



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MIKE DOUGLAS LOPES FERNANDES

DISCURSO DO ENFERMEIRO SOBRE AS PRÁTICAS EDUCATIVAS AOS
ADOLESCENTES NA ATENÇÃO BÁSICA

CAJAZEIRAS - PB

2016

MIKE DOUGLAS LOPES FERNANDES

DISCURSO DO ENFERMEIRO SOBRE AS PRÁTICAS EDUCATIVAS AOS
ADOLESCENTES NA ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação
em Enfermagem, do Centro de Formação de
Professores, da Universidade Federal de Campina
Grande, como requisito para obtenção de título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes

CAJAZEIRAS - PB

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

F363d Fernandes, Mike Douglas Lopes.
Discurso do enfermeiro sobre as práticas educativas aos adolescentes na Atenção Básica / Mike Douglas Lopes Fernandes.- Cajazeiras, 2016.
80p.: il.
Bibliografia.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2016.

1. Educação em saúde. 2. Práticas educativas em saúde - adolescentes. 3. Enfermagem - discursos educativos. 4. Adolescentes - Atenção básica em saúde. I. Fernandes, Marcelo Costa. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

MIKE DOUGLAS LOPES FERNANDES

DISCURSO DO ENFERMEIRO SOBRE AS PRÁTICAS EDUCATIVAS AOS
ADOLESCENTES NA ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro
de Formação de Professores, da Universidade
Federal de Campina Grande, como requisito para
obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 08/10/16

BANCA EXAMINADORA



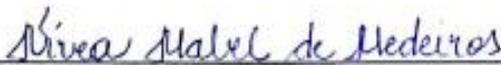
Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/UAENF

Orientador



Profa. Ma. Eliane Miranda da Rocha Ferreira
Faculdade São Francisco – FASP

1º Membro



Profa. Esp. Nívea Mabel de Medeiros
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/UAENF

2º Membro

Dedico este trabalho a Deus, que direciona a história da minha vida, a minha família, de forma especial aos meus pais Francineide e Cícero Félix, minha irmã predileta Marta Kécia e ao seu esposo Marcos, os meus avós, Vó Maria e Vô Antônio, que contribuem infinitamente para ser quem eu sou e que acreditam mais que ninguém em mim e ao meu orientador, Marcelo Fernandes, por trilhar comigo nesta árdua caminhada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter oportunizado coisas maravilhosas durante a graduação e a minha vida, e por ter me colocado diante das mãos certas que pudessem me enriquecer como pessoa, como estudante, como ser humano.

Segundamente agradeço aos meus pais, Francineide e Cícero por tornarem toda essa trajetória possível, sem eles nada disso teria chegado onde chegou e nada teria sido possível, os amo infinitamente.

À minha irmã predileta e única, Marta Kécia, por ser a irmã mais velha mais compromissada que existe, que se preocupa comigo e me apoia nas necessidades, se preocupando as vezes mais que eu. Ao meu cunhado Marcos por colaborar também durante esse percurso.

Ao meus avós, Vó Maria e Vó Antônio, que com suas experiências me engradece como ser humano.

Aos meus tios e demais familiares que contribuíram de alguma forma, especialmente a minha tia Samara que contribuiu nessa trajetória e que por querer que os gêmeos Pedro e Theo, assim como meu primo Vinícius, sejam iguais a mim, me fazendo referência para eles.

Ao meu orientador Marcelo Costa Fernandes, por me mostrar dentro da enfermagem uma área ao qual me identifiquei e ao qual posso dizer quero seguir, por me proporcionar conhecimentos inestimáveis, com sua simplicidade e inteligência extraordinária e por ser um exemplo de profissional e de pessoa a ser seguida, foi um prazer inenarrável ser seu orientando durante esses dois últimos anos de curso, e quem sabe essa parceria dure por vários anos.

Ao quinteto: Amanda, Arydyjany, Márcia Natália e Nathália Ellen, pela amizade e irmandade ao qual tive o privilégio de ser concedido. Espero que nossa amizade seja eterna e que vocês coloquem meu nome nos agradecimentos de vocês.

Aos enfermeiros de Cajazeiras que aceitaram colaborar com esta pesquisa e que mesmo sem noção da dimensão da contribuição para minha formação e por desempenharem um papel importantíssimo para sociedade, com pouco reconhecimento e em meio a diversos percalços que torna sua rotina de trabalho ainda mais difícil.

À uma pessoa especial, Dinara, que apareceu na minha vida e já demonstra que vai permanecer por muito tempo, compreendendo e tendo paciência com esse TCC infinito.

Aos meus amigos Dodora, Jamile e Henrique que apesar do afastamento não desmerece a nossa amizade.

Aos parceiros de residência e de apartamento: Evaldo, Tadeu, João Paulo, Guerhansberger, Jânio, Longuinho, Vinícius e Jardel e aos demais colegas da residência.

