processos econômicos, políticos, cultura, ideologia e relações de gênero que incidem sobre a vulnerabilidade individual e programática.

A definição de vulnerabilidade, na América Latina, é recente e remete à ideia de fragilidade e de dependência dos indivíduos, principalmente os de menor nível socioeconômico. Tal concepção tem o objetivo de ampliar a análise dos problemas sociais, como renda ou a posse de bens materiais da população em geral, vinculada às concepções do Estado de Bem-Estar Social (FONSECA et. al., 2013).

No Brasil, o termo vulnerabilidade vem da área dos Direitos Humanos referindo-se a grupos fragilizados política e/ou juridicamente, na proteção, promoção ou garantia dos direitos da cidadania. Dessa forma, as principais vulnerabilidades associadas às crianças e os adolescentes, segmento populacional que foi delimitado para este estudo, estão relacionada ao alcoolismo e aos conflitos entre casais, à moradia, à precariedade de serviços, à falta de espaços para lazer, às relações extrafamiliares, e ainda, à proximidade das moradias com locais de ponto de venda de drogas que, muitas vezes, tornam as crianças testemunhas de todo tipo de violência (NICHATA et. al., 2008; FONSECA et. al., 2013).

Os autores acima referidos citam outras formas de violência a que estão expostas as crianças e adolescentes, como o trabalho infantil e a exploração sexual, assim como as formas de agravamento ou não da vulnerabilidade, como: falta de escolarização, de acesso aos meios de comunicação, de recursos materiais e de autonomia do adolescente, visto que a personalidade do indivíduo também pode torná-lo mais vulnerável ao envolvimento com drogas, à gravidez precoce e à prática de atos de violência.

No contexto da saúde pública, o termo vulnerabilidade passou a ser utilizado para analisar os dados socioeconômicos, políticos e culturais, além dos dados genéticos, histórico familiar, raça, etnia, de pessoas ou grupos, relacionando-os com dados incorporados nos perfis epidemiológicos, para analisar algumas doenças e refletir sobre o processo de trabalho e a busca de aspectos presentes no viver

humano, com vistas ao desenvolvimento de uma vida saudável (BERTOLOZZI et. al., 2009; BARRA et. al., 2010).

Contudo, a vigilância em saúde permitirá avaliar, identificar e monitorar o território e as necessidades em saúde da população, de forma que intervenções para promoção da saúde e prevenção do adoecimento possam ser realizadas a todo e qualquer indivíduo que vive sob os processos referidos acima, nas dimensões coletiva e contextual, requerendo políticas públicas que permitam a redução das desigualdades e vulnerabilidades a que estes estão expostos (BERTOLOZZI et. al., 2009; BARRA et. al., 2010; SANTOS et. al., 2012; FERREIRA et. al., 2012; SILVA, ALVARENGA, OLIVEIRA, 2012).

Ao direcionar esta visão de vigilância em saúde para o contexto dos adolescentes, deverá ser considerada a faixa etária com a qual será trabalhado e quais ações serão realizadas pela equipe de saúde, abordando as vulnerabilidades relacionadas às questões de gênero, culturais, sociais e religiosas, como por exemplo, relação sexual precoce, a gravidez não planejada, às doenças sexualmente transmissíveis (DST), abuso sexual, violência, uso de drogas, mudanças familiares e comportamento desafiador, relacionadas ao contexto social desta população alvo (JESUS, LIMA, MARTINS, MATOS e SOUZA, 2011; REIS et. al., 2013).

De posse das abordagens de vigilância em saúde, a equipe de enfermagem deverá verificar as situações de maior vulnerabilidade do adolescente, como por exemplo: transtornos alimentares (a obesidade, a desnutrição, a bulimia e a anorexia); transtornos de saúde mental (a depressão, o desejo do suicídio e o uso de drogas e álcool); problemas posturais; sexualidade, desenvolvendo ações que abordem estas situações e ajudem no seu enfrentamento. E ainda, na vida em família e sociedade, verificar as diferentes formas de violência, dentre elas, a doméstica, a patrimonial, a psicológica e a social. A partir do momento que reconhecem estas condições, a equipe de saúde pode renovar suas práticas, procurando tratar os usuários com justiça e autonomia, por meio da integralidade das ações (BARRA et. al., 2010; SANTOS e CUBAS, 2012).

Sierra e Mesquita (2006) apontam que o ECA se reporta a vulnerabilidade de crianças e adolescentes como a ausência de adultos durante seu desenvolvimento, percebendo-os como vítimas e indivíduos que têm necessidades a serem atendidas. Definem ainda os adolescentes como sujeitos de direito, sendo-lhes garantida a proteção integral, conforme, título I, artigo 4º:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 1990)

O Ministério da Saúde preconiza que avaliações de risco sejam realizadas, em especial nas Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família (ESF), de forma que famílias moradoras da mesma área de abrangência possam ter atendimentos priorizados, conforme a probabilidade de adoecimento da população, procurando atender as de maior necessidade e vulnerabilidade. Esta avaliação realizada por equipe inter e multidisciplinar e os dados encontrados no atendimento poderão, posteriormente, auxiliar no planejamento e direcionamento de políticas públicas (NAKATA *et al*, 2013)

### 2.3 GÊNERO

O conceito de gênero se refere a construção social, cultural e linguística como os processos que diferenciam homens e mulheres, para designar as relações sociais entre os sexos, que se conformam com outras marcas sociais: raça, etnia, classe social, sexualidade, religião e geração. Tido também como a forma primeira de significar as relações de poder, sendo o poder uma realidade dinâmica que ajuda o ser humano a manifestar sua liberdade com responsabilidade, por meio do diálogo (SEGATO, 1998; ADELMAN e SILVESTRIN, 2002; CARVALHO e PINTO, 2008; FARIAS, 2009).

Ao olhar para as questões de gênero, deve-se lembrar que não se trata de sexo, ou seja, sexo se refere à identidade biológica de uma pessoa, definido geneticamente. Gênero está ligado a construção do sexo social, a partir das características biológicas e de influências culturais e sociais, na busca da igualdade entre homens e mulheres, pois o direito entre eles devem ser os mesmos. Esta questão de gênero tem suscitado discussões, religiosas e políticas, no âmbito do

acesso à educação, trabalho e cidadania (SAFFIOTI, 1999; MEYER, 2004; SCOTT, 2005; FONSECA, 2008).

Há alguns anos, a relação de gênero se estabelecia na relação de poder do patriarca, em especial como homem/marido, neutralizando a exploração – dominação masculina. O poder como ações exercidas entre sujeitos e a dialética entre resistência, dominação e contestação do poder exercido sobre as mulheres (SCOTT, 1990; MEYER, 2004; FONSECA, 2008; CARVALHO e PINTO, 2008).

Percebe-se que a construção de senso comum – masculino e feminino- ainda é muito forte, devido a comportamentos e papéis sociais instituídos, portanto a categoria gênero vem para acrescentar e contribuir para um novo olhar de análise das relações sociais repletas de desigualdades, hierarquias e preconceitos (CARVALHO e PINTO, 2008).

Quando criança, influenciado pelas questões sociais e políticas, se definiam quais as funções de meninos e meninas, ou seja, os meninos saíam junto com os pais para o trabalho e as meninas ficariam com a responsabilidade dos cuidados da casa junto com a mãe. Daí se construiu e se constroem muitas produções de sentido para a vida social, sejam elas no individual, coletivo, cultural, social ou historicamente, influenciando a dinâmica das experiências cotidianas e as relações estabelecidas entre homens e mulheres, de liberdade ou de dominação (CARVALHO e PINTO, 2008; FARIAS, 2009)

Para Adelman e Silvestrin (2002), a identidade de gênero se dá na infância, com influência na construção de identidade e desenvolvimento psicológico dos meninos por meio do esporte, dos sentimentos de superioridade em relação as meninas e o medo da feminilidade, denominando como psicologia da separação, em que se caracteriza também pela rejeição da identidade da mãe para construção da sua própria identidade. Já para as meninas, referem que é um processo de continuidade, aprende as atitudes “femininas” e orienta-se para cuidar do bem-estar dos outros.

Ao se tratar de crianças e adolescentes, a relação de exploração/dominação pode ser delegada às mulheres, devido a função patriarcal a que estão submetidas, porém muitas se negam a exercer esta relação, pois se consideram vítimas da violência de gênero, tanto quanto crianças e adolescentes (SAFFIOTI, 2001).

Muitas mulheres que foram submetidas ao poder patriarcal, por passarem a ser chefes de família entraram no mercado de trabalho, esta reação foi negativa para a

imagem do homem, pois significava a incapacidade deste em se manter como provedor da família, papel social atribuído ao sexo masculino. Porém a mulher tem enfrentado condições diferenciadas de tratamento, no que diz respeito a sua carga de trabalho, que triplicou, pois continuou sendo cuidadora do lar, da família e com a profissão e o salário ainda não é compatível com o repassado ao homem, representando sobrecarga física e emocional para as mulheres. Percebe-se ainda uma mudança de comportamento relativo ao papel social da mulher, com o aumento da oferta de emprego e redução da taxa de fecundidade, possibilitando maior inserção no mercado de trabalho (FARIAS, 2009).

[...] Para fins políticos, a distinção entre o sexo e o gênero é válida: ter pênis ou vagina não deve interferir com o direito de votar ou ser eleito, as oportunidades de educação e trabalho, e o exercício pleno da cidadania. Mas para quem quer entender e analisar as sociedades, não distinguir entre sexo e gênero gera confusão, pois não permite entender as relações históricas entre corpo e a mente, entre sobrevivência física e significado cultural. (ADELMAN e SILVESTRIN, 2002, p.26).

Na área da saúde, trabalha-se com a realidade de corpos sexuados, não se tendo o foco para o corpo em si, mas do seu significado para o indivíduo, bem como as questões de gênero em que homens são mais suscetíveis à violência, narcotráfico, causas externas e mulheres a gravidez indesejada e doenças que a tornam mais frágeis, baseado em papéis rigidamente construídos (MEYER, 2004).

Segundo Nogueira, Modena e Schall (2010), o gênero masculino vem sendo excluído das atividades de educação em saúde porque é um grupo que tem dificuldade de engajamento nas ações de promoção a saúde propostas. Neste sentido, as ações são desenvolvidas sem buscar a(as) causa(s) desta não adesão, a qual as autoras relacionam a falta de discussão sobre socialização masculina, violência, relações íntimas e sexualidade, pois acreditam que estes temas são mais complicados de ser abordado com os adolescentes do gênero masculino do que com os adolescentes do gênero feminino.

Saffioti (2001) refere que na educação de meninos e meninas se deve buscar uma matriz alternativa de gênero, para que sejam educados de forma igualitária, num ambiente em que pai e mãe desfrutem da igualdade, devendo estes saberem



enfrentar as interpretações equivocadas quanto ao desenvolvimento de crianças e adolescentes que são educadas dentro deste contexto da educação de gênero e igualdade.

Entendendo a importância dessa forma de educação de adolescentes e jovens, o Ministério da Saúde, com o apoio da Petrobrás, entre 2011 e 2012, realizou oficinas com adolescentes e jovens, em 14 estados do país, com a intenção de promover uma discussão sobre gênero, sexualidade e saúde. Esta atividade permitiu a troca de experiência entre profissionais, moradores de áreas rurais, grandes cidades e remanescentes de quilombos (BRASIL, 2012b).

Quando colocar em discussão a sexualidade, os profissionais que desenvolveram as oficinas consideraram um tema limitado pelas desigualdades de gênero atribuído a homens e mulheres. Para as mulheres, devido a desinformação e violência vivenciada levam muitas mulheres não tomarem a iniciativa para o uso de preservativo ou que possam decidir sobre sua vida sexual, temendo represália dos parceiros sexuais. Já para os homens, é ensinado que o cuidado com a saúde sexual e reprodutiva diz respeito somente a mulher. Relataram ainda que, para adolescentes e jovens, a abordagem de sexualidade e gênero é mais velado.

Outro assunto abordado foi saúde sexual e direito reprodutivo, sendo percebido como tema pouco conhecido e que suscitou muitos questionamentos, que fizeram refletir, como na fala de uma das mulheres presente nas discussões junto aos adolescentes:

[...] O mais importante foi que aprendi que tanto o homem como a mulher têm os mesmos direitos”; “Entendi que o fato de ser mulher não me torna inferior perante um homem, que não preciso ter vergonha em falar sobre sexo e que procurar me prevenir nada mais é do que um direito meu. (BRASIL, 2012b, p. 8).

Após alguns dias de discussão e troca de experiências entre adultos e adolescentes/jovens verificou-se a seguinte fala:

[...]Acho que mudou no meu comportamento a forma de educar o menino, de achar que ele tem que ser mais grosso, que dengo é coisa de menina. Agora eu penso que podemos, sim, criar o menino de uma

forma mais carinhosa para que no futuro ele também trate as pessoas com o mesmo carinho (BRASIL, 2012b, p.21).

Com relação aos profissionais que participaram das oficinas, em sua maioria, foram mulheres. Segundo os organizadores, isso se deu pelo fato dos participantes serem da área da saúde e educação e pela desigualdade de gênero entre estas ocupações. Várias destacaram a importância de sua participação nas atividades e de como podem ter maior iniciativa em seus relacionamentos e fazer valer suas opiniões nas relações e ambientes de trabalho, após o conhecimento adquirido nas oficinas, sendo este um exemplo da necessidade de realização de atividades que discutam gênero entre adolescentes e profissionais de saúde.

## 2.4 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Em meados do século XX, no Brasil, o sistema de saúde era formado por um Ministério da Saúde subfinanciado e a assistência médica prestada era da previdência social, cujo recurso se dava por meio de institutos de aposentadoria e pensões e divididos por categorias profissionais, sendo diferenciado para aqueles que não possuíam empregos registrados. Após o golpe militar de 1964, reformas impulsionaram o governo para uma expansão da assistência à saúde, que passou também a ser direcionada aos trabalhadores rurais (PAIM, 2011).

A proposta de atenção primária em saúde, expressa na Conferência de Alma-Ata, em 1978, buscou reorientar a organização dos serviços de saúde, por meio de uma inovação conceitual e tecnológica na visão sobre os sistemas de saúde no mundo, ao defender os princípios de integralidade, qualidade, equidade, participação popular, intersetorialidade, atuação em equipe multidisciplinar, incorporando toda uma racionalidade no uso e realização de serviços de saúde que revalorizassem o conjunto de profissionais da atenção básica. Estes princípios seriam alcançados por meio de uma rede descentralizada de serviços de saúde, capaz de acolher e resolver boa parte dos problemas de saúde de indivíduos e comunidades, priorizando grupos sociais mais vulneráveis (CAMPOS e GUERRERO, 2010; TOMASI et. al., 2011; PAIM, 2011).

Os diferentes projetos precursores do Sistema Único de Saúde (SUS), como: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), Ações Integradas de Saúde (AIS), entre outros, tinham como objetivo organizar a estrutura de saúde nas três esferas de governo, incentivando a descentralização da gestão do serviço de saúde. Já os fundamentos do SUS permitiram estratégias para a coordenação, integração e transferência de recursos e procuravam fomentar a atenção ambulatorial realizadas nos centros/postos de saúde, que se caracterizavam por contar com profissionais médicos (clínicos, pediatras e ginecologistas), enfermeiros e outros trabalhadores da saúde que tinham como objetivo principal, aumentar o nível de saúde, ou ainda, reduzir ou controlar a carga de doenças nas comunidades. O financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo e cada uma deve assegurar a regulação de recursos, ao respectivo fundo de saúde (CAMPOS e GUERRERO, 2010; PAIM, 2011).

Em 2006, com a implementação do Pacto pela Saúde, os gestores de cada nível de governo, assinaram a proposta e se comprometeram com as metas e responsabilidades do setor saúde na sua esfera de governo. O financiamento do SUS, por meio dos impostos gerais, tem sido insuficiente para a prestação de serviços público adequados, sendo que atualmente os recursos destinados ao setor são menores do que o previsto quando o sistema foi criado (PAIM, 2011).

A atenção básica, também conhecida como atenção primária, tem recebido destaque no SUS, pois se trata de uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde, correspondendo por cerca de 30% dos atendimentos em saúde no Brasil. Tem como premissa realizar atendimento de menor complexidade, fazendo se necessário conhecer o padrão de utilização e as características dos usuários dos serviços de saúde para o planejamento do sistema como um todo, uma vez que se imagina lidar com problemas simples, os quais requerem tecnologias menos avançadas e qualificação técnica simplificada (CAMPOS e GUERRERO, 2010; TOMASI et. al., 2011; PAIM, 2011).

Os profissionais que compõem a equipe da atenção básica devem fazer o possível para resolver os problemas clínicos dos usuários a ela vinculados. Porém ao contrário do que se pensa, na rede básica, há momentos que se faz necessário um sistema integrado de saúde, com os serviços secundários e terciários, para ofertar os atendimentos de maior complexidade, quando há o agravo da doença do usuário ou

nos momentos de epidemias ou catástrofes, intervindos na dimensão biológica ou social (CAMPOS e GUERRERO, 2010; TOMASI et. al., 2011; PAIM, 2011).

Visando a melhoria das intervenções na atenção básica, foram criados: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), pensados e implantados para promover a mudança de modelo assistencial e a reestruturação do serviço, para a promoção da saúde e ações preventivas. Posteriormente, o Programa de Saúde da Família passou a ser denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois se percebeu a necessidade de transformá-lo em uma estratégia de abrangência nacional, sendo realizadas as devidas adequações de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros que já haviam implantado o PSF, conforme trata a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2007).

Segundo os pressupostos e diretrizes da ESF o trabalhador de saúde deve se vincular ao usuário, de forma que ao longo do tempo as ações contínuas de saúde o tornem corresponsável pela saúde e assim, o profissional poderá apoiar o usuário no cuidado da sua própria saúde com o uso de recursos diagnósticos e terapêuticos disponibilizados (CAMPOS e GUERRERO, 2010; TOMASI et. al., 2011; PAIM, 2011).

Para isso, o usuário deve estar adscrito a uma unidade de saúde de forma que a equipe possa conhecer a população moradora da sua área de abrangência, organizando ações para que os profissionais atuem de forma interdisciplinar, destacando as atividades relacionadas às necessidades de saúde dos usuários e da comunidade, conforme as características de oferta dos serviços. Como por exemplo, podem-se citar as atividades realizadas junto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, o qual teve o intuito de expandir a cobertura e o escopo da atenção básica e o desenvolvimento de redes, atuando em parceria com os profissionais da Atenção Básica e revendo a prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra referência, bem como atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS. Dentre os profissionais, estão: educador físico, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, entre outros (BRASIL, 2008).

## 2.5 AÇÕES DA EQUIPE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

No desenvolvimento de intervenções e ações dos serviços de saúde, se faz necessário conhecer o território, não como um mapa de divisão de área de abrangência para atendimento, mas olhar para este território observando quem é a população, quais são os problemas de saúde presentes na área e suas condições de educação, moradia, saneamento básico, lazer, transporte entre outros (GONDIM, 2011; BRASIL, 2012c).

Para interação entre população-equipe-território, pode-se utilizar do cadastramento dos usuários, conhecendo os moradores, identificando seus hábitos, condições sócio econômicas e doenças pré-existentes, por meio de entrevista estruturada (quando o pesquisador ou a equipe fizerem um roteiro a ser seguido), assim como se utilizar de coleta de dados secundários em sites públicos das secretarias de saúde, institutos de pesquisa e protocolos, que permitam olhar para os processos de desgaste e de proteção da população da área de abrangência. Juntamente com o processo de territorialização, a equipe estará instrumentalizada para conhecer o contexto social, cultural, histórico, demográfico e epidemiológico das famílias adscrita na área de abrangência da unidade de saúde, podendo identificar os problemas de saúde e as áreas de risco, e então realizar o planejamento de ações para os enfrentamentos do processo saúde doença (VERDI, BOEHS, ZAMPIERI, 2005; GONDIM et. al., 2009; CAMPOS e GUERRERO, 2010).

A equipe pode, ainda, realizar a confecção de um mapa inteligente, pontuando os dados encontrados no processo de territorialização, como, equipamentos públicos, comércio, terrenos baldios, moradias precárias, presença de animais, doenças prevalentes, óbitos, entre outras informações, de modo que fique em local visível para toda a equipe de saúde. O mapa permitirá melhor reflexão dos profissionais sobre a população a ser atendida e quais ações devem ser realizadas para prevenção de adoecimentos e promoção da saúde, potencializando as discussões nas reuniões de equipe (CAMPOS e GUERRERO, 2010; GONDIM, 2011).

A população deve ainda ser estimulada pela equipe de saúde, quanto a participação popular, por meio dos conselhos locais de saúde, conforme dispõe a Lei 8.142/90, na organização do processo do trabalho na Atenção Básica à Saúde, como forma de garantir espaços de fala e escuta, distinguindo a gestão entre

necessidades/demandas e a disponibilidade de recursos existentes, podendo as relações entre serviços de saúde e comunidades, aproximarem os indivíduos e, assim, promover a adesão às orientações e ações de autocuidado e de higiene – individual e coletiva, permitindo que a atenção básica seja desenvolvida com uma gestão democrática e participativa (BRASIL, 1990; CAMPOS e GUERRERO, 2010; BRASIL, 2012c).

No que concerne ao adolescente, as ações de promoção a saúde e prevenção de agravos devem estar voltadas ao interesse desta população, pois tem sido pouco lembrada no planejamento de ações, visto que esta ausência de ações é justificada pelo fato do adolescente não buscar o serviço ou por não adoecerem. Porém, são sujeitos vulneráveis a vários agravos, que requerem cuidados e atenção dos profissionais de saúde. Ao realizar a aproximação com este segmento populacional, o trabalhador deverá levar em consideração a cultura e o histórico de vida do adolescente, ou seja, os estilos de vida, hábitos, rotinas e rituais na vida dessa população, assim como fatores ambientais e sociais a que presentes na comunidade onde vivem (VERDI, BOEHS, ZAMPIERI, 2005; COSTA, QUEIROZ, ZEITOUNE, 2012; MARQUES e QUEIROZ, 2012; BRASIL, 2012c).

Por meio do atendimento clínico realizado, médicos, enfermeiros e auxiliares, também podem identificar as necessidades de saúde e vulnerabilidades a que estão expostos, para estabelecer ações de saúde individuais ou coletivas, e não somente atendimentos direcionados para os problemas que geraram a procura ao serviço (CAMPOS e GUERRERO, 2010; COSTA, QUEIROZ, ZEITOUNE, 2012).

A abertura de diálogo, a realização da escuta e a linguagem compreensiva, permitirão a compreensão de significados de vida dos adolescentes, essenciais para a construção de vínculo entre o profissional e o indivíduo (VERDI, BOEHS, ZAMPIERI, 2005).

As características dos adolescentes, sejam elas específicas ou por influências do contexto onde vivem, devem perpassar pelo planejamento, desenvolvimento, gestão e organização dos serviços de saúde para que o cuidado seja efetivo. Os profissionais devem realizar projetos de atenção integral, participando desde a concepção dos projetos, da organização e dos cuidados realizados junto a este segmento populacional. Para isso deve ultrapassar ações técnicas e individualizadas e atuar numa visão humanizada, voltada para a valorização e construção da cidadania

garantindo os direitos sociais desta população (COSTA, QUEIROZ, ZEITOUNE, 2012).

Com este olhar diferenciado, para o contexto da comunidade, a população deixa de ser vista como um ser doente e permite intervenções que terão foco na perspectiva gerada pela condição social e a partir do que vivem de fato. Não sendo realizadas, por exemplo, palestras para adolescentes sobre sexualidade, sem refletir sobre qual o sentido, para a população atendida, de ficar grávida antes dos doze anos (CAMPOS e GUERRERO, 2010).

### 3. PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo, fundamentada na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC, a qual se constitui um marco teórico e metodológico na intervenção da enfermagem na coletividade. Esta teoria fundamenta-se no Materialismo Histórico e Dialético (MHD) que compreende os fenômenos de saúde como resultado da organização social para a produção. Sendo que nas sociedades capitalistas os indivíduos dependem diretamente da sua inserção na produção para suprir suas necessidades. Considera também que o caráter histórico dos fenômenos sociais é identificado nas mudanças do modo de produção e reprodução social das sociedades nos seus tempos históricos, sendo estes determinantes das transformações na saúde humana (PERNA e CHAVES, 2008).

A TIPESC (EGRY, 1996) propõe uma forma sistematizada para captar, interpretar e intervir no processo saúde-doença, por meio da realidade objetiva (RO) que será compreendida a partir das três dimensões que a compõe:

Estrutural: formada pelas relações econômicas, sociais políticas e ideológicas que determinam historicamente a articulação do indivíduo na sociedade, por meio dos processos de desenvolvimento da capacidade produtiva e das relações de produção;

Particular: formada pelos processos de reprodução social, ou seja, pela relação de produção/consumo, que determinam perfis epidemiológico indicativos do processo saúde-doença vivido por indivíduos que se encontram nas distintas classes sociais;

Singular: formada pela expressão individual do processo saúde-doença. Sendo que este ocorre pelo desgaste ou proteção do sujeito pela sua inserção uma determinada classe social, em uma determinada sociedade em um tempo histórico. Nesta dimensão da realidade se encontram as formas de participação individual na organização social e, conseqüentemente, na expansão da consciência do indivíduo e de sua família.



Ao apontar as dimensões podemos descrever os processos protetores e de desgastes existentes para compreender a determinação do processo saúde-doença, e assim, identificar as necessidades em saúde, por meio das condições de vida do coletivo, que gerem bem-estar ou que evitem os riscos do indivíduo de adoecer e morrer. A compreensão sobre as dimensões que determinam a RO na saúde possibilita a construção de uma intervenção resolutiva, e a reinterpretação desta, permite a abertura de novos horizontes processuais transformadores da realidade de saúde do indivíduo ou da população (EGRY, 1996; BREILH, 2006; AREAZZA, 2012).

A categoria de análise deste estudo foi baseada nos pressupostos teóricos de vulnerabilidade (AYRES, 1997 e CAMPOS *et. al.*, 2013), assim buscou-se compreender no material empírico, advindo das falas das participantes (dados primários) e da caracterização do cenário do estudo (dados secundários), a vulnerabilidade dos adolescentes que vivem no território estudado. Emergiram do material empírico as quatro categorias e as dezesseis subcategorias que se encontram no reconhecimento e nas intervenções de saúde para adolescentes em vulnerabilidade, e ainda, as potencialidades e fragilidades na atuação da equipe de saúde junto a este segmento populacional, conforme representado na Figura 12 no capítulo de resultados.

### 3.2 LOCAL DE ESTUDO

O local delimitado para a pesquisa foi o Distrito Sanitário Boa Vista, localizado na região norte do município de Curitiba, cuja caracterização está apresentada no capítulo de resultados a seguir. Esta é a quarta pesquisa realizada neste local, por membros do grupo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – pesquisa (NESC-pesq). Nos três estudos anteriores foram trabalhadas as seguintes questões relacionadas aos adolescentes: propostas das Conferências Municipais de Saúde que atendessem as necessidades em saúde dos adolescentes no período de 1997 a 2007; a necessidade de tornar efetiva a implementação das ações propostas por políticas públicas referentes aos adolescentes; as necessidades em saúde percebidas pelos adolescentes que usavam o serviço local de saúde. Com base nos resultados, análise e considerações finais dos estudos mencionados esta pesquisa objetiva explorar a

temática sobre a vulnerabilidade do adolescente que vive nesse território para aprofundar a discussão e contribuir para a prática sanitária local.

Para que esta etapa fosse viabilizada a proposta de pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Curitiba e, na sequência, repassada à chefia do Distrito, sendo que esta última definiu as Unidades de Saúde com possibilidade de receber a pesquisadora para que fossem feitos os convites aos profissionais para a participação no estudo. Diante desta definição da gestão o estudo só pode ser realizado nos locais previamente definidos, processo que se considera como um viés no presente estudo, pois a realidade distrital não pode ser explorada na sua totalidade, sendo uma amostra por conveniência da parte do distrito em estudo. Portanto, a coleta de dados foi desenvolvida nas Unidades de Saúde liberadas pelo Distrito, segundo a disponibilidade dos profissionais para a realização da pesquisa.

### 3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos e legais foram respeitados neste estudo conforme regulamenta a Resolução 466/2012 do CNS. A proposta de pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da UFPR e aprovado com o número CAAE 21853313.4.0000.0102, em 10/12/2013, sendo, posteriormente, encaminhado ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba para análise da viabilidade do estudo (em anexo).

O aceite para participar no estudo foi por meio da anuência do convidado com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1). Neste sentido, foi considerado o direito ao anonimato, ao sigilo e à desistência sem prejuízo para os envolvidos.

### 3.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes foram os dezesseis enfermeiros em exercício nas Unidades de Saúde, as quais foram por definição prévia do referido Distrito Sanitário da Prefeitura Municipal de Curitiba, que aceitaram participar da pesquisa e que exerciam a função por aproximadamente seis meses no local. Este critério foi adotado por considerar que o profissional deveria ter vínculo junto ao segmento populacional em selecionado para o estudo – adolescentes moradores da área de abrangência da Unidade de Saúde. A opção por realizar a pesquisa com os enfermeiros foi devido ao tempo institucional para a finalização desta pesquisa e por considerar que este profissional está presente em diferentes ações da equipe de saúde, assim como é o coordenador das diversas ações executadas pela equipe de enfermagem, a qual é numericamente significativa no processo de trabalho em saúde local. Para entrevista foi realizado contato prévio com os profissionais, após a ciência da Coordenação Distrital e dos Coordenadores das Unidades de Saúde (Atenção Básica e/ou Estratégia de Saúde da Família). Assim, com o possível participante foi definido local e horário para a entrevista, considerando a disponibilidade pessoal e as rotinas de ações sob sua responsabilidade, assim como, se considerou a estrutura física local para a realização do procedimento.

Foram excluídos da pesquisa, os profissionais que não estavam trabalhando nas Unidades de Saúde durante o período estabelecido para as entrevistas (14 de fevereiro a 20 de março de 2014), aqueles que tinham o tempo de atuação menor ou igual a seis meses, enfermeiros em gozo de férias ou licença prêmio, e ainda, aqueles profissionais que estivessem em licença para tratamento de saúde, visto que para a participação no estudo o profissional deveria estar atuando na realidade local e ter o vínculo com a população adscrita.

### 3.5 COLETA DOS DADOS

Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada, conforme instrumento apresentado no Apêndice 2. O roteiro contém duas partes, na primeira

foram coletadas informações para a caracterização do entrevistado e, na segunda parte da entrevista, foram feitas as perguntas que buscaram atender aos objetivos delimitados para o estudo. Neste momento da entrevista foi solicitado ao profissional que falasse sobre as vulnerabilidades que ele identificava nos adolescentes moradores do território sob sua responsabilidade, bem como descrevesse como ocorriam as atividades no serviço de saúde que tinham como finalidade atender estes indivíduos e, por fim, as dificuldades e facilidades que os profissionais encontravam para realizar as atividades descritas. Sendo necessário, em algumas entrevistas, fazer uma definição breve do que é vulnerabilidade.

Todas as entrevistas foram gravadas, com a anuência das participantes, transferidas para o computador e posteriormente transcritas literalmente em arquivo *word*, pela pesquisadora. Para isso, foi utilizado *fone* de ouvido, como forma de assegurar maior proximidade com as falas dos sujeitos, e procedeu-se à audição exaustiva de cada gravação. As participantes da pesquisa foram identificadas de forma sequencial, com a letra E seguidas de um número arábico E1 a E16. Tal codificação teve o objetivo de atender ao direito de sigilo e anonimato das participantes do estudo.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de conteúdo historicamente constituída permite identificar e ultrapassar o senso comum e a subjetividade na interpretação dos dados obtidos, e ainda, interpretar de forma crítica as entrevistas, por meio de análise de conteúdo temático que consiste em evidenciar os núcleos de sentido que tenham significado para a temática e o objeto da pesquisa e, ao final, atender ao objetivo estabelecido para o estudo (BARDIN, 2011).

Neste estudo, as informações foram organizadas e interpretadas, segundo a análise temática proposta por Bardin (2011), cuja operacionalização foi construída a partir das etapas de pré-análise, a qual corresponde a um período de intuições, que tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, num plano de análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, momento em que foram realizadas as transcrições das entrevistas e limpeza das falas.

Nesse processo se evidenciaram os núcleos de sentido (gênero, sexualidade, território, carências, intersetorialidade, modelo de assistência e procedimentos realizados), que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, tiveram significado para o objetivo proposto e, a partir disto, confrontar os resultados, síntese das categorias empíricas, com as categorias analíticas previamente delimitadas, conforme o referencial teórico construído.

Para dar conta de reconhecer as categorias empíricas foi utilizado como método de apoio o *software WebQDA*. Este foi disponibilizado quando já se havia construído a árvore de categorias e subcategorias pela aproximação e leitura exaustiva do material empírico. Assim, por meio do uso do *software* se confirmou ou excluiu se determinadas categorias, pois o método permitiu um olhar criterioso sobre o material selecionado, o que qualificou o processo de categorização e, conseqüentemente, os resultados do estudo.

O *webQDA* é um *software* de análise de conteúdo, destinado à investigação qualitativa em geral, que não precisa ser instalado no computador, pois é utilizado por meio da *internet*. Este método de apoio permite que a fonte de dados e os sistemas de indexação (categorias e definições) estejam disponíveis para um ou mais pesquisadores ao mesmo tempo. Com ele o pesquisador pode editar, visualizar, interligar e organizar os documentos da pesquisa, que estejam em formato de relatórios, documentos, depoimentos, fotografias e vídeos, que venham do triângulo de informação qualitativa (entrevistas, documentos e observações) (SOUZA, COSTA e MOREIRA, 2011).

O sistema se divide em três partes: a primeira – fonte – refere-se aos dados de que dispõe o pesquisador; a segunda – codificação – pode-se criar as dimensões, indicadores ou categorias, sejam elas interpretativas ou descritivas. Na última – questionamento – trata-se de um conjunto de ferramentas que auxiliarão o pesquisador a questionar os dados, contribuindo na construção colaborativa do conhecimento (SOUZA, COSTA e MOREIRA, 2011).

No exame de qualificação houve a indicação do uso de *software* de apoio à pesquisa qualitativa. Assim, em novembro de 2013, busquei uma capacitação para atender ao recomendado e, partir desta busca, realizei o curso inicial do uso do *webQDA*, o que ocorreu em um evento em São Paulo, sendo esta foi minha primeira aproximação com o *software*. Nesse período já havia sido organizada a coleta de dados e com o andamento das etapas da pesquisa as entrevistas foram realizadas e

transcritas. Nesse momento ainda não havia a possibilidade do uso do *software*, pois no curso a liberação para o uso da plataforma foi de apenas um mês, o que não permitiria a inserção de dados para o processo de análise.

Porém, após a participação da orientadora do presente estudo em evento 3º Congresso Ibero-americano em Investigação Qualitativa –CIAIQ 2014, foi garantida a liberação do *software* por um tempo que permitiria ser realizada a inserção dos dados e, posteriormente, o processo de análise. Assim, foi transposto todo o arquivo preparado em *word* para o *software* o que permitiu construir uma nova codificação do material empírico, o que ocorreu ao se perceber a densidade de dados das entrevistas segundo as categorias elaboradas. A partir desta etapa foram evidenciadas as categorias e subcategorias de análise presentes neste estudo, conforme Figura 12. Cabe registrar que nesse processo houve um momento de assessoria do grupo que é responsável pela elaboração, implementação e gerenciamento da liberação do *software*. O objetivo da assessoria foi dirimir dúvidas que emergiram na possibilidade do uso de ferramentas do *software* para a interpretação dos dados.

## 4. RESULTADOS

Este capítulo está subdividido em três partes para facilitar a compreensão dos resultados do estudo. Portanto, a seguir serão apresentados: os dados de caracterização do território onde a pesquisa foi desenvolvida; a caracterização das participantes da pesquisa e, as categorias temáticas que emergiram dos discursos das profissionais entrevistadas.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO - DISTRITO SANITÁRIO BOA VISTA

Para a caracterização do município e do Distrito Sanitário Boa Vista<sup>3</sup> foram utilizados dados coletados em *sites* de instituições públicas que os disponibilizam gratuitamente.

Curitiba é dividida em nove regionais administrativas – Bairro Novo, Boa Vista, Boqueirão, Cajuru, Cidade Industrial de Curitiba (CIC), Matriz, Pinheirinho, Portão e Santa Felicidade. Os bairros que conformam cada regional são diferentes em número, assim como em aspectos geográficos e histórias de ocupações dos seus territórios. Sabe-se que a ocupação do território municipal ocorreu a partir da região central para as partes mais periféricas. Sendo que a regional da parte sul, onde se encontram os bairros: Bairro Novo e Pinheirinho têm as áreas com urbanização mais recentes.

As regionais funcionam como subprefeituras, identificando as necessidades das regionais, promovendo a interligação do planejamento local ao planejamento da cidade como um todo. Em sua maioria, funcionam nas Ruas da Cidadania, que se tornaram ponto de referência e encontro para o usuário dos serviços públicos municipais, no âmbito regional, atendendo às necessidades e aos direitos do cidadão no comércio, no lazer e nos serviços. O acesso ao atendimento fica garantido pelo número de linhas de ônibus próximos ou pela localização próxima a terminais de ônibus. Porém, com relação ao Distrito de Saúde Boa Vista, este não está localizado junto à sua regional administrativa, mas em bairro próximo a mesma.