Aos meus estimáveis colegas de sala, da turma 15 de enfermagem da UFCG de Cajazeiras, ao qual demostram confiança em mim como tesoureiro da comissão de formatura e pela convivência durante esse anos.

Aos membros do LATICS durante os meus dois anos de participação ao qual me engrandeceu enormemente como acadêmico.

Aos meus professores da graduação que me proporcionaram na medida do possível conhecimento e fome do saber, especialmente aqueles ao qual tive maior contato como monitor, em participação de projetos, de pesquisa e colaborações em eventos científicos: Fabiana Ferraz (do LATICS), George Araújo (da monitoria de Patologia), Humberto (da monitoria de Genética), Mônica Paulino e Edineide Nunes (do projeto de Humanização no HUJB), Álissan Martins (das colaborações nos congressos), Kennia Sibelly (da colaboração da pesquisa de doutorado).

Às funcionárias da UFCG Lidiane e Laraína, por sua paciência e capacidade resolutiva não só comigo, mas com todos os meus colegas.

Às amigas feitas no final da graduação com os colegas de Cuité na casa de Sanjes.

E por fim agradeço a todos aqueles que ajudam ao próximo sem pensar no retorno e que contribuem para transformar, mesmo que singelamente, a vida das pessoas a partir de pequenos gestos.

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.”

(Paulo Freire)

FERNANDES, Mike Douglas Lopes. **Discurso do enfermeiro sobre as práticas educativas aos adolescentes na Atenção Básica**. 2016. 80 f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores. Unidade Acadêmica de Enfermagem, Cajazeiras-PB, 2016.

RESUMO

O enfermeiro possui papel de destaque no âmbito da Atenção Básica, especialmente no que se refere no desenvolvimento de atividades de promoção de saúde da população. Os adolescentes por sua vez possuem características que os tornam serem únicos, especiais e ao mesmo tempo complexos, que carecem de atividades educativas compatíveis com suas necessidades. Diante desses aspectos o enfermeiro acaba por não compreender corretamente essa fase da vida e possui dificuldades em elaborar um plano cuidativo que visualize esse período de maneira biopsicossocial, integral e baseado em uma clínica ampliada no que se refere ao desenvolvimento de práticas educativas, que apesar das mudanças no cenário do cotidiano de práticas desse profissional na Estratégia de Saúde da Família, ainda assim suas ações são carregadas de práticas pautadas no modelo tradicional. Este estudo teve como proposta analisar o discurso do enfermeiro sobre as práticas educativas voltadas aos adolescentes no panorama da Atenção Básica. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa foi com 17 enfermeiros da na Atenção Básica do município de Cajazeiras no estado da Paraíba. Utilizou-se a entrevista semiestruturada como a técnica de coleta de dados. As informações deste estudo foram analisadas por meio da Análise de Discurso pelo seu aspecto subjetivo de trabalhar não com o conteúdo do texto propriamente, mas com os sentidos produzidos por este. Diante destas considerações realizadas, a Análise do Discurso dispôs de apetrechos necessários para atender aos objetivos dessa investigação, permitindo entender de maneira mais profunda o discurso dos profissionais sobre as práticas e suas possíveis problemáticas no que tange a pergunta norteadora desta investigação, em que outros recursos metodológicos não seriam suficientes. Evidenciou-se que o enfermeiro visualiza a adolescência como uma fase de mudanças físicas, psicológicas e hormonais, porém sem a devida diferenciação entre a adolescência e o ser adolescente, o indivíduo que está vivenciando esse período de transição, atribuindo a mesma definição. Em relação a educação em saúde, este profissional a enxerga como a transmissão de informações. Cabe destacar que quando indagado sobre quais e onde realiza suas atividades ele demonstrou utilizar um processo educativo tradicional, verticalizado e na maior parte das vezes desenvolvido somente no ambiente escolar, afastando ainda mais os jovens da unidade e criação da concepção da unidade como ambiente de promoção da saúde. Por fim, foram várias as dificuldades apontadas, enquanto que as facilidades foram limitadas. Apreende-se nesta pesquisa que há restrição da liberdade, visto que o adolescente como ser livre, a ser construído se depara com a visão estreita de período conturbado, sexualmente vulnerável, necessitado de informações, aos quais são depositados sem haver o uso de teconologias interacionistas. Diante de tais perspectivas faz-se necessário que aconteça novos estudos que apontem um direcionamento correto no desempenhar das práticas educativas e da visualização do adolescente por esses profissionais, para que ambas as partes desfrutem da saúde plena e o sentimento de dever cumprido, respectivamente.

Palavras-chave: Adolescentes. Atenção Básica. Educação em Saúde. Enfermeiros.

FERNANDES, Mike Douglas Lopes. **The nurse's speech about the educational practices for the teenagers in the Basic Attention.** 2016. 80 f. Monography (Bechenlor in Nursing) - Federal University of Campina Grande, Teacher Training Center. Nursing Academic Unit, Cajazeiras-PB, 2016.