---

<sup>3</sup> Distrito Sanitário é coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde e gerencia e apoia as unidades de saúde, bem como todas as questões referentes aos serviços de saúde. Regional de Saúde, possui os demais serviços, como: abastecimento, serviço social, esporte e lazer, entre outros. (CURITIBA, 2014)

A seguir a Figura 1 apresenta a distribuição das nove regionais administrativas do município de Curitiba, com a localização e tipo de serviços de saúde no território.



Figura 1 – Mapa da divisão territorial das regionais administrativas do município de Curitiba com a localização dos serviços públicos de saúde. Curitiba-PR, 2014.  
Fonte: [www.saude.curitiba.pr.gov.br](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br), SMS-PMC, 2013.

O Distrito Sanitário Boa Vista, assim como os demais Distritos Sanitários, é coordenado pela Secretaria Municipal da Saúde - SMS, tendo como objetivo gerenciar



e apoiar administrativamente as unidades municipais de saúde que estão no território sob sua responsabilidade, sendo uma das principais atribuições: apoiar as ações de controle de doenças e agravos; receber queixas de usuários e averiguar junto aos serviços de saúde locais; inspecionar /liberar licenças sanitárias e consulta comercial para os estabelecimentos comerciais e de saúde que impliquem risco à saúde da municipalidade, e ainda, realizar ações pertinentes ao papel de apoio e gerenciamento do sistema de saúde da região adscrita. Os bairros na área de abrangência do Distrito Boa Vista são: Abranches, Atuba, Ahú, Bacacheri, Bairro Alto, Barreirinha, Boa Vista, Cachoeira, Pilarzinho, Santa Cândida, São Lourenço, Taboão, Tarumã e Tingui (CURITIBA, 2014).

O Distrito Boa Vista representa 14,39% do território total do município de Curitiba (figura 2). Faz divisa com três municípios da região metropolitana de Curitiba: Pinhais, Almirante Tamandaré e Colombo. Tem como população moradora da área, 248.698 habitantes, sendo considerada a regional mais populosa da cidade.



Figura 2 – Mapa da divisão territorial segundo os bairros da Regional Boa Vista do município de Curitiba-PR, 2014.  
Fonte: SMS/PMC, 2014

O crescimento populacional registrado no período de 2000 a 2010 na regional Boa Vista foi de 10,19%, semelhante ao crescimento populacional no município (Curitiba 10,37%), com uma pirâmide etária que identifica mais adultos que crianças e jovens. A distribuição da população por faixa etária na regional se apresenta da seguinte maneira: 0 a 4 anos - 5,8 %; 5 a 14 anos - 13,3 %; 15 a 24 anos - 16,2 %; 25 a 59 anos - 52,5 %; 60 anos e mais - 12,3%. Ao se comparar a distribuição da população por faixa etária nos anos 2000 e 2010, identifica-se que houve crescimento no grupo de 60 anos e mais, ou seja, em 2010 se tem o dobro de idosos que se tinha no ano 2000, um leve aumento na taxa de adultos, enquanto houve uma redução no número de criança e jovens no mesmo ano. Conforme demonstrado na figura 3, a seguir.

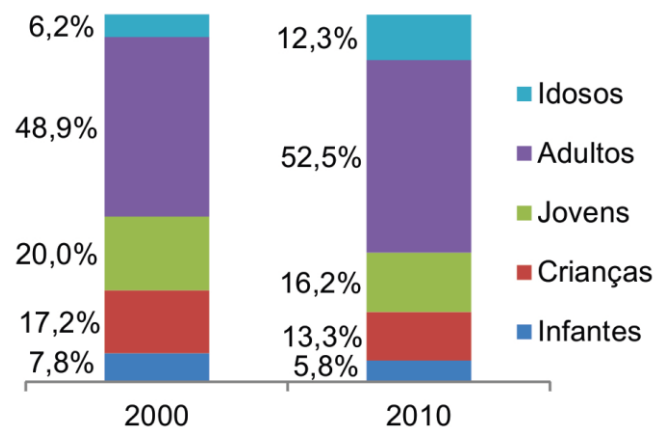


Figura 3- Representatividade do percentual da população geral na Regional Boa Vista por grupo etário nos anos 2000 e 2010. Curitiba-PR, 2014.

Fonte: IPPUC, 2013

Considera-se que mesmo tendo sido explicitado o aumento de população acima de 60 anos, neste estudo o segmento populacional selecionado foi o de adolescentes, visto que este grupo tem um número significativo de indivíduos no território distrital, e ainda, que é um segmento exposto a situações de vulnerabilidade no território e não se percebe uma continuidade de ações que promovam a saúde e previnam agravos, conforme se demonstrou em estudos anteriores desenvolvidos por membros do grupo NESC-pesq já citados anteriormente no presente estudo.

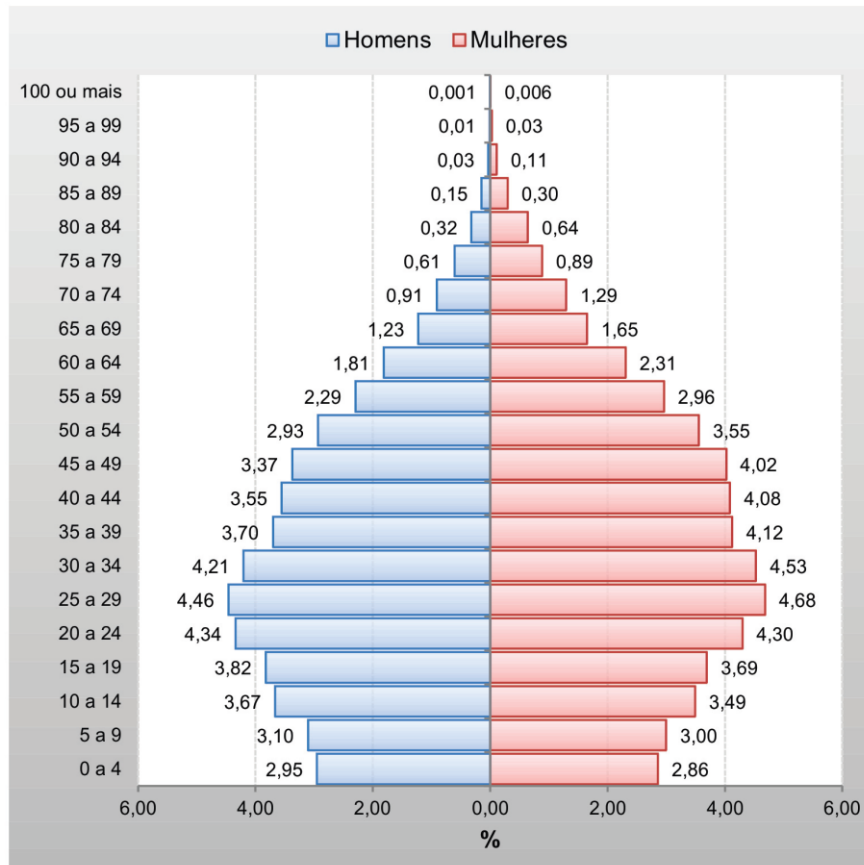


Figura 4 – Representação gráfica da pirâmide etária da Regional Boa Vista no ano de 2010, Curitiba-PR, 2014.

Fonte: IPPUC/ 2013

No território distrital existem dezoito unidades de saúde, destas duas funcionam como unidades mistas, ou seja, duas unidades tem equipes de estratégia de saúde da família e equipe de atenção básica que trabalham simultaneamente. Três unidades de saúde tem exclusivamente equipes de estratégia de saúde da família e, as demais, treze unidades de saúde, tem atendimento no modelo de atenção básica. Compõem ainda a rede de serviços públicos de saúde distrital: uma unidade de pronto atendimento (UPA), três Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), sendo um infantil, um álcool e drogas e um para atendimento de transtornos mentais, tem-se ainda, duas Residências Terapêuticas que funcionam com o serviço de apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (CURITIBA, 2014).

No setor de educação da Regional Boa Vista, o índice de analfabetismo é considerado satisfatório, já o índice de alfabetização de pessoas com idade de cinco ou mais anos, apresenta um leve aumento de alfabetizados do gênero masculino, entre a maioria dos bairros que pertencem a regional estudada (IPPUC, 2013).

Com relação aos equipamentos públicos do setor de educação na regional, os registros indicam a existência de vinte e cinco escolas municipais que atendem até o 5º ano do ensino fundamental, e ainda, três escolas municipais que atendem da 6ª à 9ª série. Nas escolas de ensino fundamental que atendem as crianças com idade de seis a dez anos (até o 5º ano), o número de crianças matriculadas corresponde a 74,56% das crianças da regional nessa faixa etária, para o restante de crianças deste grupo (25,44%), não se tem dados disponíveis, assim podem tanto estar em escolas privadas, como em escolas públicas de outros bairros ou municípios vizinhos, como fora da escola. As outras três escolas municipais, que atendem às crianças com idades de onze a catorze anos de idade, tem matriculado um número de crianças que corresponde a 9,74% deste grupo populacional. Acredita-se que restante de adolescentes nessa faixa etária (de 11 a 14 anos) 90,26% acredita-se que estão matriculados nas escolas públicas do estado que atendem este segmento na regional. Dados que não se pode confirmar, visto que não se tem registro de alunos matriculados nas escolas estaduais disponíveis nos *sites* pesquisados para o presente estudo. A seguir, apresenta-se a Figura 5, com a distribuição dos equipamentos da educação do município de Curitiba, referente às escolas referendadas acima, junto com os demais equipamentos de educação infantil, bem como o Quadro 1, com a representação das escolas estaduais que estão presentes no território estudado.

## UNIDADES DA EDUCAÇÃO POR TIPO - REGIONAL BOA VISTA - 2013

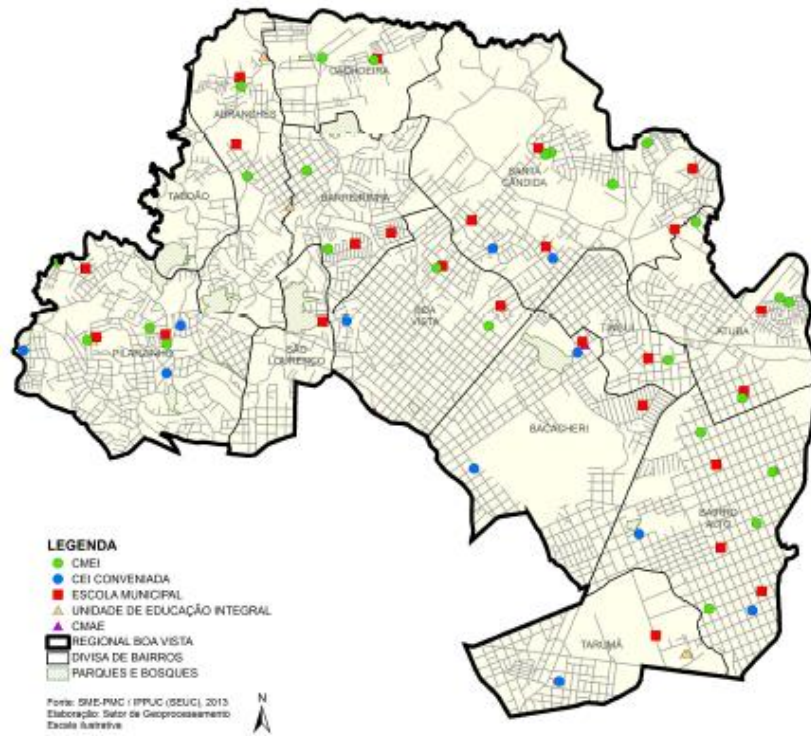


Figura 5 - Distribuição dos equipamentos públicos do setor de educação municipal na regional Boa Vista, Curitiba – PR, 2013.

Fonte: IPPUC, 2013

Quadro 1 – Escolas da rede estadual e tipo de ensino ofertado na Regional Boa Vista. Curitiba-PR, 2014.

Identificação da Escola	Ensino ofertado pela escola			
	Fundamental	Médio	EJA *	Profissionalizante
Algacyr M Maeder	X	x	x	
Aline Picheth	X			
Angelo Gusso	X	x	x	
Bento M da Rocha Neto	X	x		x
Cecilia Meireles	X	x	x	
Centro de Integração Comunitária Diva Paula Gomes **				
Cruzeiro do Sul	x	x		
Dona Branca do Nascimento Miranda	x	x		
Emiliano Pernetá	x			
Ermelino de Leão	x	x	x	
Ernani Vidal	x	x		
Gelvira Correa Pacheco	x		x	
Getulio Vargas	x	x		
Joao Paulo I	x	x	x	
João Wislinski	x			
Leôncio Correia	x	x		x
Loureiro Fernandes	x	x		x
Luiz Losso Filho			x	
Maria Balbina Costa Dias	x		x	
Maria Heloisa Casselli	x	x		
Maria Montessori	x		x	
Maria P Martins	x			
Nossa Sra. da Salette	x	x		
Nossa Sra. de Fátima	x			
Paulo Leminski	x	x		x
Pilar Maturana	x	x	x	
Santa Cândida	x	x		
Santa Gemma Galgani	x	x		

Fonte: Secretaria Estadual de Educação - [www4.pr.gov.br/escolas](http://www4.pr.gov.br/escolas)

NOTA: \*EJA – Ensino de Jovens e Adultos; \*\* Escola com oferta de Cursos e Atividades de Complementação Curricular.

Elaboração: A autora, 2014.

Na rede estadual de ensino, segundo a Regional Boa Vista, há aproximadamente 28 escolas, conforme disponibilizado no *site* da Secretaria Estadual de Educação. Destas, 26 oferecem vagas para ensino fundamental, 18 de ensino médio, dez para ensino de jovens e adultos (EJA) e quatro possuem cursos técnicos profissionalizantes. Há diversas áreas de conhecimento dentre os cursos profissionalizantes disponibilizados pelo estado, porém alguns são ofertados em apenas um estabelecimento de ensino, como por exemplo, o curso de Paisagismo que está disponível na cidade de Pinhais no Colégio Newton Freire Maia ou como o curso de Publicidade, na cidade de Ponta Grossa, disponibilizado no Colégio Senador

Correia, o que dificulta o acesso dos jovens, caso haja interesse em realizar uma destas modalidades de curso profissionalizante disponível na rede pública.

Quanto a ocupação irregular de terreno, esta região é a que possui o maior quantitativo, 81 ocupações, a maior área de ocupação está no bairro Santa Cândida com vinte e quatro áreas, seguido do bairro Cachoeira com treze áreas, Abranches (doze); Pilarzinho (nove); Atuba, Bairro Alto e Boa Vista (cinco cada) e as oito restantes estão dispersas nos demais bairros pertencentes ao distrito.

Ao olhar para as moradias em situação de extrema pobreza, parte do território, os registros indicam o bairro Pilarzinho como aquele que tem o maior número, cento e dezesseis domicílios, o que corresponde a 22% das casas nesta situação, na regional Boa Vista. Chama a atenção que o bairro Santa Cândida, o que tem maior número de áreas com ocupação irregular, conforme descrito anteriormente, não seja o que tenha maior percentual destas casas. Com relação ao atendimento das famílias moradoras desses domicílios e demais necessidade de assistência social é disponibilizado atendimento nos Centros de Referência e Assistência Social (CRAS), como se vê no mapa a seguir (IPPUC, 2013).

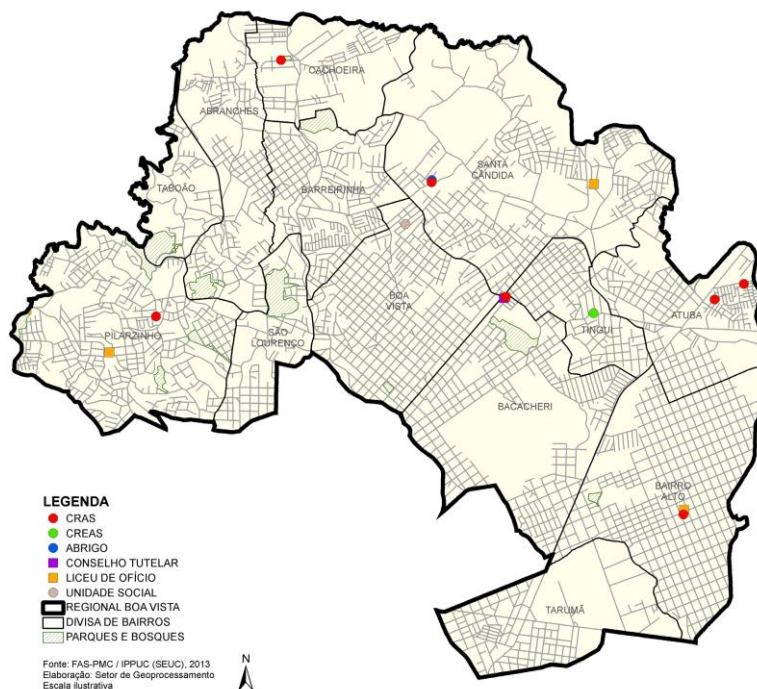


Figura 6 – Unidades de serviço social segundo localização geográfica na regional Boa Vista. Curitiba - PR, 2014.

Fonte: IPPUC – 2013.

Com relação ao abastecimento de água tem-se que 99,15% das residências na regional são abastecidas com água tratada. Porém, a regional tem o pior resultado entre as regionais do município quando se trata de cobertura rede de esgoto 82,95% (IPPUC, 2013). A coleta de lixo abrange 99% da população. Com relação à iluminação pública, a Regional é considerada bem provida, quando comparada ao município, pois dos catorze bairros pertencentes ao distrito, apenas três bairros apresentam menos de 90% deste serviço no local, são eles, Cachoeira, Atuba e Santa Cândida, diferindo dos demais que apresentam cobertura deste serviço acima de 90% dos bairros, embora não abranja sua totalidade (IPPUC, 2013). A avaliação realizada pelo IPPUC em 2012 verificou que a regional possui apenas 24% de ruas pavimentadas com asfalto e possui quatro terminais de transporte com Rede Integrada de Transporte (RIT)<sup>4</sup>, juntos tem capacidade de atender 104.000 passageiros por dia útil (IPPUC, 2013).

As atividades econômicas da Regional são caracterizadas com a presença dos três principais setores: comércio, serviços e indústria, com maior concentração nos bairros Bacacheri, Bairro Alto e Boa Vista (IPPUC, 2013).

Quanto ao rendimento médio nos domicílios particulares em 2010 teve-se o valor de R\$ 3.726,56, o qual se encontrava um pouco abaixo do valor obtido no município de Curitiba, que foi de R\$ 3774,19. A classe de renda na regional teve distribuição similar, embora se possa perceber que houve maior concentração (46%) de classes de renda de até três salários mínimos (IPPUC, 2013).

Baseado nos dados apresentados sobre a concentração de renda na regional, visto que, a renda média nos domicílios particulares está concentrada (45,94%) em até três salários mínimos R\$ 1.530,00, tomando como referência o valor do salário mínimo vigente em 2013 (R\$ 510,00) e a renda média dos domicílios particulares da regional foi identificada com R\$ 3.726,56, uma diferença de R\$ 2.196,56, a qual se olhar as classes de renda se perceberá maior disparidade com aqueles que não possuem nenhum tipo de renda, do que os que possuem até um salário mínimo

---

<sup>4</sup>“A Rede Integrada de Transporte (RIT) permite ao usuário a utilização de mais de uma linha de ônibus com o pagamento de apenas uma tarifa. O processo de integração ocorre a partir de terminais de integração onde o cidadão pode desembarcar de uma linha e embarcar em qualquer outra dentro daquele espaço sem um novo pagamento. Assim, o usuário pode compor o seu próprio trajeto para se deslocar por diversos bairros de Curitiba e municípios da Região Metropolitana. Ao todo, são 14 cidades interligadas por esta rede de linhas que proporciona ampla mobilidade a mais de 2 milhões de pessoas diariamente” (URBS, 2014).



(25,65%). Porém, conforme demonstrado no gráfico a seguir, há diferença ainda maior com relação aos que recebem de três a cinco salários (14,54%) ou ainda, com os que recebem mais de cinco salários mínimos

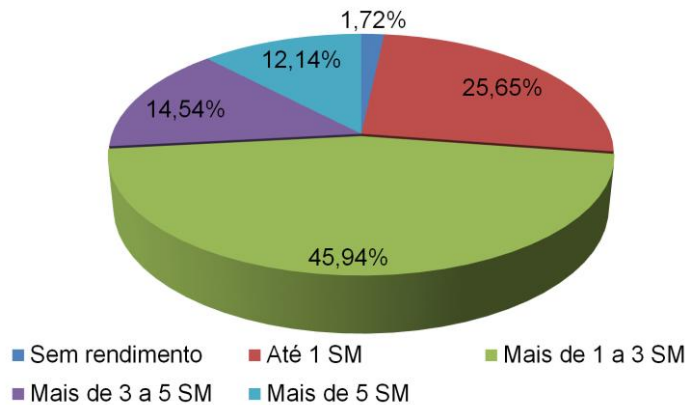


Figura 7 - Distribuição percentual dos domicílios por classe de rendimento domiciliar *per capita* na regional Boa Vista, no ano de 2010<sup>5</sup>. Curitiba-PR, 2014.

Fonte: IPPUC, 2013

Na caracterização do setor de esporte, lazer e cultura, encontra-se que há poucos locais na regional para o lazer e cultura, pois é uma área com uma significativa densidade populacional no município, conforme já demonstrado anteriormente. A seguir a figura 8 demonstra a localização dos equipamentos de cultura e lazer na regional.

<sup>5</sup> Salário mínimo utilizado nestes dados do gráfico foi de R\$ 510,00 – (IPPUC, 2013)

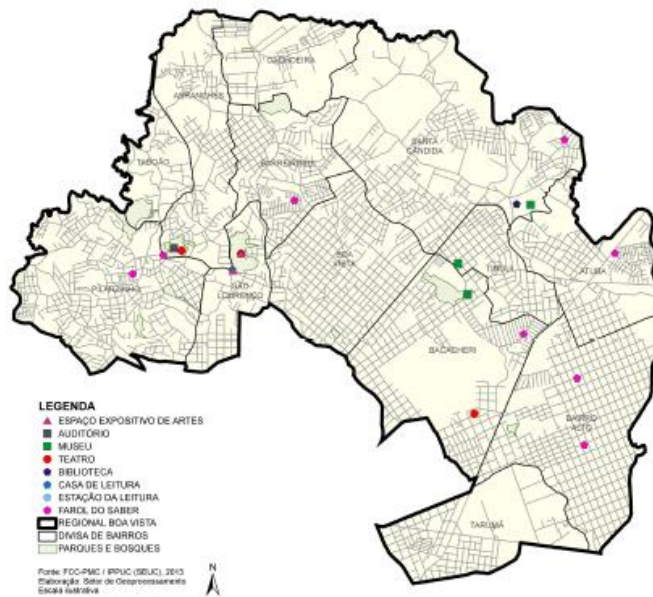


Figura 8 – Unidades culturais segundo localização geográfica, na regional Boa Vista. Curitiba - PR, 2014.

Fonte: IPPUC – 2013

A participação popular está presente nos 18 conselhos locais de saúde, possuindo um papel fundamental na aprovação de projetos e no repasse de informação sobre as necessidades da população. Atualmente, a Regional Boa Vista possui aproximadamente 100 organizações que compreendem desde associações de moradores até clubes de mães, representando vários segmentos da sociedade. A maior parte das entidades está localizada no Bairro Alto, Pilarzinho e Santa Cândida (IPPUC, 2013). Algumas organizações estão representadas na Figura 9 a seguir.

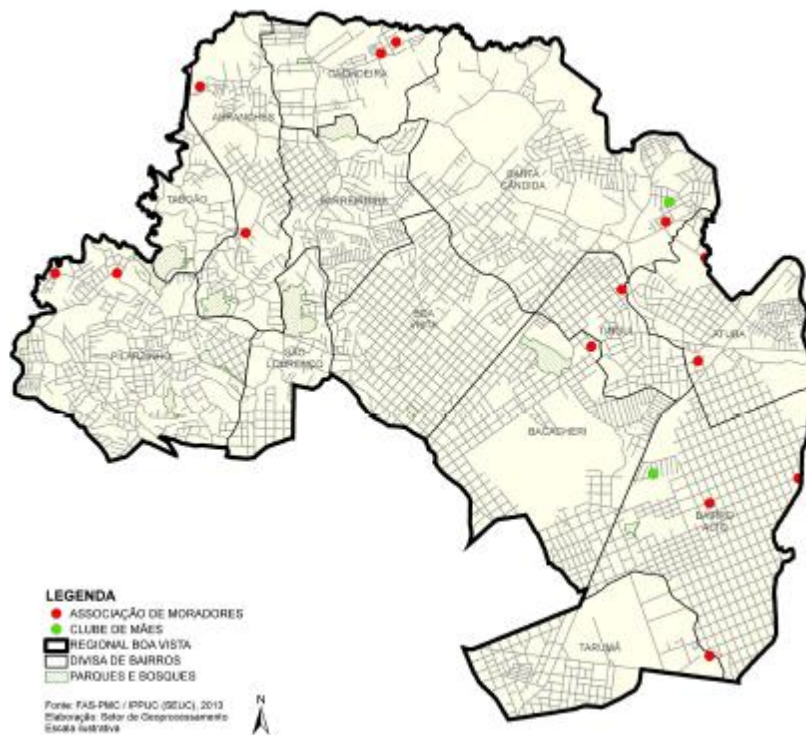


Figura 9 – Identificação das organizações da sociedade civil segundo localização geográfica na regional Boa Vista. Curitiba - PR, 2014

Fonte: IPPUC – 2013.

Com relação a causas externas (violência e acidentes), segundo a polícia civil, houve redução de 45% no número de homicídios do ano de 2010 para 2012, podendo ser avaliado no Quadro 2, as ocorrências registradas no respectivo ano (IPPUC, 2013). A idade das vítimas se concentra em adultos com idade entre vinte e cinco a cinquenta e nove anos, o que corresponde a 64% dos homicídios, seguindo de 24% do total que se referem à população jovem, com idade entre quinze e vinte e quatro anos. Os homicídios em 2010 foram georreferenciados e percebeu-se que em sua maioria ocorreram nas áreas de ocupação irregular, motivados pelo tráfico de drogas, pelo uso e abuso das drogas ou pela disputa pelos pontos de venda e consumo, como demonstrados no quadro 2 e na Figura 10 a seguir.

Quadro 2- Distribuição das ocorrências de homicídios, segundo bairro e método utilizado, na regional Boa Vista, no ano de 2012. Curitiba-PR, 2014.

BAIRROS	MÉTODO	TOTAL POR MÉTODO	TOTAL POR BAIRRO
Abranches	ARMA DE FOGO	3	4
	OBJETO CONTUNDENTE	1	
Atuba	-	0	0
Bacacheri	ARMA DE FOGO	1	1
Baixo Alto	ARMA DE FOGO	6	7
	OBJETO CORTANTE PENETRANTE	1	
Barreirinha	ARMA DE FOGO	2	3
	FORÇA CORPORAL	1	
Boa Vista	ARMA DE FOGO	2	5
	OBJETO CONTUNDENTE	1	
	OBJETO CORTANTE PENETRANTE	1	
	FORÇA CORPORAL	1	
Cachoeira	ARMA DE FOGO	1	1
Pilarzinho	ARMA DE FOGO	8	9
	OBJETO CONTUNDENTE	1	
Santa Cândida	ARMA DE FOGO	7	10
	OBJETO CORTANTE PENETRANTE	2	
	FORÇA CORPORAL	1	
São Lourenço	-	0	0
Taboão	-	0	0
Tarumã	ARMA DE FOGO	2	2
Tingui	-	0	0
TOTAL			42

Fonte: IPPUC, 2013.

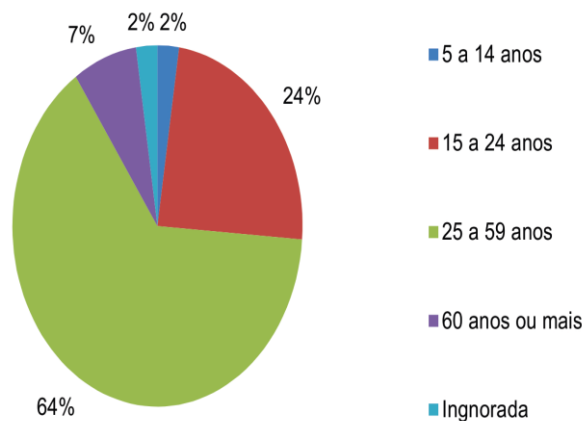


Figura 10 - Proporção de homicídios dolosos por faixa etária, na regional Boa Vista, no ano de 2012. Curitiba - PR, 2014.

Fonte – IPPUC, 2013

Os dados relacionados ao trânsito na regional demonstraram que no ano de 2012 foram registrados 26 acidentes de trânsito fatais no território estudado, destes 8 estavam relacionados ao uso de álcool, sendo que os vinte e seis corresponderam a 10% do total de acidentes fatais ocorridos no município de Curitiba. Já os acidentes com pedestres e moto, perfizeram 66% das ocorrências no município (IPPUC, 2013).

## 4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

A entrevista ocorreu em nove das dezoito unidades de saúde conforme estabelecido pela supervisão do Distrito Sanitário ao julgar a viabilidade do estudo. Nas unidades autorizadas a receber a pesquisa haviam 23 enfermeiras, dentre estas foram excluídas sete conforme os critérios de exclusão, previamente estabelecidos no projeto – uma por estar a menos de seis meses na unidade de saúde; uma por férias e licença prêmio; uma por licença a maternidade; duas por licença tratamento de saúde; uma pela recusa em participar do estudo e, uma por ser a própria pesquisadora. Assim, ao final, o estudo contou com 16 enfermeiras entrevistadas.

Com relação ao tempo que as participantes estão atuando no local teve-se que quatro declararam que estão nas unidades de saúde entre seis meses a dezoito meses; três entre dezenove meses a vinte quatro meses e, as nove restantes declararam estar há mais de trinta e dois meses no local. Assim, presume-se que as profissionais entrevistadas tinham vínculo com a população moradora da área sob sua responsabilidade.

Na caracterização das participantes por idade declarada teve-se uma variação de mais de 20 anos, com uma concentração para as profissionais com a idade entre 36-45, faixa etária declarada por oito entrevistadas. Na sequência teve-se seis com a idade superior a 46 anos e duas declararam ter idade entre 25 e 35 anos. Quanto ao período de formação teve-se que dez enfermeiras declararam ter concluído sua graduação há mais de onze anos, seis entrevistadas declararam estarem formadas entre cinco a dez anos.

A seguir, apresenta-se mapa com a localização aproximada, por bairro, das unidades de saúde onde foram realizadas as entrevistas.



Figura 11 – Representação gráfica da Regional Boa Vista, com a localização aproximada das Unidades de Saúde das entrevistadas do estudo, Curitiba-PR, 2014. Fonte: A autora, 2014.

#### 4.3 DISCURSOS DAS PARTICIPANTES

Com o apoio do software *webQDA*, pode-se evidenciar no discurso das participantes, quatro categorias: *reconhecimento de vulnerabilidade nos adolescentes; intervenção para adolescentes em vulnerabilidade; potencialidades para atuar junto a adolescentes em vulnerabilidade e fragilidades para atuar junto a adolescentes em vulnerabilidade*, sendo que nestas categorias se desdobraram algumas subcategorias, conforme apresentado no esquema da Figura 12 a seguir.

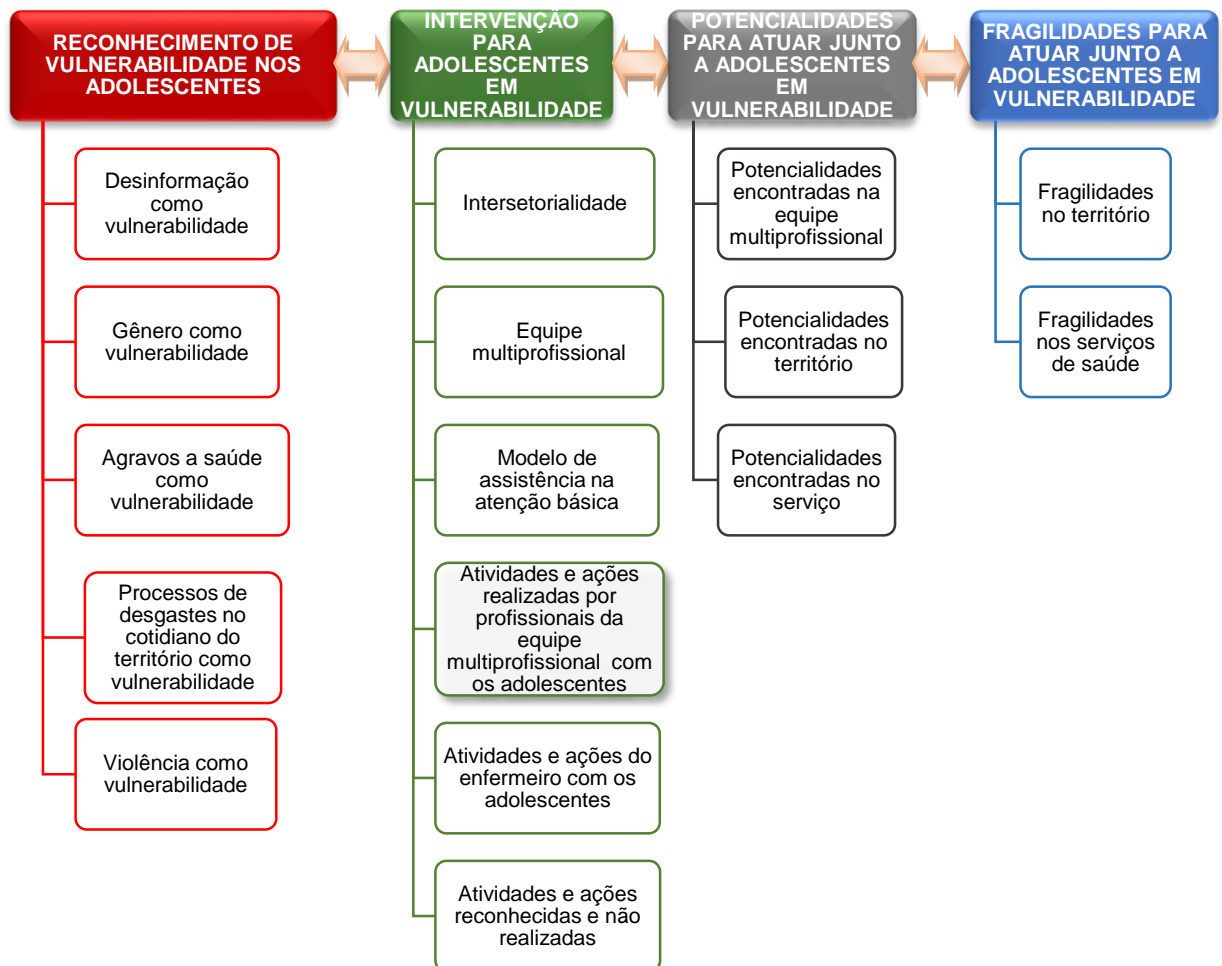


Figura 12 – Apresentação das categorias e subcategorias temáticas evidenciadas no discurso dos participantes do estudo, Curitiba-PR, 2014.  
Fonte: A autora, 2014.

Na primeira categoria, **reconhecimento de vulnerabilidade nos adolescentes**, identificou-se cinco subcategorias, como segue:

- *Desinformação como vulnerabilidade* foi apontado por quatro entrevistadas. Nos discursos as participantes consideraram a desinformação e o desinteresse do adolescente para procurar a unidade no sentido de conhecer ou obter informações sobre as questões relacionadas à sua saúde, assim como, a prevenção de agravos, como vulnerabilidade.

*(...) são poucos os que procuram a unidade. Hoje em dia eles estão preocupados com outras coisas. E9*

*(...) que eu vejo é a desinformação, e além da desinformação o desinteresse (...). E11*

*(...) assim o esclarecimento quanto a gravidez, gravidez indesejada (...). E13*

*(...) tem muitos adolescentes que também falta informação (...). E16*

- *Gênero como vulnerabilidade* no discurso das participantes o tema foi o mais destacado, emergiu em 75% das entrevistas, ou seja, foi referendado em doze de dezesseis falas. Para esta subcategoria considerou-se a fala da entrevistada quando foi apontada vulnerabilidade específica, no caso, se falou sobre o agravo ou fenômeno que estava relacionado ao gênero. Assim, os apontamentos foram relacionados à gravidez e início precoce da atividade sexual para os adolescentes do sexo feminino; o não uso de preservativo, uso de drogas lícitas e ilícitas, relação com as atividades do tráfico de drogas na comunidade e, diminuição da expectativa de vida para os adolescentes do sexo masculino.

*A questão das meninas que acabam tendo relação sexual muito cedo, engravidando muito cedo (...)o que a gente mais percebe é a gravidez mesmo precoce e os meninos começando no tráfico de drogas muito cedo (...) E2*

*(...) gestante adolescente, então gravidez (...), drogas, com o adolescente usuário de droga, álcool, eu tenho marido de gestante que é adolescente, é mais nesse sentido. E12*

*(...) uso de drogas [refere-se aos meninos] iniciar a vida sexual muito cedo sem proteção (...) E10*

- *Agravos à saúde como vulnerabilidade* foi destacado em três entrevistas. Nestas foram apontados a presença de doenças sexualmente transmissíveis (DST) entre os adolescentes da área de abrangência da unidade de saúde, o que para as entrevistadas foi considerado como vulnerabilidade.