ABSTRACT

The nurse has a highlight role in the ambit of Basic Attention, especially in what refers about the development of promotion activities of health population. The teenagers on the other hand have characteristics that make them unique beings, special and at the same time, complex beings, that need of educational activities compatible with their needs. Facing these aspects the nurse turns out not understand correctly this stage of life and have difficulties to elaborate a care plan that visualize this period in a way biopsychosocial, integral and based on a clinical magnified in relation to the development of educational practices, that despite the changes in the daily scenario of practices of this professional in the Family Health Strategy, even so their actions are loaded with practices based on the traditional model. This study aimed to analyze the nurse's speech about the educational practices focused for teenagers in the Basic Attention panorama. This is a descriptive study with a qualitative approach. The research was conducted with 17 nurses of Basic Attention the municipality of Cajazeiras, in the state of Paraíba. It was used a semistructured interview as a data collection technique. The informations of this study were analyzed using the Discourse Analysis by his subjective aspect of not work with the text content, but with the meaning produced by that. Facing these performed considerations, the Discourse Analysis offers the necessary accouterments to attend the objectives of this investigation, allowing to understand in a deeper way the discourse of professionals about the practices and their possible problems in respect of the guiding question of this investigation, in what other methodological resources would not be enough. It became clear that the nurse visualize the teenage years as a phase physical, psychological and hormonal changes, however without a proper differentiation between the adolescence and being a teenager, the individual who is experiencing this transition period, by assigning the same definition. In relation to the health educational, this professional sees as an information transmission. It is worth mentioning that, when asked to the professional about what and where carries out his activities, he demonstrated use a traditional educational process, verticalized and in most cases only developed in the school environment, moving away the young people of the unity and the creation of the unity of conception as health promotion environment. Lastly, were several difficulties pointed out, while the facilities were limited. Apprehends in this research that have restriction of liberty, since the teenager as being free, to be built, he faces the narrow vision of troubled period, sexually vulnerable, needing information, which are deposited with no use of interacionists technologies. In front of such prospects it is necessary to happen new studies that points the correct direction in the performance of educational practices and the adolescent viewing by these professionals, so that, both of them enjoy the full health and the feeling of duty fulfilled, respectively.

Key-words: Teenagers. Basic Attention. Health Education. Nurses.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01.	Mapa do Estado da Paraíba dividido em municípios e localização do Município de Cajazeiras inserido no mapa do Estado da Paraíba.....	31
Figura 02.	9ª Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba.....	32
Figura 03.	Municípios integrantes da 9ª Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba.....	33

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB-	Atenção Básica
a. C.-	Antes de Cristo
ACS-	Agente Comunitário de Saúde
AD-	Análise de Discurso
CE-	Ceará
CEP-	Comitê de Ética em Pesquisa
CFP-	Centro de Formação de Professores
COFEN-	Conselho Federal de Enfermagem
Dr.-	Doutor
ECA-	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF-	Estratégia de Saúde da Família
Esp.-	Especialista
FASP-	Faculdade São Francisco de Cajazeiras
FIOCRUZ-	Fundação Oswaldo Cruz
HUJB-	Hospital Universitário Júlio Bandeira
HPV-	Human Papiloma Virus
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
IDH-	Índice de Desenvolvimento Humano
LATICS-	Laboratório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde
Ma.-	Mestra
MS-	Ministério da Saúde
MT-	Mato Grosso
OMS-	Organização Mundial de Saúde
PA-	Pará
PSE-	Programa Saúde na Escola
PSF-	Programa Saúde da Família
PB-	Paraíba
Sec.-	Século
PR-	Paraná
SUS-	Sistema Único de Saúde
TCC-	Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAENF-	Unidade Acadêmica de Enfermagem
UBS-	Unidade Básica de Saúde
UFCG-	Universidade Federal de Campina Grande
USF-	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
3 REVISÃO DA LITERATURA	20
3.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	20
3.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: INTERFACE COM AS PRÁTICAS DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	23
3.3 ADOLESCENTE E ADOLESCÊNCIA: COMPLEXIDADES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA	27
4. MATERIAL	31
4.1 TIPO E NATUREZA DE ESTUDO	31
4.2 LOCAL DE PESQUISA	31
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	34
4.4 COLETA DE DADOS	35
4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	36
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	39
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	41
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	41
5.2 FORMAÇÕES DISCURSIVAS	43
5.2.1 Dualidade mente e corpo: das transformações no adolescente a estagnação do profissional	43
5.2.2 Educação em saúde aos adolescentes: do controlar ao libertar	48
5.2.3 Atos educativos em saúde: do alienado a alienação ao perceber o adolescente somente aos aspectos sexuais	52
5.2.4 Educação em saúde: da ponte simbólica que viabiliza as ações à distância oceânica que as impedem.....	57
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES.....	71
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA	72

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	73
ANEXOS	75
ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA	76
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	77

1 INTRODUÇÃO

Durante as fases da vida, uma delas se destaca pela soma de transformações, transições, inseguranças e dúvidas: a adolescência. Nela, diversos fatores vivenciados colaboram para a construção da personalidade e da identidade do indivíduo. Além desses aspectos, as modificações que estão ocorrendo nos modelos de atenção à saúde exigem uma postura diferenciada dos serviços e profissionais, no qual o centro das ações não deve focar somente a doença, tornando-se necessário trabalhar com outras possibilidades de produção do cuidado, como a clínica ampliada.