*(...)DST (...). E8*

*(...) eles mesmo vêm falando que é usuário, (...) Tem adolescente que tem DST (...). E12*

*(...) principalmente as questões de doenças transmissíveis (...). E13*

- *Processos de desgastes no cotidiano do território como vulnerabilidade*, esta subcategoria emergiu do discurso de oito entrevistas. Nelas foram apontados processos de desgastes relacionados ao cotidiano da população naquele território. As falas foram direcionadas, em especial, à falta de escolas e cursos profissionalizantes na área de abrangência. As entrevistadas destacaram que



a escola instalada no território não oferece atividades de contra turno para os alunos matriculados, o que consideram relevante para que os adolescentes saiam do violento cotidiano da comunidade. Outros processos de desgastes encontrados nas entrevistas foram relacionados ao baixo poder aquisitivo das famílias, as condições precárias de moradia; a precariedade de higiene pessoal e da moradia, a falta de locais para atividade de lazer e as atividades do tráfico de drogas que ocorrem no território, sendo que, conseqüentemente, ficam próximas dos adolescentes e de suas famílias.

*(...) o adolescente na verdade fica meio que refém desta situação porque não tem a escola que ele vai precisa para completar o ensino médio aqui então ele tem que ir ou para o Bairro Alto ou para Colombo e são duas situações de risco que ele corre, geralmente acaba não estudando e o adolescente fica nessa sem estudar e numa situação bem vulnerável (...). E2*

*(...) eles frequentem a escola meio período a dificuldade pra gente trazer eles de volta pro convívio normal. E7*

*(...) lá na casa não tem água, não tem luz, ela não vem nas consultas, o pai dela é bem difícil de conversar, a higiene dela é muito precária, da casa (...). E14*

- **Violência como vulnerabilidade.** Para cinco entrevistadas a violência no território, na família e em instituição de proteção do menor é considerada vulnerabilidade para o adolescente. Uma das entrevistadas destacou que o ato sexual, mesmo consentido, é considerado como estupro quando as adolescentes possuíam idade menor de 14 anos. O envolvimento dos pais com o tráfico de drogas e, conseqüentemente, o envolvimento do filho adolescente; a ocorrência de prostituição e abuso sexual com adolescentes, destacando uma ocorrência mesmo quando o menor estava abrigado em uma instituição não governamental.

*(...) deixa o adolescente muito vulnerável não só os meninos, mas como as meninas também pelo mesmo motivo de não ter esta escola (...), esse espaço que evitaria deles caírem nesse mundo de violência (...). E2*

*(...) a gente tem tanto ponto de drogadição quanto de prostituição (...). E7*

*(...) O acesso de drogas é muito fácil, principalmente na escola daqui (...). E15*

Na segunda categoria, **intervenção para adolescentes em vulnerabilidade** foram encontradas seis subcategorias, as quais são apresentadas a seguir.

- *Intersetorialidade*, o tema foi abordado em dez falas como sendo a possibilidade de promover a intervenção na situação de vulnerabilidade que vivem os adolescentes. O destaque foi para o setor de educação, sendo a escola citada como o local de escolha para realização de intervenção para adolescente, pois é neste ambiente, segundo os participantes, onde são encontrados os menores. Citam ainda, conselho tutelar, rede de proteção e o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS).

*(...) para encontrar os adolescentes é só na escola mesmo (...) Acho que o ideal era a gente trabalhar direto com a escola (...). E5*

*(...) nas quintas feiras a gente vai até o Colégio. E11*

*(...) A gente até faz um trabalho na escola, mas parece que não atinge (...) na verdade a saúde deveria ser um apoio pra escola e a saúde deveria ser auxiliar, não como o principal foco (...) é a nossa escola, que é o equipamento mais próximo. E15*

- *Equipe multiprofissional*, esta foi apontada no discurso de treze participantes. O desenvolvimento de atividades por enfermeira, médico, psicólogo, nutricionista, com maior ênfase para as atividades realizadas pelo educador físico, foram reconhecidas como potenciais para a intervenção em saúde para o adolescente. Com relação ao trabalho em equipe também foi reconhecido o apoio do agente comunitário para a equipe de saúde, o que ocorre por meio de auxílio para as atividades, ou ainda, pelas informações trazidas pelo ACS sobre os adolescentes moradores da área de abrangência da Unidade de Saúde que está sob responsabilidade do profissional.

*(...) nós temos um grupo que o Educador Físico (...) E2*

*Os agentes comunitários ajudam muito a identificar onde estão esses adolescentes e a trazer para US (...). E3*

*(...) foram chamados pela escola estadual para realizar atividade sobre anorexia, mas como estão sem nutricionista e sem psicóloga no NAAPS, considerou muito pobre somente a abordagem da enfermagem (...). E6*

- *Modelo de assistência na atenção básica*, nos discursos de duas enfermeiras foi referido que se houvesse a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nas suas unidades de saúde, seria mais fácil realizar a abordagem junto a este segmento populacional, pois, segundo as entrevistadas, esse processo modificaria o modelo de atenção à saúde que ali é desenvolvido.

*(...) eu acho que se tivesse a Estratégia de saúde da família [ênfase], eu acho que ia ser bem melhor, com a estratégia é mais fácil (...). E5*

*(...) de onde eu vim era realizado, só que era PSF. (...) Nós somos unidade básica, nós não somos estratégia, mesmo quando, mesmo sendo básica era feito o programa, agora não tá sendo feito (...). E8*

- *Atividades e ações realizadas por profissionais da equipe multiprofissional com os adolescentes*, metade (8) das entrevistadas referiu a realização de alguma atividade para os adolescentes moradores da área de abrangência da unidade de saúde, entre estas se destacaram: atividades educativas por meio de palestras, cartazes e bate papo, os quais abordaram a educação sexual, a autoestima, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), e ainda, foram citadas as atividades relacionadas à entrega de preservativos, à escovação de dentes e ao esporte.

*(...) atuar fazendo encontros, palestras, direcionando para esportes, educação sexual (...) e também na US com vários grupos, que serão, eu acho 5 grupos de atuação direta com esses adolescentes e com a família deles também (...). E2*

*(...) uma ação de DST e as próprias ações do programa do adolescente que as meninas desenvolvem, com o PSE (...). E11*

*(...) trabalhar com os adolescentes essa questão da sexualidade (...), que ela trabalha essa questão principal do, da educação sexual e também assim na aceitação do adolescente, dele próprio (...). E13*

- *Atividades e ações do enfermeiro com o adolescente*, nos discursos as entrevistadas fizeram referência ao desenvolvimento de um trabalho mais curativo do que preventivo, isso devido à realização de atendimento à demanda espontânea. As participantes referiram que estes atendimentos ocorrem também na realização de visitas domiciliares. Esta atividade foi destacada como sendo uma possibilidade de captar os adolescentes para o planejamento familiar, e ainda, perceber a dinâmica da família pelo contato com os familiares do adolescente. Nos discursos ainda foram incluídas a consulta de enfermagem e o atendimento às crianças e aos adolescentes que estão na rede de proteção. Algumas participantes, no entanto, relataram não realizar atividades por falta de tempo ou não gostar de realizar atividades com este segmento populacional, ao que reconheceram ser devido às experiências anteriores que não foram exitosas.

*(...) eu não consigo ver um bom trabalho de prevenção ainda, é mais um trabalho curativo que eu tenho desenvolvido, infelizmente (...) E1*

*(...) é o corpo a corpo mesmo, trazer para consulta, orientar (...). E3*

*(...) Classificação, atendimento interno, classificação de risco [protocolo de Manchester] isso a gente ainda faz aqui, não tem a função, mas a quem vem a nós, não externo. E6*

- *Atividades e ações reconhecidas e não realizadas.* As entrevistadas mencionam que deveria ser realizado um programa para a prevenção do envolvimento do adolescente com drogas, e ainda, a prevenção da gravidez precoce, de forma que pudesse ser ofertado aos adolescentes outras opções de vida, como exemplo desta proposta citaram o desenvolvimento de curso profissionalizante para os adolescentes de suas áreas. No discurso as participantes propuseram também a realização de trabalhos mais lúdicos com os adolescentes, citaram como alternativa o teatro. Referiram que o adolescente poderia ser o protagonista desta atividade, na qual o técnico de saúde deveria formar o adolescente para este repassar as informações junto ao seu grupo.

*(...) não colocamos o programa de saúde, não ativamos ainda o programa, tem alguns auxiliares de enfermagem que se prontificaram, mas ainda não (...). E5*

*(...) eu acho assim que seria importante uma forma lúdica de trabalhar com eles a questão do teatro, envolver eles, não só a gente. Pegar eles para serem seus próprios instrutores sabe, a gente trabalhar um tema e os adolescentes trabalharem com eles, de adolescente para adolescente, a gente dar o subsídio de o adolescente trabalhar com outro adolescente, fazer uma troca, uma sementeira de informação (...). E13*

*(...) a gente tá tentando intervir com a vigilância, ver se a gente consegue (...). E14*

A terceira categoria, **potencialidades para atuar junto a adolescentes em vulnerabilidade**, foram evidenciadas três subcategorias como seguem.

- *Potencialidades encontradas na equipe multiprofissional,* este discurso foi destacado por quatro participantes, as quais referiram que alguns profissionais possuem a facilidade de linguagem com os adolescentes e que as atividades desenvolvidas pelo educador físico e pela equipe de odontologia têm potencializado o contato com os adolescentes e a realização de atividades com a equipe do ônibus do adolescente saudável, tem ocorrido por intermédio da equipe de odontologia.

*As atividades são realizadas pelo educador físico e o pessoal da US (...). E3*

*(...) a parte de odontologia a gente consegue atividades (...). E7*

*(...) quem faz tipo intercambio com o ônibus do adolescente saudável essas coisas, são as meninas da odonto(...). E16*

- *Potencialidades encontradas no território.* Para uma das participantes há uma potencialidade na proximidade da unidade de saúde com a comunidade. Isso permite o monitoramento das famílias pela equipe, e ainda, a agente comunitária, por morar no território, auxilia no contato entre os profissionais e a comunidade.

*Facilidade eu acho que é assim o, a comunidade é próxima né, se localiza próximo da unidade de saúde, então fácil da gente visitar né, ir na casa, acompanhar né a família, monitorar a família e também com a ponte do agente de saúde é uma facilidade(...). E2*

*(...) quando ele ainda vem com os pais a gente tem mais chance de resolver a situação, de minimizar o problema (...). E2*

- *Potencialidades encontradas no serviço,* para três participantes a estrutura física da unidade de saúde é uma potencialidade para a realização de atividades educativas, outras três falas relatam o bom relacionamento com a escola como algo positivo para realização de atividades e encaminhamentos. Duas entrevistadas citam a Rede de Proteção como uma atividade importante para as crianças e adolescentes, por integrar vários setores. Uma participante referiu o apoio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para a realização do atendimento de jovens e seus pais, enquanto outra participante referiu o bom contato com o setor de cultura da secretaria, para realização de atividades de cultura e lazer. Por último temos uma participante que referiu a confiança que os adolescentes têm em procurar o seu atendimento— confiança no profissional enfermeiro.

*(...) a estrutura física aqui é ótima, a unidade é nova. E5*

*A parte da cultura e lazer a gente até consegue algumas atividades (...). E7*

*(...)crianças e adolescentes que são notificadas pela rede de proteção, ai eu consigo chamar a família, o adolescente, encaminhar para psicologia, ter uma conversa mais pessoal, que ela está sendo acompanhada pela rede (...). E11*

Com a quarta categoria, **fragilidades para atuar junto a adolescentes em vulnerabilidade**, identificou-se duas categorias, são elas:

- *Fragilidades no território.* Seis participantes apontaram a dificuldade de acesso da equipe com o adolescente, em especial quando este está envolvido e faz uso de drogas ilícitas. A proximidade do adolescente com a violência no território também foi apontada como uma fragilidade. Para as entrevistadas estas fragilidades são potencializadas pela falta de escolas no território de suas áreas de abrangência, conforme já haviam apontado em outras questões. A dificuldade de apoio da família, bem como a ausência dos pais no cotidiano dos adolescentes, devido ao período de ausência pela inserção no trabalho, foi compreendida como processo determinante no contexto social deste segmento populacional.

*(...) que tenham um futuro e trabalhar junto com as famílias também senão também não dá certo, tem que ter o apoio das famílias (...). E2*

*(...) a gente não consegue ter locais na comunidade que a gente pudesse tá trabalhando isso. E7*

*(...) adolescente tem que mudar o contexto social dele, você não consegue mudar, a mãe sai cedo, vai trabalhar, ele fica sozinho em casa o dia todo, fica na internet o dia inteiro, fica postando vídeo no celular o tempo todo, então, assim você não consegue gerenciar esse tipo de coisa, você tem que gerenciar toda uma família (...). E11*

- *Fragilidades nos serviços de saúde.* Nos discursos de todas as participantes surgiram vários apontamentos relacionados a esta fragilidade. As entrevistadas referiram a dificuldade de diálogo com as escolas e a aceitação dos professores/diretores do trabalho da equipe de saúde articulado com a escola. Foi destacado que a atividade da equipe com os adolescentes tem sido prejudicada devido à falta de pessoal, o desinteresse dos profissionais em desempenhar atividades educativas e a falta de tempo para desempenhá-las, o que é em decorrência dos atendimentos programados para outros segmentos populacionais - gestantes, hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose- ao atendimento prestado pela equipe aos usuários da demanda espontânea, e ainda, a elaboração de relatório específico para cada programa. A falta de recursos disponibilizados pela Prefeitura para realização de atividades com adolescentes, no caso foi feito referência aos brindes, lanches, reparos em áreas de lazer e, a inexistência de parceria com outras secretarias. As entrevistadas relatam ainda, a dificuldade de acesso a serviços de apoio pela necessidade de deslocamento do adolescente e de seus familiares, como por exemplo, Centro Vida que atende adolescentes com

dependência química. Nos discursos houve destaque para as ações do Conselho Tutelar, as quais as entrevistadas consideraram não resolutivas para os casos que as equipes já encaminham.

*(...) planejamento não só do enfermeiro enquanto profissional, mas assim, uma motivação da própria equipe de uma forma de estar abordando este adolescente é e a dificuldade mesmo das escolas (...). E1*

*(...) A dificuldade é conseguir auxílio de recursos, pois muitas vezes o funcionário tem que tirar do bolso para realizar um lanche para os adolescentes, o próprio educador físico várias vezes comprou medalha e material para usar nas atividades sem nenhum auxílio. E2*

*(...) Na secretaria não ajudam com nada, é a equipe que tem que se virar como pode, no lanchinho para os adolescentes, pois muitos vêm para o grupo por isso, é difícil a equipe se desgasta e acaba se desestimulando em fazer as coisas. E3*

*(...) tem conselho tutelar, muito falho, muito falho (...). E8*

## 5. DISCUSSÃO

Ao considerar o referencial teórico metodológico que ancora o presente estudo (EGRY, 1996), “no qual se reconhece que a realidade existe fora e independente da consciência humana”, devendo ser abordada nas três dimensões: singular, particular e estrutural. E ainda, entendendo que a realidade objetiva permite reconhecer as contradições existentes em cada uma das suas dimensões e como se conformam no fenômeno que se vê, neste capítulo se discute os dados apresentados anteriormente nesta perspectiva.

No início das discussões apresentadas as categorias e subcategorias que estão relacionadas à dimensão singular, seguida das categorias relacionadas à dimensão particular e à dimensão estrutural do fenômeno aqui estudado. Ao mesmo tempo em que são exploradas as contradições encontradas na realidade, discutindo-as à luz do referencial teórico.

### 5.1 CATEGORIAS RELACIONADAS À DIMENSÃO SINGULAR

O **reconhecimento de vulnerabilidade nos adolescentes** segundo as entrevistadas, a vulnerabilidade dos adolescentes está relacionada à presença de sinais e sintomas, nos discursos foram referidos a gravidez e o uso de drogas ilícitas.

Divergentes da compreensão apresentada nos discursos das participantes, autores referendados na base teórica deste estudo referem que a vulnerabilidade, do indivíduo ou do coletivo, ocorre segundo as condições históricas e sociais, que podem torná-los ou não expostos a situações de risco, de forma que políticas públicas e propostas de enfrentamento devem estabelecer intervenções, tanto no setor saúde, como ações deste setor articuladas com demais setores públicos (ações intersetoriais) no sentido de superar ou transformar as condições que potencializam a vulnerabilidade dos sujeitos (NICHATA et al, 2008; ANJOS et al, 2012; SILVA, ALVARENGA e OLIVEIRA, 2012; SANTOS e CUBAS, 2012).

No desenrolar das entrevistas, se percebeu outras características pessoais que foram identificadas como vulnerabilidade dos adolescentes. Entre estas se destaca a *desinformação como vulnerabilidade*. As entrevistadas referiram que o não



conhecimento sobre determinadas questões da vida vem a ser uma vulnerabilidade individual, que pode ou não colocar um adolescente em risco de adquirir doenças ou agravos à saúde, isso devido a não adoção de medidas preventivas. Para Zeitoune et al (2012) a escola representa um processo de proteção para essas situações, pois considera que é nesta instituição que os indivíduos podem adquirir informações a respeito da nocividade do uso de drogas lícitas e ilícitas. Ao mesmo tempo o autor refere que este ambiente pode tornar-se um processo de desgaste, pois ali o adolescente pode ter proximidade com outros jovens já inseridos no mundo das drogas. Com relação ao setor saúde, afirma que as informações relacionadas à promoção da saúde ou prevenção de adoecimentos, poderiam ser obtidas se o adolescente tivesse vínculo com um profissional do serviço local, e assim, o procurasse para obter orientações relacionadas à esta fase de sua vida, como também sobre questões que lhe trazem anseios nesse momento de transformação do corpo.

No discurso das entrevistadas, ao referirem sobre a gravidez e a drogadição como vulnerabilidade, apontaram estes processos de desgastes como se fossem exclusivos de cada gênero, pois gravidez foi referida como vulnerabilidade das meninas e, a drogadição como vulnerabilidade dos meninos. A partir dos discursos analisados entende-se que os participantes compreendem *gênero como vulnerabilidade* nas realidades das áreas de abrangência dos serviços locais em que atuam.

Segundo Almeida e Hardy (2007) para compreender a gravidez na adolescência, significa olhar para o contexto social, e ainda, verificar que consequências esta gravidez trará para a trajetória de vida desta adolescente. As autoras chamam a atenção pela ausência de discussão sobre a paternidade adolescente, o que permitiria explorar o fenômeno em outra dimensão, ou seja, superar a compreensão de que a gravidez nessa faixa etária seja um problema exclusivo da menina, para assim preparar os indivíduos do sexo masculino para uma vida sexual segura e responsável.

As autoras referem ainda que, dentro dos papéis sociais de gênero, os adolescentes se expõem a diversos riscos e que o homem não é o ator principal do processo reprodutivo. Embora não tenham esse papel e a paternidade não seja discutida, ao descobrir que serão pais, muitos adolescentes passam a ter a responsabilidade de trabalhar para prover o seu sustento e do filho, de forma total ou

parcial, atendendo às expectativas sociais da masculinidade e garantindo sua passagem para a fase adulta.

Resta (2012), refere que a inexperiência e a falta de diálogo nos relacionamentos dos adolescentes, os leva a maior vulnerabilidade com relação a atividade sexual sem planejamento, sem os devidos cuidados do uso de métodos contraceptivos e de preservativos para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada. Neste caso, identifica a vulnerabilidade individual como nervosismo, insegurança e, conseqüentemente dúvidas na prevenção. A vulnerabilidade social como sendo a construção social dos papéis de gênero, violência e histórico familiar e, a vulnerabilidade programática como a inexistência de diálogo e cuidado entre adolescentes e profissionais. Além disso, destaca a falta de comprometimento e a indiferença dos profissionais de saúde com relação à iniciação sexual precoce no grupo de adolescentes.

Somado ao que Resta (2012) afirma, ao discutir drogadição e violência, Tarquete e Vilhena (2006), referiram que se trata de uma questão de gênero pautado na dominação masculina, devido a gama de situações a que estão expostos, como uso abusivo do álcool, relação sexual sem proteção, brigas e violência, bem como a pressão sofrida para que sejam competitivos e agressivos.

Com a drogadição e a violência, as entrevistadas afirmaram que os jovens se tornam mais vulneráveis o que as permitiram afirmar os *agravos à saúde como vulnerabilidade*, devido a relações sexuais desprotegidas, o que faz diagnosticar DST nos adolescentes. Para as entrevistadas a adolescência é um momento de descoberta da sexualidade e de alterações hormonais que levam a iniciação precoce da atividade sexual sem orientações prévias.

Na adolescência do sexo masculino, a sexualidade é vista como algo incontrolável, que pode ser vivenciada e muitas vezes incentivada pelas gerações anteriores para demonstrar a masculinidade, assim como nos ambientes em que se insere amigos, família, escola e lazer. Já para o sexo feminino, a sexualidade é algo mais velado, não discutido. A mulher que trata da sua sexualidade de forma mais aberta torna-se mal vista e discriminada pela sociedade (VERDI, BOEHS, ZAMPIERI, 2005; TAQUETE e VILHENA, 2006; ALMEIDA e HARDY, 2007).

Na fala das entrevistadas não se percebe a realização de atividades preventivas para estes agravos, em especial neste momento em que a sexualidade adquire grande importância na adolescência, logo o atendimento deve ser voltado ao

contexto social do adolescente, levando em consideração sua historicidade, modo de viver e se sentir bem, que envolvem o processo saúde doença, dando abertura sobre e como se expõe nas relações sexuais, as doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez. Cabe aos profissionais de saúde dar abertura ao diálogo, sem preconceitos, independente das ações, individual ou grupal, a serem realizadas, as quais devem ter como objetivo ajudar a reduzir as tensões do adolescente, promover esclarecimentos, orientar tratamentos e encaminhamentos disponíveis (VERDI, BOEHS, ZAMPIERI, 2005).

O contexto discutido anteriormente traz na história destes adolescentes, sejam nas suas famílias ou nas suas comunidades, os *processos de desgastes no cotidiano do território como vulnerabilidade*. Para as entrevistadas, estes processos estão relacionados à ausência de escolas e atividades para os adolescentes no território, o que permite a este segmento populacional um tempo livre para atividades no território onde vivem, independente dessas atividades serem relacionadas a processos que potencializam ou fragilizam suas vidas.

A presença de projetos sociais que envolvem o esporte e outras práticas corporais tem contribuído com o aumento do vínculo social e a socialização dos adolescentes, minimizando sua vulnerabilidade ao protegê-los das situações de violência durante o período em que não estão na escola (SOUZA, CASTRO, VIALICH, 2012).

Porém, essa realidade não está presente na fala das participantes, as quais referiram que não há escolas para atuarem na área de abrangência das unidades de saúde na qual desenvolvem suas atividades, o que tem dificultado a construção de vínculo com este segmento populacional, assim como, a realização de ações educativas. Tal afirmação pode ser confirmada pelos dados que caracterizam o território estudado, pois as informações nos mostraram que as escolas municipais presentes no território estudado não conseguem atender toda a população de crianças e adolescentes. E, os dados referentes às escolas estaduais e às atividades de contra turno não estavam disponíveis nos *sites* públicos pesquisados, portanto não pode se afirmar que todas as crianças e adolescentes moradores do distrito pesquisado encontram-se matriculados nestas atividades, o que nos deixa uma lacuna de informação para analisar este tópico do estudo.

Inter-relacionado as subcategorias anteriores, as entrevistadas destacaram a *violência como vulnerabilidade*, que vem sendo considerado um problema de saúde

pública, por estar relacionado ao uso, o abuso e a dependência de drogas entre jovens e adolescentes, aos fenômenos de morte associada a causas externas, HIV e uma série de riscos e agravos a saúde física e mental, com manifestações de violência ocorrendo nas casas, escolas, trabalho e até mesmo nos meios de comunicação, nas suas diversas formas: violência sexual, violência psicológica, violência física e negligência (FIGUEIREDO, 2005; VERDI, BOEHS, ZAMPIERI, 2005).

De acordo com o ECA nos artigos 13º e 245º cabe aos profissionais de saúde notificarem casos suspeitos ou confirmados de violência, bem como, em Curitiba, encaminhar o caso para a Rede de Proteção à criança e ao adolescente.

(...) Art. 13. Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais. (Redação dada pela Lei nº 13.010, de 2014 – Lei Menino Bernardo ou Lei da Palmadinha) (BRASIL, 2014).

(...) Art. 245. Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente:

Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência. (...) (BRASIL, 1990).

Destaca-se que em 2009 foi promulgada a Lei 12.015/09, que modificou o Código Penal em relação aos crimes sexuais, o estupro (sexo vaginal mediante violência ou ameaça) e o atentado violento ao pudor (outras práticas sexuais), foram fundidos em um só tipo de crime, o estupro. Também desapareceu a figura da violência presumida, e assim, todo ato sexual com pessoas com menos de 14 anos, passou a configurar estupro de vulnerável, mesmo que se afirme ter sido consentido pelo menor (BRASIL, 2009).

No índice de violência, segundo a caracterização do território e a fala das entrevistadas, percebe-se o envolvimento de adultos jovens e adolescentes com o mundo das drogas, mesmo havendo queda no número de ocorrências conforme os dados apresentados no capítulo de resultados, chama atenção que algumas das ocorrências registradas estão relacionadas às questões econômicas – grupos de

baixa renda, moradores de casas de condições precárias e com desemprego no ciclo familiar.

Diante das questões abordadas, se faz necessário refletir sobre como realizar intervenções que possam alterar a realidade descrita, neste sentido discutir-se-á a segunda categoria que emergiu nos discursos das entrevistadas ***intervenção para adolescentes em vulnerabilidade*** com ações de atenção básica, segundo Verdi, Boehs, Zampieri (2005), nas ações de promoção a saúde e prevenção de agravos deve-se considerar os espaços sociais, assim como, no cotidiano dos indivíduos junto às suas famílias e grupos, para desenvolvê-las e tais ações devem ter como princípio a integralidade.

Porém, na realidade estudada cabe refletir sobre como realizar ações fundamentadas no princípio da integralidade, pois no discurso, observa-se a inexistência de outros setores no território, o que compromete a *intersetorialidade* nas ações. Segundo as participantes, as atividades com os adolescentes deveriam ser articuladas com as escolas e, ao mesmo tempo, as entrevistadas referiram que não há este equipamento próximo das unidades de saúde em que atuam. Neste sentido, se permite afirmar a existência de uma contradição nas falas das profissionais.

Para Verdi, Boehs, Zampieri (2005), como a saúde da população é expressa por problemas e seus determinantes, são importantes a participação e a articulação da saúde com outros setores da sociedade, inseridas na área de abrangência da unidade de saúde, para o enfrentamento dos problemas encontrados. Nos discursos foi evidenciada a existência de outros setores no território estudado, tais como do setor de educação, de assistencial social ou equipamentos de movimentos sociais organizados, os quais poderiam ser articulados para o desenvolvimento de ações junto aos adolescentes do território, porém, conforme a fala das entrevistadas, o que se vê não é um trabalho integrado entre eles e, ao contrário, se pode verificar que quase não se promove ações de promoção à saúde e prevenção de adoecimentos para este segmento populacional nas áreas de abrangências dos serviços das entrevistadas.

Para que essas atividades sejam realizadas, percebe-se na fala das participantes que é importante o envolvimento da *equipe multiprofissional*, com destaque aos profissionais de educação física do NASF e os agentes comunitários de saúde. No reconhecimento do trabalho e do desempenhado do ACS foram apontadas atividades como: a distribuição de preservativos, mais diálogo sobre prevenção;

sensibilizar, mobilizar e reunir pessoas para atividades coletivas, além de potencializar a prevenção durante as visitas domiciliares devido a sua facilidade de linguagem com a população, por ser mais comunitária do que com termos técnicos, como a utilizada pelos profissionais (BELLENZANI, SANTOS, PAIVA, 2012).

Já ao referirem as *atividades e ações realizadas por profissionais da equipe multiprofissional com os adolescentes*, as entrevistadas citaram as seguintes atividades: entrega de preservativos; palestras; orientações sexuais; orientações de escovações de dentes, no caso, realizadas pela equipe odontológica e de enfermagem; atividades esportivas, como futebol, a qual é orientada pelo educador físico do NASF.

Nas ações educativas deve-se considerar a visão do usuário sobre o tema e objeto que está em discussão. Ainda, deve-se levar em consideração sua idade, seu histórico de vida e vivência na comunidade em que reside. Essas atividades podem ser realizadas em grupos de indivíduos que tenham pontos e interesses em comum, pois facilita a discussão e facilita a troca de experiências entre os participantes, como por exemplo, as atividades realizadas pelos educadores físicos do NASF, que são realizadas em grande grupo ou por meio de atendimentos individuais, quando estes são solicitados pelos usuários do serviço ou quando o profissional percebe esta demanda.

Os profissionais de saúde, devem ainda compreender qual o seu papel nesse processo educativo, sem esquecer das diretrizes orientadas pela atenção básica do serviço onde estão inseridos, ou seja, quais ações e atendimentos podem ser ofertados para o usuário e, qual a melhor forma de encaminhá-lo aos demais níveis de assistência que necessita (VERDI, BOEHS, ZAMPIERI, 2005).

Levando em consideração o exposto acima, destaca-se que no distrito são encontradas poucas áreas de lazer, em relação a sua extensão territorial e o tamanho da população moradora dessa área. Tal característica da realidade permite afirmar que há uma dificuldade para o acesso dos adolescentes a estes locais para realização de atividades, e ainda, que há dificuldade para se promover e realizar os atendimentos das equipes do NASF. Pois, são necessários espaços amplos para a organização de atividades diferenciadas, criativas e inovadoras, conforme demandam os indivíduos deste segmento populacional.

Quando abordadas sobre as *atividades e ações do enfermeiro com o adolescente*, algumas entrevistadas referiram que não têm contato com o

adolescente. Nos discursos essas entrevistadas referiram o fato da população da sua área de abrangência ser mais idosa ou por não terem tempo para realizar tais atendimentos para os adolescentes. No discurso das entrevistadas que relataram a realização de ações para os adolescentes moradores dos territórios sob sua responsabilidade foram mencionadas as atividades: consulta de enfermagem para orientação sexual ou de DST; realização de ações relacionadas ao pré natal; entrega de preservativo; atendimento à demanda espontânea, neste caso, referiram que a maior procura é das meninas. Destaca-se que em alguns discursos foram referidas a busca ativa para atendimento desta população devido às notificações da rede de proteção ou por solicitação da escola, as quais estão na área de abrangência do serviço local de saúde. Nos casos relatados observou-se que a demanda ocorreu por alguma alteração de comportamento ou de saúde observado no adolescente por profissionais de outros setores.

De acordo com Verdi, Boehs, Zampieri (2005), as relações interpessoais na área da enfermagem são determinantes para se estabelecer a empatia com o usuário, por meio da abertura ao diálogo, escuta e acolhimento, o que permitiria ao profissional compreender os sentimentos e os significados presentes no discurso do indivíduo. Considera-se que a consulta de enfermagem deve ser integrada às atividades desenvolvidas pelos demais profissionais da equipe com o objetivo de facilitar este relacionamento- usuário e técnicos da área de saúde.

Ao falarem sobre as *atividades e ações reconhecidas e não realizadas*, evidenciadas no discurso na subcategoria com o mesmo título, encontram-se as atividades que as entrevistadas entendem como necessárias, mas que não conseguem implantar junto às equipes de saúde para prevenir a gravidez indesejada na adolescência, o uso de drogas ilícitas e lícitas, o envolvimento com o tráfico local de entorpecentes e, conseqüentemente, envolvimento com ações de violência no território e na família. Tal discurso demonstra a contradição que há entre a percepção do problema e a possibilidade de intervir, pois a não realização das atividades necessárias, segundo o discurso das entrevistadas, está relacionada à falta de apoio da gestão e da provisão de recursos, humanos e de materiais, para a implantação da ação, ao mesmo tempo em que, algumas entrevistadas afirmam que este segmento populacional não está presente no território sob sua responsabilidade.

Mais uma vez, as participantes citam a importância da presença da escola, a qual, conforme os discursos e caracterização do território distrital, nem sempre está

presente na área de abrangência da unidade de saúde, para a articulação e planejamento das ações entre os setores no sentido de atender a este segmento populacional. Entre as ações intersetoriais, no caso, saúde e educação, referidas foram apontadas atividades lúdicas no sentido de envolver os adolescentes como protagonistas nas ações. Tal proposta, segundo as entrevistadas, possibilitaria tornar os adolescentes responsáveis pelas atividades, ficando os profissionais como seus orientadores. Para que essa ação tivesse eficácia, segundo as entrevistadas, haveria a necessidade de se ter o apoio de outros setores municipais.

O discurso das entrevistadas sobre as propostas de atividades a serem realizadas junto aos adolescentes vem de encontro com o pensamento de Garcia e Fisberg (2011). Os autores referem que conhecer as necessidades, dificuldades, oportunidades e gostos dos jovens, permite aos profissionais envolvidos o desenvolvimento de materiais e estratégias adequados para serem mais efetivos em seus atendimentos.

Em consonância com as ações a serem realizadas, emergiu a subcategoria *modelo de assistência na atenção básica*, em que duas enfermeiras referiram mudanças nas ações desenvolvidas pela unidade de saúde a partir do momento em que houvesse a mudança de modelo de atenção de básica para o modelo proposto pela Estratégia de Saúde da Família. Para as enfermeiras esta mudança aumentaria o número de equipes de trabalho, conseqüentemente, o número de funcionários. Este aumento de pessoal permitiria a equipe uma maior disponibilidade de tempo para realização de atividades externas, como também, atividades de grupos junto à comunidade da área de abrangência. Porém, este discurso se restringiu às profissionais que estão na atenção básica, pois em nenhum momento as enfermeiras inseridas na ESF abordaram o modelo como uma vantagem para o trabalho junto a grupos ou comunidade.

A ESF trata-se de um processo de adaptação de modelo na atenção básica, estimulado por alocação de recursos federais, que objetiva implementar um olhar para a saúde de forma integral e coletiva, tendo como pressupostos: a promoção da qualidade de vida; a capacitação dos profissionais para intervenção em equipe interdisciplinar; o acolhimento e vínculo do usuário junto aos serviços de saúde local; implementação de ações para famílias e indivíduos que vivem sob situações de risco à saúde e o estímulo à participação popular e estabelecimento de parcerias



intersetoriais para a organização dos serviços (SANTOS e CUBAS, 2012; CAMPOS et. al., 2013).

Ao discorrerem sobre a importância da realização de atividades junto a este segmento populacional, ficaram evidentes as duas últimas categorias ***potencialidades para atuar junto a adolescentes em vulnerabilidade*** e ***fragilidades para atuar junto a adolescentes em vulnerabilidade***. Na primeira categoria se evidenciou discurso que permitiu subdividi-la em três subcategorias, como segue: *potencialidades encontradas na equipe multiprofissional; potencialidades encontradas no território; potencialidades encontradas no serviço.*

No discurso sobre *as potencialidades encontradas na equipe multiprofissional* foi apontada a facilidade de linguagem entre alguns profissionais e os adolescentes do território. Outra potencialidade apontada foi a participação da equipe multiprofissional nas ações já realizadas, em especial a participação do educador físico em determinadas ações, outros profissionais citados foram os auxiliares de enfermagem e os membros da equipe da odontologia. Um recurso que potencializa as ações em equipe foi o ônibus do adolescente saudável para atividades vinculadas às escolas que atingem este segmento populacional.

Na segunda subcategoria, *potencialidades encontradas no território*, ficou evidente que a proximidade da unidade de saúde com a comunidade, que permite o monitoramento das famílias, a realização de visitas domiciliares e o apoio dos ACS que, além de ser morador da área de abrangência da unidade, está mais próximo da realidade de vida dos usuários. Na terceira subcategoria, *potencialidades encontradas no serviço*, foi apontado que a organização e a presença dos serviços públicos no território distrital permitem potencializar a ação no serviço de atenção básica e ESF. Nos discursos foi destacado o apoio da equipe do CAPS AD no enfrentamento de algumas situações, assim como, o apoio da equipe de saúde mental na atuação da equipe local. Com relação ao setor de educação o destaque foi para a liberação das aulas de ciências em algumas escolas encontradas na abrangência da unidade de saúde para realização de atividades de educação em saúde junto aos adolescentes. Com relação à própria unidade de saúde, as entrevistadas destacaram a estrutura física ampliada de algumas unidades de saúde, bem como, a construção dos espaços saúde em outras unidades. Outro setor destacado foi a secretaria de cultura e lazer que tem apoiado ações do serviço local com a liberação e desenvolvimento de atividades de sua equipe concomitante às ações de saúde.

Este discurso é convergente com Zarifian (2003) ao afirmar que a potencialidade da equipe é entendida como um saber dinâmico e flexível, pois cada profissional tem uma qualidade intrínseca, que leva a ter autonomia e iniciativa para realização de seu trabalho, mesmo com tentativas e erros é capaz de superá-los e aperfeiçoar as ações desenvolvidas na sua atividade profissional, devendo haver por parte de seus superiores a motivação para que continuem desempenhando suas atividades.