Nesse contexto, torna-se fundamental desenvolver e empenhar-se com atividades voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos dessa população, onde se destaca a atuação do profissional enfermeiro dentro Atenção Básica (AB), através de ações de educação em saúde.

Entende-se que essas práticas são desenvolvidas principalmente pelo enfermeiro, sendo este o protagonista na construção e realização das ações educativas, principalmente no cenário da AB, conforme apontado por pesquisas realizadas com os profissionais desse nível de atenção (COSTA; MIRANDA, 2008; PEREIRA; SANTOS; ANTUNES, 2012).

Desta forma, compreende-se que as práticas educativas realizadas pelos enfermeiros devem ser uma ação transversal, porém há a necessidade de fomentar estas atividades a um grupo específico, ou seja, os adolescentes, que ora não são vistos em sua integralidade, ora são desconsiderados, passando a sujeitos ocultos às intervenções educativas.

Logo, a enfermagem possui o desafio de buscar meios de trabalhá-la de maneira estratégica e também promovê-la de forma a despertar também nos jovens a reflexão do seu contexto vivenciado, isto é, sua realidade, visto que a enfermagem se compromete com o cuidado e o bem-estar do ser humano (BESERRA et. al., 2011).

Nesse sentido, de acordo com Sampaio et al. (2010), a AB tem importante papel, pois ela é tida como a porta de entrada preferencial do SUS, e suas atividades centram-se primariamente na prevenção de doenças e promoção da saúde, portanto cabe-lhe executar práticas de cunho educacional que não aconteçam de maneira momentânea e passageira, mas que sejam permanentes, criando um espaço favorável à saúde dos adolescentes de forma contínua.

Nessa conjuntura, faz-se necessário levar informações, bem como agir através dos serviços de saúde com ações educativas para esse público, visto que os adolescentes podem

apresentar vulnerabilidades específicas a essa faixa etária (SOUZA; PIMENTA, 2013) em decorrência da imaturidade e pelo desejo de conhecer o novo.

Para Almeida et. al. (2011) existe a necessidade de trabalhar ações voltadas para a saúde dos jovens, em decorrência da significativa representatividade que os mesmos possuem dentro da sociedade. Corroborando com esse pensamento Beserra et al. (2011) também afirmam que é preciso promover saúde nos mais variados contextos, de forma a sensibilizar e contemplar as particularidades dessa fase transitória da vida humana.

A educação em saúde tem por finalidade preparar o indivíduo e/ou a coletividade para serem protagonistas no processo saúde, doença e cuidado, com vistas ao empoderamento desses sujeitos, bem como convergir com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da AB (MACIEL, 2009; BESERRA et al., 2011).

Porém, segundo Souza e Pimenta (2013), trabalhar com adolescentes pode ser complexo muitas vezes pela ausência de interesse deles em procurar os serviços de saúde ou devido a dificuldade de se estabelecer um vínculo com os profissionais. Portanto, utilizar-se de estratégias lúdicas pode interferir de maneira mais eficaz ao mesmo tempo em que se cria um elo, permitindo não só levar conhecimento, mas construí-lo de maneira conjunta.

Alguns entraves podem ser apontados de acordo com Sampaio et al. (2010), para a realização de práticas educativas, como: estrutura física inadequada, com falta de espaço propício para realização de atividades; falta de material educativo e apetrechos que tornem as ações atrativas; escassez de insumos; equipe com quantitativo insuficiente e conseqüentemente sobrecarga de trabalho; cobrança por produção, o que leva a priorização por cuidados curativistas; despreparo dos profissionais e falta de capacitações, além do pouco vínculo com os adolescentes.

Ainda de acordo com as autoras supracitadas, observa-se que os adolescentes não percebem as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como um local para diálogo ou orientação, frequentando-as somente devido às necessidades curativistas. O que reforça a forte influência que o modelo biomédico (médico hegemônico) reproduz, seja na sociedade, seja nos serviços e profissionais da saúde.

Percebe-se, com isso, tanto por parte da equipe de saúde, incluindo os enfermeiros, quanto da própria população uma postura ainda prescritiva, em que se busca o primeiro nível de atenção para tratamento de enfermidades, desvalorizando outras possibilidades de produção de cuidado fincadas em tecnologias interacionistas, a partir do trabalho em ato.