Na última categoria ***fragilidades para atuar junto a adolescentes em vulnerabilidade***, emergiram duas subcategorias: *fragilidades no território* e *fragilidades nos serviços de saúde*. Na primeira subcategoria fica evidente nos discursos as características das famílias do distrito estudado, pois nestes contextos sociais os pais saem diariamente para o trabalho, o que ocorre com o objetivo de promover o sustento da família, deixando os filhos adolescentes sozinhos durante longos períodos do dia. Assim, como já referido anteriormente, os adolescentes ficam em suas casas pela ausência de atividades de contra turno do setor público de educação. Uma realidade que dificulta o acesso dos profissionais de saúde a este segmento populacional e, ao contrário, facilita a inserção do adolescente em atividades relacionadas à comercialização e ao uso das drogas, e conseqüentemente, a violência advinda destas práticas, pois estas, conforme os dados de caracterização do território estão presentes naquelas comunidades.

Finalizando a dimensão singular, discute-se a subcategoria *fragilidades nos serviços de saúde*. Para as entrevistadas a dificuldade de inserção dos profissionais nas escolas para atuarem junto aos adolescentes, a falta de planejamento de toda a equipe – não só do enfermeiro para que as atividades sejam realizadas – mas da equipe multiprofissional. No discurso esta dificuldade foi associada à falta de recursos humanos, a falta de tempo devido a rotina de atendimentos e a burocracia relacionada a esses na US, a problemas com a estrutura física que se torna inadequada para atender a grupos, e ainda, as dificuldades do profissional para sistematicamente sair da unidade de saúde e poder conhecer a realidade e a população da sua área de abrangência. Para os entrevistados também, há falta de recursos que deveriam ser disponibilizados pela gestão no sentido de realizar atividades junto aos adolescentes. Foram citados como, por exemplo, de falta de material os brindes e os lanches para que as atividades se tornassem mais atrativas para os adolescentes. Esta falta de material faz com que, muitas vezes, esses recursos sejam providenciados pelos

próprios funcionários, o que tem causado desestímulo para a realização das atividades.

Algumas participantes apontam ainda, a ausência de voluntários para a realização de atividades com os adolescentes, num contexto social que acreditam ser difícil de mudar, onde percebem a atuação muito frágil do conselho tutelar, nas ações e segmento de casos relacionados a rede de proteção de crianças e adolescentes.

Resta (2012) em sua pesquisa, identificou a invisibilidade do serviço de saúde para os jovens, pois eles citam como orientadores - amigos, familiares e escola - mas em nenhum momento destacam o serviço de saúde como meio de informação ou de vínculo para as questões de saúde, vindo de encontro aos pontos de fragilidade nas ações junto aos adolescentes encontrados neste estudo.

Ao olharmos para o trabalhador, percebe-se a deficiência de recursos para a realização do trabalho e o desgaste físico e mental em decorrência do contexto sócio econômico cultural em que estão inseridos, bem como a ausência de políticas e apoio institucional para a execução do trabalho. (SANTOS et. al., 2012)

## 5.2 CATEGORIAS RELACIONADAS ÀS DIMENSÕES PARTICULAR E ESTRUTURAL

Conforme foram discutidas no tópico anterior deste capítulo, as falas das entrevistadas foram relacionadas aos aspectos individuais, familiares, comunitários, condições de trabalho e estruturas das instituições públicas presentes nos territórios. As questões apontadas como vulnerabilidade dos adolescentes nos territórios não foram relacionadas aos processos presentes nas dimensões particular e estrutural, ao contrário, foram indicadas como sendo próprias das realidades em que as entrevistadas atuavam, ou seja, houve uma percepção significativa da dimensão singular relacionada aos problemas apontados.

Nos relatos foram muitas situações que indicaram a carência de recursos, assim como, a falta de apoio da gestão para o desenvolvimento de ações e atividades, as quais as entrevistadas demonstraram terem clareza da necessidade da implementação para enfrentar as situações de vulnerabilidade a que estão expostos os adolescentes de seus territórios.

Neste sentido, pode-se afirmar que as entrevistadas deram maior ênfase na dimensão singular e pouco referiram sobre a dimensão particular, pois alguns tópicos apontados demonstraram a fragilidade da estrutura distrital e municipal para a realização de trabalho junto aos adolescentes, visto que a estrutura necessária para o seu desenvolvimento está frágil, ausente ou deficitária no território, e ainda, que o serviço de saúde e os demais serviços locais, tais como: habitação, lazer, assistência social e profissionalização, não conseguem ou não estão articulados e preparados para dar continuidade ao atendimento deste segmento populacional e de suas famílias.

Ao contrário de apontar processos desta dimensão da realidade as entrevistadas demonstraram que, juntamente com sua equipe, se organizam para suprir essa falta de recurso e apoio, bem como se organizam por meio de relações pessoais para suprir a desarticulação política para ações dos diferentes setores presentes no território, em especial educação, assistência social e conselho tutelar.

No território estudado percebe-se que há uma concentração de renda satisfatória, mas que se contradiz com as questões de violência relacionada com as condições precárias de moradia e as situações de pobreza descritas nos discursos. Há escassez de áreas de lazer para a população e a dificuldade de acesso aos equipamentos do setor de educação. Porém, na maioria dos territórios existem os serviços de assistência social, conforme abordado no capítulo de resultados.

A política nacional de atenção básica (PNAB) refere que cabe aos gestores dos sistemas locais de saúde, cumprir os princípios da atenção básica, considerando o sujeito em sua singularidade, integralidade e a inserção sociocultural. Refere ainda que é necessário perceber a dinamicidade do território em que vivem as pessoas, para que assim possam ser realizadas ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, com o objetivo de possibilitar ao indivíduo viver de forma mais saudável para que possa realizar suas atividades diárias (BRASIL, 2012b).

Quanto aos processos relacionados à dimensão estrutural, os quais são processos que determinam de alguma maneira a realidade discutida neste estudo, teve-se, nos discursos analisados, a ausência de referência ao arcabouço jurídico e político que garantem direitos aos adolescentes. Entre esses destaca-se a ausência de falas relacionadas à assistência à saúde nos diferentes níveis do sistema público de saúde para atender à adolescente que engravida e ao adolescente que é usuário de drogas ilícitas.

Não houve destaque para os processos estruturais que determinam as condições de vida da população da área de abrangência da sua unidade de saúde. É certo que esta não foi uma questão diretamente levantada pelo roteiro de entrevista, mas nos discursos os problemas foram apontados como sendo dos próprios indivíduos, de suas famílias desestruturadas e de suas comunidades com problemas de violência e narcotráfico, isso sem fazer relação com a adoção ou não de políticas públicas vigentes. Ao contrário, se reforçou que a intervenção do setor saúde deveria ser articulada entre os setores presentes no local, mas, ao mesmo tempo, se falou das dificuldades com relação às articulações dos setores locais para o desenvolvimento das ações, como também foi referida a falta de recursos e apoio para que se tivessem intervenções resolutivas para promover a saúde e prevenir as situações de gravidez e uso de drogas ilícitas, as quais foram descritas repetidamente nas entrevistas.

A PNAB afirma que é pertinente a gestão municipal inserir a estratégia de Saúde da Família visando a organização de atenção à saúde, bem como a contratação de profissionais para a equipe de saúde, e ainda, é destacado a importância de dar suporte para o funcionamento das unidades de saúde por meio de estrutura física, equipamentos, insumos e apoio para o desenvolvimento de atividades. Refere ainda, que deve haver a Rede de Atenção à Saúde<sup>6</sup> (RAS) em diversos pontos de atenção integrada a serviços de apoio para garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2012b).

Considera-se que para se refletir sobre a ação com adolescentes é importante o conhecimento do ECA, pois é a política vigente que trata da proteção dos direitos fundamentais deste segmento populacional e tem ainda, com relação ao enfrentamento de situações que envolvem este segmento populacional, as recomendações para as medidas socioeducativas, as funções do Conselho Tutelar, como também, referenda como se deve enfrentar situações de crimes cometidos contra crianças e adolescentes. Logo, se considera importante o conhecimento desta lei por parte dos profissionais que desempenharem ações junto aos adolescentes (BRASIL, 1990).

---

<sup>6</sup> Redes de Atenção à Saúde (RAS) são estratégias para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, que consistem na organização de ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial – estrutura da atenção básica como porta de entrada, com equipe multidisciplinar que cobre toda a população (BRASIL, 2012).

As vulnerabilidades percebidas pelos profissionais estiveram relacionadas ao indivíduo, à sua família e à comunidade. Com relação às intervenções já realizadas, e ainda, àquelas que deveriam ser realizadas, foi reconhecido que há potencialidades e fragilidades para se desenvolver ações junto aos adolescentes.

Ao final desta discussão ressalta-se que as ações realizadas junto aos adolescentes, segundo as falas das entrevistadas, são pontuais. Quando desenvolvidas nas escolas, são realizadas palestras sobre sexualidade, orientações de escovação dentária. As ações realizadas nas unidades de saúde foram descritas como sendo: entrega de preservativos; consultas realizadas por procura espontânea, em sua maioria devido ao uso de drogas, gravidez na adolescência ou DST. As ações que são realizadas pelo educador físico, um profissional que esteve presente em diversas atividades descritas pelas participantes, destacou-se o futebol como estímulo à atividade física na adolescência.

Portanto, verifica-se ainda, que as participantes percebem a necessidade de realizar atividades mais lúdicas que envolvam os adolescentes como protagonistas dessas ações, com vistas à redução da gravidez na adolescência e o envolvimento com drogas, sendo necessário para isso o apoio da gestão e do envolvimento de outros serviços públicos presentes no território em que atuam as entrevistadas.

## 6. CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo identificar as ações realizadas nos serviços de atenção básica de um Distrito Sanitário do município de Curitiba para atender os adolescentes em situação de vulnerabilidade e como finalidade contribuir para a elaboração de ações do serviço local para atender aos adolescentes que vivem em situação de vulnerabilidade no distrito pesquisado. Neste sentido acredita-se que estes foram atingidos.

Com os resultados e a discussão percebe-se a importância de incentivar e capacitar as equipes de saúde e dos demais setores públicos para a atuação junto aos adolescentes. Outro destaque se faz para a necessidade de se implantar ações intersetoriais, com apoio institucional, para esta população. Afirma-se a intersetorialidade por entender, assim como afirmaram as entrevistadas deste estudo, que um setor isolado não consegue enfrentar as demandas apresentadas por este segmento populacional com resolutividade.

Para que essas ações possam trazer transformações de realidade, tais como as descritas aqui, é necessário refletir sobre a capacitação para profissionais que atuam junto aos adolescentes. Nesse processo de capacitação deve-se discutir o arcabouço jurídico vigente que é direcionado para os adolescentes e jovens. Outra questão relevante a ser discutida na qualificação de profissionais é o papel do profissional em relação à implementação de ações que, na prática, concretizam os pressupostos das leis. Assim, as ações devem ir além do que se tem realizado, no estudo as entrevistadas citaram a atuação da rede de proteção, ou seja, em uma atuação que ocorre em situações já instaladas de violência, de abandono ou outra questão que coloca o adolescente em situação risco para seu desenvolvimento, para a sua saúde e, conseqüentemente para a vida. Ao contrário, as ações devem ser pautadas na prevenção das vulnerabilidades como as que foram apontadas na presente pesquisa.

Neste sentido se reflete sobre o comprometimento da gestão pública para promover e dar subsídios para as ações que atendam aos adolescentes. Pois o que se pode constatar no estudo foi a ausência de serviços públicos de diversos setores nas comunidades, em especial, os serviços do setor de educação, segurança, esporte e lazer. A falta de acesso a esses serviços públicos, os quais são considerados potencializadores da aprendizagem e do desenvolvimento do adolescente, o

prejudicam significativamente, pois em muitos dos territórios, tais como os das áreas de abrangências das unidades de saúde em que atuam as entrevistadas do presente estudo. Assim, conforme os resultados e discussão, essa ausência propicia o envolvimento deste segmento populacional com o tráfico de drogas e, conseqüentemente, com a violência. Um fenômeno já demonstrado por dados estatísticos relacionados as populações das grandes cidades brasileiras, assim como se pode constatar na pirâmide populacional de Curitiba apresentada no capítulo de resultados.

Entende-se ainda, que para a equipe atuar junto a um segmento populacional que está em vulnerabilidade, esta deve conhecer a população e a área de abrangência da sua unidade, assim como conhecer o processo de determinação do processo saúde-doença dos que ali vivem, isso nas dimensões que conformam a realidade observada- singular, particular e estrutural. Ao reconhecer tal processo é que os profissionais poderão propor intervenções que modifiquem a determinação das vulnerabilidades encontradas naquela população, e ainda, trabalhar essas informações junto aos gestores e Conselhos Locais de Saúde, visando a troca de conhecimento e uma possível articulação para a realização de intervenções necessárias na comunidade, bem como atuar junto a gestão para reivindicar uma assistência a saúde que atenda às necessidades da população local.

Nesta finalização, destaca-se que os resultados e discussão evidenciaram a vulnerabilidade individual dos adolescentes está determinada pela categoria gênero, a qual trata de uma construção histórica e socialmente constituída para diferenciar homens e mulheres. A partir deste conhecimento, se reflete sobre a importância de novos estudos, no sentido de ampliar a discussão sobre as questões de gênero na determinação da vulnerabilidade dos adolescentes em comunidades periféricas de grandes cidades. E ainda, destaca-se a importância de promover discussões acerca desta temática junto aos profissionais de saúde que atuam na atenção básica, assim como junto aos futuros profissionais do setor, pois se entende que a categoria gênero está presente nas vulnerabilidades individuais, tanto quanto nas vulnerabilidades sociais e programáticas.



## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, AFF; HARDY, E Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes **Rev Saúde Pública**; v.41, n.4, p.565-72, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000400010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400010). Acesso em: 19/12/2013
- ANJOS RHD, SILVA JAS, VAL LF, RINCON LA, NICHATA LYI Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV **Rev Esc Enferm USP**; v.46, n.4, p.829-37, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000400007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000400007&script=sci_arttext) Acesso em: 28/01/2013
- AREAZZA, ALV Epidemiologia crítica: por uma práxis teórica de saber agir. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.4, p. 1001-1013, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400022&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400022&script=sci_arttext) Acesso em:15/06/2013
- AYRES, JRCM **Sobre o risco**: para compreender a Epidemiologia. São Paulo, 1997.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2011.
- BARRA DCC, LANZONI GMM, MALISKA ICA, SEBOLD LF, MEIRELLES BHS Processo de viver humano e a enfermagem sob a perspectiva da vulnerabilidade **Acta Paul Enferm.**; v.23, n.6, p.831-6, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/18.pdf> Acesso em: 19/12/2013
- BELLENZANI, R; SANTOS, A de O dos; PAIVA, V Agentes Comunitárias de Saúde e a Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva de Jovens na Estratégia Saúde da Família **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.3, p. 637-650, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000300010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300010) Acesso em: 28/01/2013
- BERTOLOZZI MR, NICHATA LYI, TAKAHASHI RF, CIOSAK SI, HINO P, VAL LF, GUANILLO MCLTU, PEREIRA EG Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva, **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n. Esp 2, p.1326-30, 2009. Disponível em: [www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/40461/43490](http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/40461/43490) Acesso em: 19/12/2013
- BRASIL. Morbidade Hospitalar do SUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/> Acesso em: 22/04/2014.
- \_\_\_\_\_. Decreto-lei - 8069 de 13de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente, e da outras providencias. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 16 jul 1990, p. 13563
- \_\_\_\_\_. Decreto-lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde - sus e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 31 dez 1990, p. 25694
- \_\_\_\_\_. Decreto-lei n. 11.185, de 7 de outubro de 2005. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 10 out 2005. p.02

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica** / Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2008. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)  
Acesso em: 11/08/2014

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009. Dispõe sobre adoção; altera as leis n. 8.069, de 13 de julho de 1990 - estatuto da criança e do adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992; revoga dispositivos da lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - código civil, e da consolidação das leis do trabalho - clt, aprovada pelo decreto-lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, DF, 04 ago 2009, p. 1.

\_\_\_\_\_. Decreto-lei n. 12.696, de 25 de julho de 2012. Altera os arts. 132, 134, 135 e 139 da Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para dispor sobre os Conselhos Tutelares. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, DF, 26 jul 2012a, p. 2

\_\_\_\_\_. **Sensibilização sobre gênero, sexualidade e saúde**: ideias e experiências. Maio, 2012b.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional da Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012c

\_\_\_\_\_. Decreto-lei n. 13.010, 26 de junho de 2014. Altera a Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, DF, 27 jun 2014, p. 2

BREILH, J. **Epidemiologia crítica**: Ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro. Hucitec, 2006.

CAMPOS, MS; MISHIMA, SM Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1260-1268, jul-ago, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000400029&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000400029&script=sci_arttext) Acesso em: 29/03/2013

CAMPOS, GWS; GUERRERO, AVP (org); COSSER, A *et al* **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. 2ª edição. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

CAMPOS, GWS *et al*. **Tratado de Saúde Coletiva**. Hucitec Editora, São Paulo, 2013.

CORRÊA, ACP; FERRIANI, MGC A produção científica da enfermagem e as políticas de proteção à adolescência. **Rev Bras Enferm**, jul-ago; v.58, n.4, p.449-53, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000400013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000400013&script=sci_arttext) Acesso em: 28/01/2013

COSTA, RF; QUEIROZ, MVO; ZEITOUNE, RCG Cuidado ao adolescente: contribuições para a enfermagem **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, abr/jun; v.20, n.2, p.197-202, 2012. Disponível em: [www.facenf.uerj.br/v20n2/v20n2a10.pdf](http://www.facenf.uerj.br/v20n2/v20n2a10.pdf)  
Acesso em: 28/01/2013

CURITIBA. Secretaria de Saúde. **Protocolo de atenção à saúde do adolescente**, 2. Ed. rev. e atual. – Secretaria Municipal de Saúde, 2006.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Disponível em: [www.curitiba.pr.gov.br](http://www.curitiba.pr.gov.br). Acesso em: 13/08/2014

CURITIBA. Urbanização de Curitiba - URBS. Disponível em: [www.urbs.curitiba.pr.gov.br](http://www.urbs.curitiba.pr.gov.br) Acesso em: 13/08/2014

EDUARDO, LP; EGRY EY Estatuto da criança e do adolescente: a visão dos trabalhadores sobre sua prática. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 1, p. 18-24, 2010 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a03v44n1> Acesso em: 28/01/2013

EGRY, EY **Saúde Coletiva**: construindo um novo método em enfermagem, São Paulo. Ícono, 1996.

EGRY, EY; OLIVEIRA, MAC; CIOSAK, SI; MAEDA, ST; BARRIENTOS, DMS; FONSECA, RMGS; CHAVES, MMN; HINO, P Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia de Saúde da Família **Rev Esc Enferm USP**; v.43, n.Esp 2, p.1181-6, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000600006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600006) Acesso em: 29/03/2013

FARIA, RM; BERTOLOZZI, A. **Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil**. R. RA'EGA, Editora UFPR, Curitiba, n. 7, p. 31-41, 2009.