Por isso é fundamental romper com os métodos alicerçados no modelo tradicional de assistência à saúde, em que o enfermeiro ou outro profissional é tido como detentor do conhecimento pleno, que deve ser colocado sobre o adolescente, negando o seu saber. Além disso, é preciso desconstruir o atendimento somente por demanda espontânea, precisa-se buscar esses atores sociais e adentrar a comunidade (SAMPAIO et al., 2010), visando utilizar os dispositivos sociais presentes no território adscrito como locais para realização das práticas educativas.

Diante disso, David, Bonetti e Silva (2012) apontam o modelo de educação popular em saúde, baseado em um panorama em que inclui o diálogo e a interação para a formação do conhecimento, onde o papel do enfermeiro se assemelha a de um orientador que conduz para o caminho de práticas saudáveis e ao mesmo tempo em que empodera o sujeito a tornar-se responsável por si.

Higarashi et al (2011) colaboram com essa concepção ao verem que é essencial possibilitar aos adolescentes a oportunidade de apresentar seus anseios, suas dúvidas e pensamentos. Diante disso podem-se colocar as tecnologias leve como aliadas nesse percurso, onde a escuta, o vínculo, o acolhimento são armas reconhecidas para se transgredir com o tradicional, indo de encontro com o que é preconizado pelo SUS, pela AB e os modelos de atenção à saúde contemporâneos.

Por conseguinte, diante das considerações apresentadas, delimita-se a seguinte questão norteadora: qual o discurso do enfermeiro sobre as práticas educativas voltadas aos adolescentes no campo da Atenção Básica?

A vontade de pesquisar sobre esta temática surgiu durante as discussões realizadas ao longo das disciplinas de Psicologia da Educação, Saúde Coletiva I e II acerca do enfermeiro como educador, a dificuldade de rompimento com os modelos tradicionais de saúde e a experiência exitosa de uma ação educativa com adolescentes de ensino médio de uma escola pública, respectivamente.

Acrescenta-se a esta justificativa a participação do projeto de extensão intitulado “Tecnologia de informação em saúde: preparando o profissional do amanhã”, vinculado ao Laboratório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde (LATICS), onde tive a oportunidade de experienciar atos educativos com adolescentes e perceber o quanto é importante as práticas para a sensibilização deste público para atos de vida saudável.

Torna-se extremamente necessário abordar, questionar e fomentar discussões a respeito, visto a necessidade urgente que se tem em inserir mais esse grupo nas atividades desempenhadas pelo enfermeiro nas unidades de saúde, ainda mais por se tratar de um

período complexo e enigmático, nos aspectos subjetivos, biológicos, sociais e familiares, onde ações de promoção poderão interferir positivamente no futuro desses jovens.

Por fim, a execução desta investigação se faz indispensável por implicar diretamente na atuação do profissional enfermeiro na AB, a qual irá servir como instrumento de reflexão do seu trabalho para com esses atores sociais, incentivando também mudanças nas esferas da assistência, pesquisa e ensino da enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o discurso do enfermeiro sobre as práticas educativas voltadas aos adolescentes no panorama da Atenção Básica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o sentido presente no discurso dos enfermeiros acerca do ser adolescente;
- Investigar no discurso o sentido dos enfermeiros sobre educação em saúde;
- Caracterizar as práticas educativas realizadas com os adolescentes pelo enfermeiro na Atenção Básica;
- Averiguar os fatores intervenientes na realização das práticas educativas aos adolescentes.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A saúde está cada vez mais associada à educação, os próprios profissionais, sem dar-se conta, possuem atitudes educativas no ato do cuidado. A enfermagem ao apoderar-se desse método como tecnologia do cuidado ainda passa por um processo de ressignificação, visto que a utiliza, em determinados momentos, de maneira verticalizada. Os profissionais se detêm mais a doença no desenvolver de sua prática clínica e ainda negam aceitar a educação como instrumento da sua atividade profissional na saúde, seja devido ao excesso de atividades ou por desacreditarem nessa proposta (COELHO; MIRANDA, 2015).

É necessário saber aliá-las pautando-se sobre uma perspectiva horizontal, permeando a sua prática e os seus conhecimentos do “saber-fazer” popular, promovendo a sua inserção na rotina dos indivíduos de maneira a responder as suas verdadeiras necessidades. Dessa forma a educação em saúde precisa convergir e não contrapor com as representações sociais, que se caracterizam como o saber influenciado pela sociedade, raízes familiares e culturais (GUERREIRO et al, 2014).

De acordo com Dias e Lopes (2013) educação em saúde e promoção da saúde estão interligadas, visto que envolvem as pessoas estando elas doentes ou sadias, além de buscar superar o cuidado somente curativista e intervir nos âmbitos social, ambiental e educacional. Considera o ser humano de forma biopsicossocial e não apenas com simples repasse de informações. É uma ação transformadora da realidade encontrada, convergindo diretamente com os princípios e diretrizes pregas pela AB.