FERREIRA, RA; FERRIANI, MGC; MELLO, DF; CARVALHO, IP; CANO, MA; OLIVEIRA, LA. 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](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000200010) Acesso em: 19/12/2013

FIGUEIREDO, NMA de **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2005.

FIGUEIREDO, NMA de; VIANA, DL; MACHADO, WCA **Tratado de enfermagem – volume 2**. São Caetano do Sul – SP; Yendis Editora, p.271-274, 2008.

FONSECA, RMGS. Gênero como categoria para a compreensão e a intervenção no processo saúde-doença. **PROENF-** Programa de atualização em Enfermagem na saúde do adulto. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, v.3, p.9-39, 2008.

FONSECA, FF *et al* As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção **Rev Paul Pediatr**, v.31, n.2, p.258-64, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822013000200019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822013000200019&script=sci_arttext) Acesso em: 19/12/2013

FRANZIN, LCS; FRANZIN, FM; MOYSÉS, ST Violência doméstica contra crianças e adolescentes: prevalência em cidade do sul do Brasil **Colloquium Vitae**, jul/dez, v.4, n.2, p. 79-84, 2012. Disponível em: <http://revistas.unoeste.br/revistas/ojs/index.php/cv/article/viewFile/805/1041> Acesso em: 28/01/2013

GARCIA, LMT; FISBERG, M Atividades físicas e barreiras referidas por jovens atendidos num serviço de saúde **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, v.13, n.3, p.163-169, 2011. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1980-00372011000300001&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1980-00372011000300001&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso em: 28/01/2013

GONDIM, GMM. **Territórios da atenção básica**: múltiplos, singulares ou inexistentes? 256f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:

[bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2371](http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2371) Acesso em: 15/06/2013

IPPUC. **A cidade que queremos- regional Boa Vista**. Curitiba, 2013.

JESUS FB, LIMA FCA, MARTINS CBG, MATOS KF, SOUZA SPS. Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. **Rev Gaúcha Enferm**; v.32, n.2, p.359-367, 2011. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000200021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000200021&script=sci_arttext) Acesso em: 19/12/2013

JUNGES, JR; BARBIANI, R Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. **Rev. Bioet.**(Impr.), v.21, n.2, p. 207-17, 2013.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n2/a03v21n2.pdf> Acesso em: 15/06/2013

LOLIO, CA de; SANTO, AH; BUCHALLA, CM Mortalidade de adolescentes no Brasil, 1977,1980 e 1985. Magnitude e tendências. **Rev. Saúde Pública**, S. Paulo, v.24, p.481-9, 1990. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101990000600006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101990000600006) Acesso em: 28/01/2013

LYRA, SMK; GOLDBERG, T; IYDA, M Mortalidade de adolescentes em área urbana da região sudeste do Brasil, 1984-1993. **Rev. Saúde Pública**, v.30, n.6, p. 587-91, 1996. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101996000600013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101996000600013) Acesso em: 28/01/2013

MARQUES, JF; QUEIROZ, MVO. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. **Rev Gaúcha Enferm**, v.33, n.3, p.65-72, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000300009&script=sci_arttext) Acesso em: 28/01/2013

MENDES, A da CG; SÁ, DA de; MIRANDA GMD; LYRA TM; TAVARES RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.5, p.955-964, maio, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n5/14.pdf> Acesso em: 15/06/2013

MEYER, D Teorias e políticas de gênero: fragmentos de histórias e desafios atuais.

**Revista Brasileira de Enfermagem**, v.57, n.1, p. 13-8, 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n1/a03v57n1.pdf> Acesso em: 02/05/2014

MINAYO, MCS **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª edição. São Paulo: Hucitec, 2004.

NICHIATA LYI, BERTOLOZZI MR, TAKAHASHI RF, FRACOLLI LA A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem** setembro-outubro; v.16, n.5, 2008. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000500020&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000500020&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso em: 19/12/2013

NOGUEIRA, MJ; MODENA, CM; SCHALL, VT Políticas Públicas voltadas para adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Belo Horizonte /MG: uma análise sob a perspectiva dos profissionais de saúde **Rev. APS, Juiz de Fora**, v.13, n.3, p. 338-345, jul./set. 2010. Disponível em:

<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5879/1/85.2010.pdf> Acesso em: 28/01/2013

OLIVEIRA, MAC (Re)significando os projetos cuidativos da Enfermagem à luz das necessidades em saúde da população **Rev Bras Enferm**, Brasília, mai-jun; v.65, n.3, p. 401-5, 2012. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000300002)

Acesso em: 29/03/2013

OLIVEIRA, SG; DOMINGUES, IB; WUNSCH, S Consulta de enfermagem aos adolescentes em uma UBS. **Nursing**, Edição brasileira, v.12, n.140, p. 35-38, 2010.

OLIVEIRA, DC; GOMES, AMT; PONTES, APM; COSTA, CPM Cuidado de Enfermagem e Necessidades Humanas e de Saúde **Esc Anna Nery (impr.)**, outubro; v.15, n.4, p.838-844, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a25v15n4.pdf> Acesso em: 29/03/2013

PAIM, J *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) p. 11-31, 2011.

PAIM, J; ALMEIDA FILHO, N **Saúde coletiva**: Teoria e prática. Rio de Janeiro. Medbook, p. 3-12, 2014

PERES, F; ROSENBERG, CP Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. **Saúde e Sociedade**, v.7, n. 1, p. 53-86, 1998. Disponível em:

<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/7018/8487> Acesso em: 28/01/2013

PEREZ,DK; CONSTANTINO, EP. Representações sociais da adolescência e do adolescente em projeto socioambiental no município. de Assis-SP **Revista de Psicologia da Unesp**, v.8, n. 2, p. 131-40, 2009. Disponível em:

<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/104/177>

Acesso em: 28/01/2013

PERNA, PO; CHAVES, MMN O materialismo histórico-dialético e a Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva: a demarcação do 'coletivo' para a ações da enfermagem. **Trabalho Necessário**, ano 6, número 6, 2008.

Disponível em:

<http://www.uff.br/trabalhonecessario/images/TN06%20NOLASCO,%20M.%20e%20PERNA,%20P.pdf> Acesso em: 28/01/2013

RAUPP, L; MILNITSKY-SAPIRO, C Reflexões sobre concepções e práticas contemporâneas das políticas públicas para adolescentes: o caso da drogadição. **Saúde e Sociedade**, v.14, n.2, p.60-68, maio-ago, 2005. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902005000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000200007)

Acesso em: 28/01/2013

RESTA, DG. **“Em relação ao sexo tudo é curioso”**: um modo de pensar a sexualidade de jovens na perspectiva da vulnerabilidade e do cuidado em saúde. 158f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em:

<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/67153/000872855.pdf?sequence=1>

Acesso em:01/10/2014

- ROEHRS, H; MAFTUM, MA; ZAGONEL, IPS Adolescência na percepção de professores do ensino fundamental **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.2, p.421-8, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000200026&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000200026&script=sci_arttext) Acesso em: 22/08/2012
- SAFFIOTI, HIB Já se mete a colher em briga de marido e mulher. **São Paulo em perspectiva**, v. 13, n. 4, p. 82-91, 1999
- SAFFIOTI, HIB Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**, v. 16, p. 115-136, 2001.
- SANTOS, A da S; CUBAS, MR. **Saúde Coletiva**: linhas de cuidado e consulta de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- SANTOS, APR **Necessidades em saúde: a percepção dos adolescentes de um determinado território de Curitiba/PR**. 66f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.
- SANTOS, EP **Necessidades em saúde dos adolescentes de um determinado território de Curitiba/PR**. 46f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.
- SANTOS JLG, et. al.Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), jun;33(2):205-212, 2012.
- SCOTT, J Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v.16, n.2, p. 5-22, 1990.
- SCOTT, J O enigma da igualdade. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 11-30, janeiro-abril, 2005
- SEGATO, RL **Os percursos do gênero na antropologia e para além dela**. Série Antropologia, Brasília, 1998
- SILVA, NO **A contribuição do movimento social organizado nas conferências municipais de saúde para a acessibilidade do adolescente ao sistema local de saúde**. 50f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.
- SILVA TMR, ALVARENGA MRM, OLIVEIRA MAC. Avaliação da vulnerabilidade de famílias assistidas na Atenção Básica **Rev. Latino-Am. Enfermagem** set.-out.;20(5):[09 telas], 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000500016&script=sci\\_arttext&tlnq=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000500016&script=sci_arttext&tlnq=pt) Acesso em: 19/12/2013
- SOUZA, FN; COSTA, AP; MOREIRA, A Análise de dados qualitativos suportada pelo software webQDA. **Atlas da VII Conferência internacional de TIC, na educação: perspectivas de Inovação**, Braga, Portugal, 12 e 13 de maio, p. 49-56, 2011. Disponível em: <http://www.webqda.com/wp-content/uploads/2012/06/artigoChallanges2011.pdf> Acesso em: 30/11/2013
- SOUZA, DL de; CASTRO, SBE de; VIALICH, AL Barreiras e facilitadores para a participação de crianças e adolescentes em um projeto socioesportivo. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis, v.34, n.3, p. 761-774, jul./set. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-32892012000300016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-32892012000300016&script=sci_arttext) Acesso em: 28/01/2013

TAQUETTE, SR; VILHENA, MM Adolescência, gênero e saúde **Adolescência & Saúde**, v.3, n.2, abril, 2006. Disponível em:

[http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=139](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=139) Acesso em: 02/05/2014

TEIXEIRA, S da CR; SILVA, LWS da; TEIXEIRA, MA Políticas públicas de atenção às adolescentes grávidas - uma revisão bibliográfica. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 37-44, jan/mar 2013. Disponível em:

[http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=353](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=353) Acesso em: 28/01/2013.

TOMASI, E *et al* Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p.4395-4404, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a12v16n11.pdf> Acesso em: 15/06/2013

VERDI, M; BOEHS, AE; ZAMPIERI, MFM **Enfermagem na atenção primária a saúde: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2005.

ZARIFIAN, P. **O modelo da competência**: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. Tradução Eric Roland René Heneault. – São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2003.

ZEITOUNE, RCG; FERREIRA, VS; SILVEIRA, HS; DOMINGOS, AM; MAIA, AC O conhecimento de adolescentes sobre drogas. **Esc Anna Nery** (impr.), jan-mar; v.16, n 1, p.57- 63, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a08> Acesso em: 28/01/2013.

## APÊNDICES



## APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.

### I- IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO (A)

Sigla nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação na US: \_\_\_\_\_

### II- QUESTÕES PARA ENTREVISTA

- 1) Comente sobre as vulnerabilidades que você percebe na população de adolescentes que é moradora do território que está sob a responsabilidade desta Unidade de Saúde.
- 2) Fale sobre as ações de saúde que a equipe multiprofissional desenvolve para atender às vulnerabilidades dos adolescentes do seu território.
- 3) Fale sobre os atendimentos/atividades que você realiza na unidade de saúde ou na família junto aos adolescentes?
- 4) Aponte as dificuldades e/ou facilidades que você percebe para o desenvolvimento destes atendimentos/atividades

4.1 Apoio- dificuldades e/ou facilidades com a população de adolescentes e seus responsáveis;

4.2 Apoio- dificuldades e/ou facilidades na estrutura dos serviços de saúde e recursos materiais para as ações;

4.3 Apoio- dificuldades e/ou facilidades na equipe de saúde;

4.4 Apoio- dificuldades e/ou facilidades na articulação dos serviços de saúde com os serviços de outros setores presentes na comunidade.

## APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

a) Nós, Maria Marta Nolasco Chaves e Melissa dos Reis Pinto Mafra, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você para participar de um estudo intitulado “**Ações em saúde para adolescentes nos serviços de atenção básica – o olhar do enfermeiro em um Distrito Sanitário**”. É através das pesquisas em campo, que ocorrem os avanços na área de Enfermagem, e sua participação é de fundamental importância.

b) **O objetivo** desta pesquisa é Identificar as ações saúde desenvolvidas pelos enfermeiros dos serviços de atenção básica para atender as necessidades em saúde dos adolescentes do Distrito Sanitário Boa Vista.

c) Caso você participe da pesquisa, será necessário submeter-se à entrevista.

d) A participação neste estudo não envolve nenhum risco, por se tratar de coleta de dados.

e) A pesquisadora: **Melissa dos Reis Pinto Mafra**, estudante do Curso de Pós – Graduação – strictu sensu - Enfermagem da UFPR, é responsável por este estudo, poderá ser contatada na Universidade Federal do Paraná – Campus Botânico – Prédio Enfermagem – 3º andar - as Segundas-feiras e Terças-feiras, das 08:00 às 18:00 h. As entrevistas serão aplicadas e transcritas e o acompanhamento será conforme consta no padrão Ético e Vigente no Brasil.

f) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.

g) A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo, ou se aceitar a participar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Este fato não implicará em prejuízos para você e nem para o pesquisador.

h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos pesquisadores que executam a pesquisa e pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida. A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

i) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da responsabilidade do entrevistado.

j) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu atendimento

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do funcionário

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador<sup>7</sup>

Rubricas: Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal _ _____ Pesquisador Responsável _____ Orientador _____ Orientado _____
--

<sup>7</sup> Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
 Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240  
 Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

**ANEXOS**

## Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR

PREFEITURA MUNICIPAL DE  
CURITIBA-SES



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Ações em saúde para adolescentes no serviços de Atenção Básica - o olhar do enfermeiro em um Distrito Sanitário

**Pesquisador:** MARIA MARTA NOLASCO CHAVES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 21853313.4.0000.0102

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 491.133

**Data da Relatoria:** 10/12/2013

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa de dissertação de Mestrado. O projeto será desenvolvido nas Unidades de Saúde do Distrito Sanitário Boa Vista.

Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo, fundamentada na Teoria Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva - TIPESC, a qual se constitui um marco teórico metodológico na intervenção da enfermagem na coletividade. O objetivo é avaliar a atuação do profissional enfermeiro na atenção à saúde do adolescente.

#### Objetivo da Pesquisa:

Identificar as ações saúde desenvolvidas pelos enfermeiros dos serviços de atenção básica para atender as necessidades em saúde dos adolescentes do Distrito Sanitário Boa Vista

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Para obtenção dos dados será realizado entrevistas semiestruturadas, que serão gravadas. As entrevistas serão realizadas com os profissionais enfermeiros que aceitem participar do estudo por meio da sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual se garantirá os princípios éticos da pesquisa com seres humanos bem como, será garantido o sigilo dos dados pessoais, e em caso de solicitação de desistência, por qualquer motivo, se garantirá este direito ao solicitante.

**Endereço:** Rua Francisco Torres, 830

**Bairro:** Centro

**CEP:** 80.060-130

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3350-9450

**Fax:** (41)3350-9320

**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE  
CURITIBA-SES



Continuação do Parecer: 491.133

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto com relevância para Atenção Primária em Saúde, com a possibilidade de auxiliar no planejamento do serviço.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

sem pendências.

**Recomendações:**

Os profissionais deverão ser contatados exclusivamente no horário de trabalho na Unidade de Saúde.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

sem pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

De acordo com o parecer da relatora.

CURITIBA, 12 de Dezembro de 2013

---

Assinador por:  
**SAMUEL JORGE MOYSÉS**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Francisco Torres, 830

**Bairro:** Centro

**CEP:** 80.060-130

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3350-9450

**Fax:** (41)3350-9320

**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br

## Anexo 2 - Declaração de viabilidade da pesquisa



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

### **DECLARAÇÃO**

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que a pesquisadora Maria Marta Nolasco Chaves protocolou sob o número 76/2013 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado: "Ações em Saúde para Adolescentes no Serviços de Atenção Básica: o Olhar do Enfermeiro em um Distrito Sanitário".

(CAAE: 21853313.4.0000.0102)

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 466/12.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança de sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Curitiba, 10 de dezembro de 2013.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Samuel Jorge Moysés', written over a white background.

**Samuel Jorge Moysés  
Coordenador do CEP/SMS**

### ANEXO 3 – Demonstração dos fragmentos dos discursos, segundo categorias, no software.



Nome do Nó: EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Fontes Internas/ENTREVISTA \_E1 1 Referência | 1.03%

Referência 1 | 1.03%

quem faz este trabalho na unidade é a outra enfermeira

Fontes Internas/ENTREVISTA \_E2 2 Referências | 1.19%

Referência 1 | 0.72%

nós temos um grupo que atua diretamente né, com essa população

Referência 2 | 0.47%

nós temos um grupo que o Educador Físico

Fontes Internas/ENTREVISTA \_E3 1 Referência | 3.32%

Referência 1 | 3.32%

O agentes comunitários ajudam muito a identificar onde estão esses adolescentes e a trazer para US

Fontes Internas/ENTREVISTA \_E4 1 Referência | 1.66%

Referência 1 | 1.66%

algumas pessoas aqui da unidade mais o preparador físico

Fontes Internas/ENTREVISTA \_E5 1 Referência | 2.1%

Referência 1 | 2.1%

pedir pros agentes passar pra gente, assim, quem tem mais risco, os adolescentes mais vulneráveis

Fontes Internas/ENTREVISTA \_E6 2 Referências | 8.58%

Referência 1 | 1.48%

mais direcionado a parte da odontologia

Referência 2 | 7.1%

foram chamados pela escola estadual para realizar atividade sobre anorexia, mas como estão sem nutricionista e sem psicóloga no NAAPS, considerou muito pobre somente a abordagem da enfermagem

Fontes Internas/ENTREVISTA \_E8 1 Referência | 1.44%

Referência 1 | 1.44%

A menina da odonto participou e um outro menino, um auxiliar de enfermagem

Fontes Internas/ENTREVISTA\_E10 2 Referências | 7.37%

Referência 1 | 2.55%

temos um grupo aqui na unidade que trabalha com os adolescentes

Referência 2 | 4.82%

a agente comunitária, a auxiliar de enfermagem que trabalham diretamente com eles, e aí os médicos, eu as vezes participo

Fontes Internas/ENTREVISTA\_E11 2 Referências | 1.79%

Referência 1 | 0.68%

algumas ações com o pessoal da odontologia

Referência 2 | 1.11%

gente tava fazendo uma vez por semana uma ação e agora a cada 15 dias

Fontes Internas/ENTREVISTA\_E13 1 Referência | 0.63%

Referência 1 | 0.63%

O professor V. é o educador físico

Fontes Internas/ENTREVISTA\_E14 1 Referência | 1.09%

Referência 1 | 1.09%

só que tem um grupo com a psicóloga

Fontes Internas/ENTREVISTA\_E15 2 Referências | 2.77%

Referência 1 | 1.41%

É com o pessoal da odonto e o pessoal da enfermagem,

Referência 2 | 1.36%

gente pode ajudar também (Atividade com psicólogo)

Fontes Internas/ENTREVISTA\_E16 1 Referência | 1.24%

Referência 1 | 1.24%

as meninas de saúde buca