No entanto é preciso saber diferenciá-las, visto que as duas são utilizadas como sinônimos, quando na verdade uma serve de artifício ou instrumento para alcance da outra, respectivamente. A promoção da saúde pode ser definida como uma maneira de habilitar o indivíduo e/ou a população a participar de forma ativa na elevação do seu bem estar e saúde, não sendo responsabilidade única de um dos lados – profissional ou sujeito -, mas sim em conjunto com ambas as partes no interior de um processo construtivo para melhoria da qualidade de vida e saúde (BRASIL, 2002). Dessa forma engloba uma corresponsabilidade inerente a vários setores e não somente o da saúde, visto que ela compõe um desafio para o

Estado e a sociedade, além do sistema de saúde, de maneira mais ampla (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

A educação em saúde, por sua vez, desponta como forma de dar autonomia aos indivíduos para o autocuidado apoiado, em meio a um saber ampliado: científico mesclado a erudição popular. Para isso há a possibilidade de uma abordagem criativa que estimula a participação e também seja atrativa para a comunidade, onde segundo Almeida, Moutinho e Leite (2016) essas características compõe uma chamada “educação em saúde dialógica”.

Do outro lado há também uma “educação em saúde hegemônica” que consiste numa abordagem que converge mudanças no estilo de vida e no cumprimento de prescrições focalizando mais o biológico do que os inúmeros fatores intrínsecos e extrínsecos que os rodeiam, levando a uma prática curativista, fragmentada e prescritiva (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2016).

Em um estudo bibliográfico realizado por Silva et al. (2012) agruparam as atividades de educação em saúde realizadas com os usuários da AB em “educação em saúde não emancipatória” e “educação em saúde emancipatória”, onde na primeira, bastante utilizada, se refere a ações educativas tradicionais com mera deposição dos conhecimentos do profissional em seus pacientes, através de métodos como palestras, onde os usuários são considerados corretos ao reproduzir os ensinamentos sem que haja um debate ou reflexão do que é proposto. Já a segunda, ao contrário da primeira, as ações estão voltadas para dar autonomia aos atores sociais, integradas ao diálogo entre profissionais e usuários, reflexão, horizontalidade, mudanças de comportamento e recomposição dos saberes e adaptação a realidade vivenciada.

Essa quebra de paradigmas, que constitui a educação em saúde emancipatória ganha destaque na década de 1960 com as propostas de Paulo Freire através de uma educação libertadora baseada no diálogo, na autonomia do indivíduo e na interligação do saber científico ao popular. E partir da década de 1980 toma maior impulso no âmbito da saúde com os movimentos da Reforma Sanitária Brasileira. Nela a educação prescritiva começa a dar espaço a um novo jeito de educar, baseado na concepção de promoção de saúde (COELHO, 2012).

Mas antes desses ideais de autonomia do sujeito, o percurso histórico contribuiu bastante para os resquícios fortemente encontrados ainda hoje na educação prescritiva, visto que elas foram diretamente influenciadas pelo momento vivenciado.

Em meados de 1860, as práxis educativas envolvidas na saúde pública brasileira eram voltadas para o saneamento e controle de doenças dos campos de exportação, já que o

país se destacava pela agroexportação do café. Já na década de 1950, com o crescimento desordenado das cidades, a saúde estava atrelada a produtividade dos trabalhadores e a estratégia utilizada eram as práticas coercitivas e impositivas sob a população de educação chamada de higiênica e sanitária, o que levava a rejeição e resistência. Só a partir das discussões iniciadas na década de 1970 do movimento reformista, a influência da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa em 1986, a criação do SUS e de estratégias como o Programa Saúde da Família (PSF) é que houve uma reorientação das práticas de educação em saúde no Brasil (SOUSA et al., 2010).

As experiências exitosas do PSF fizeram com que se tornassem uma estratégia de reorientação, passado a se chamar de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essa por sua vez se destaca no que se refere a realização de ações educativas, pois converge com um modelo de assistência voltado mais para o preventivo e emancipador do que curativo (BORGES et al., 2015; SOUSA et al., 2010).

No entanto, podemos perceber ainda persistência da educação normativa no cotidiano de práticas de educação em saúde pelos profissionais na AB de maneira ainda muito prevalente. Nela há um direcionamento voltado para a verticalização e cientificidade do saber, desprezando outros fatores importantes (OLIVEIRA, 2011).

Encontra-se ainda um desenvolver de uma educação baseada numa prática pedagógica obsoleta, ou seja, com repasse de conhecimento através de palestras com pouca interação, diálogo e reflexão dos ouvintes, aplicando um saber científico de maneira a ser depositada neles como se fossem desprovidos de qualquer informação sobre a temática (GUERREIRO et al., 2014).

Tal tipo de educação configura o que Paulo Freire traz como “educação bancária”, onde o conhecimento é depositado daquele que é sábio nos que são considerados totalmente leigos, isso repercute na falta de desenvolvimento de criticidade do indivíduo e conseqüentemente da não visão como agentes transformadores da realidade, imperando a passividade. Freire contribui ainda com essa questão ao apontar a educação dialógica e problematizadora como “prática da liberdade”, ou seja, método de tornar as pessoas mais críticas, reflexivas e autônomas, contrários aos métodos de deposição do saber (FREIRE, 2011).

Na perspectiva freireana, entende-se que educação em saúde deve utilizar de processos e técnicas pedagógicas para a socialização de saberes e formação de atores sociais, tendo como alicerce as inúmeras relações humanas. Desta forma, esta ação se constitui como prática que conduz a políticas de intervenção social e que pode ser atrelada a uma

metodologia problematizadora. Nesse processo, o apreço à dignidade e à autonomia de cada um, é uma obrigação ética e não um favor que pode ou não conceder uns aos outros (FREIRE, 2011; FREIRE, 2014).

Logo, educação em saúde não é transferir conhecimento, mas uma forma de intervenção no mundo e, por conseguinte, requer do educador respeito aos saberes do educando e a sua autonomia, liberdade e criatividade. A verdadeira disponibilidade para o diálogo é imprescindível e, nesse ponto de vista, a educação possui uma relação íntima com a saúde (FREIRE, 2016).

Nas novas perspectivas de educar em saúde a imposição de hábitos tidos como corretos pelos profissionais de saúde não é tida como forma adequada de solução dos problemas. É preciso ainda, se inserir e conhecer a realidade e a conjuntura dos atores sociais para conciliar respostas que sejam condizentes com as condições de vida de cada um. Repensar os ambientes de atuação e atitudes dos trabalhadores de saúde é um dos primeiros passos para superação dessa problemática (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

É notório que os profissionais atuantes na AB começam a visualizar a educação em saúde como algo próspero para o bem estar da população, e dão início ao entendimento do seu verdadeiro significado, no entanto ainda existe um afastamento entre o entendimento e o que é posto em prática. Diante disso torna-se necessário transferir os ideais da educação em saúde para a prática dos serviços da AB e de sua classe trabalhadora, não perfazendo apenas o discurso dos mesmos. E nesse novo contexto, os profissionais, necessitam de autonomizar-se como educadores em saúde (SOUSA et al., 2010).

3.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: INTERFACE COM AS PRÁTICAS DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA

A prática do enfermeiro na AB se dá através de diversas atividades que o mesmo desempenha, de cunho assistencial, gerencial e de pesquisa. A primeira procura-se convergir com o papel que é preconizado nesse nível de atenção, local que deve valorizar os atos educativos em saúde, bem como com o que está disposto na lei do exercício profissional de enfermagem (Lei 7498/86), que diz que ele deve exercer como integrante da equipe de saúde, educação visando à melhoria de saúde da população (BRASIL, 1986). Porém, ainda são

muitas as barreiras a serem enfrentadas, pois ainda é forte e resistente a presença de um cuidado curativista, técnico e focado na doença e não no indivíduo.

Esse profissional possui a tarefa de promover a saúde dos indivíduos, e com isso a educação em saúde desponta uma como estratégia para tal, através da realização de uma ação continuada de edificação do conhecimento, contribuindo para independência da população no autocuidado e debatendo com os demais profissionais a melhor maneira de atender as demandas dos seus pacientes, mas para isso é preciso que ele reconheça e se interesse nas necessidades e problemas dos atores sociais (DIAS; LOPES, 2013).

O cuidado é intrínseco à enfermagem e, portanto, para exercer essa atenção especial torna-se preciso estabelecer um elo com todas as pessoas, envolvidos de maneira individual ou coletiva, com a elaboração de atividades educativas que respeitem o conhecimento popular, reconhecendo suas experiências como maneira de contribuir com a própria saúde, seja promovendo-a ou prevenindo doenças e agravos (SILVA et al., 2012).

A AB através da ESF é tida como um ambiente favorável ao desenvolvimento dessas práxis educativas, pois é o espaço de maior contato com a população, podendo se observar mais de perto o cotidiano da população, e onde se pode estabelecer uma relação mais dialética com os usuários (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2016).

A maneira como o enfermeiro visualiza o sentido de educação em saúde se traduz na forma de como ele a coloca nas suas ações e as revela através das suas atitudes, falas, olhares e agir profissional (COELHO, 2012). Algumas vezes eles enfrentam obstáculos para o seu desenvolvimento. Transformar o saber com rigor científico de maneira compreensível e que o aproxime da comunidade é um exemplo, diante disso a criatividade destaca-se como algo facilitador desse processo e ao mesmo tempo interessante e atrativo (DIAS; LOPES, 2013).

Um dos fatores primordiais para a realização de educação em saúde é a adaptação das características e da linguagem das ações educativas ao público alvo, mas para isso é necessário ter conhecimento sobre ao qual contexto esse indivíduos estão inseridos, seus anseios e expectativas, suas carências e nível de instrução para que essa prática torne-se cabal (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012). Portanto quando se trata de adolescentes, por exemplo, esses fatores tornam-se ainda mais relevantes devido à atratividade exigida por esse grupo.

A educação em saúde desempenhada pelo enfermeiro na AB sofre muitos problemas até que possa se tornar satisfatória, dentre eles: a cultura da medicalização pela população e do pensamento curativista do profissional, com pouco conhecimento do real

propósito desse nível de atenção e com resistência a mudanças (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012).

Outra questão problemática é o fator preditivo no comportamento adotado pelos enfermeiros no seu exercício de trabalho é reflexo de sua formação acadêmica. As instituições formadoras contribuem ou não para a importância que se dá a educação em saúde como apetrecho de promoção e prevenção (SILVA et al., 2012). Ainda podem-se encontrar formações pautadas no modelo flexneriano de ensino indo na contramão dos pressupostos da AB (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2016).

Além disso, aponta-se ainda: dificuldade da população em compreender as orientações repassadas; falta de habilidades de profissionais para trabalhar nesse campo; falta de recursos materiais e humanos o que sobrecarrega o enfermeiro e o incapacita realizar muitas vezes atividades educativas, além de estrutura física inadequada; falta de apoio da gestão e falta de acessibilidade à UBS por comunidades distantes (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012).

As dificuldades restringem e desestimulam tanto a prática dos enfermeiros como a participação das pessoas no desenvolvimento das atividades educativas, isso se reflete na pouca quantidade de ações (DIAS; LOPES, 2013). Esses autores apontam como estratégia de melhoria da situação, a maior interação entre a equipe e a comunidade. Quanto maior for o vínculo entre os profissionais com a comunidade, o desenvolvimento de educação em saúde torna-se facilitado e com resultados mais satisfatórios.

Aponta-se também que para superar esses entraves, alternativas são apontadas, uma delas que se volta contra a cultura de um modelo ainda vigente, o modelo biomédico, é o desenvolvimento de educação em saúde com o público de crianças e adolescentes tornando-os mais adeptos as transformações que vêm ocorrendo e que com o passar dos anos o entendimento da população vai se modificando a partir dessa estratégia. Além disso, é proposto melhorar entendimento dos próprios profissionais que atuam na AB, para que tornem sensíveis a filosofia dessa atenção. Sugere-se ainda contratação de mais profissionais condizentes com a demanda e que haja menor rotatividade destes; gestão mais envolvida e maior disponibilidade de recursos e materiais; disponibilidade de treinamentos e educação permanente dos profissionais (DIAS; LOPES, 2013).

Além dos problemas apontados e as possíveis maneiras de resolvê-los, algo também importante e fruto de debates é onde empregá-los no contexto da AB. De acordo com pesquisa realizada por Dias e Lopes (2013) ao questionar enfermeiros atuantes nesse nível de atenção a forma de utilizar a educação em saúde, eles mencionam aplicar através das

orientações individuais e de maneira coletiva através de palestras e reuniões com a comunidade. No entanto essas atividades não tiveram por finalidade apenas informar e sim de modificar de acordo com o contexto dos saberes existentes. Sendo importante destacar também as oficinas como estratégias de compartilhar conhecimentos a partir de práticas libertadoras.

Em estudo realizado com trinta enfermeiros da AB percebeu-se que o desenvolvimento de educação e saúde pode dar-se por meios de espaços diversos como a consulta de enfermagem e a visita domiciliar (ACIOLI et al., 2014), ou seja, empregando em vários momentos de contato com o usuário e não somente em atividades especificamente educativas, como atividades grupais, permeando várias de suas ações nas unidades de saúde, que podem ser utilizadas como momentos propícios para empoderar os seus pacientes. Até mesmo em cuidados considerados técnicos, como administrar uma vacina, pode ser utilizado para promover educação em saúde.

Já em relação ao ambiente, as ações se dão tanto nas UBS quanto na própria comunidade através, por exemplo, das escolas e creches e da visita domiciliar, seja de maneira formal ou informal. No entanto as unidades carecem ainda serem revistas como espaço de novas relações entre profissionais e comunidade para proporcionar as mudanças na saúde que se almeja (DIAS; LOPES, 2013).

A transformação requerida no modelo assistencial necessita da colaboração de todos e deve começar a partir da luta dos trabalhadores de saúde para se obter as transformações que beneficiem a população e a faça compreender a importância da promoção e da prevenção, visto que a coexistência de outros modelos se dá devido a um processo ainda em consolidação dessas novas reorientações (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012).

Com isso, o enfermeiro se destaca pelo seu papel de agente propulsor de um processo de mudanças que a conjuntura atual de saúde requer e que através da educação em saúde como recurso instrucional dialógico ele pode proporcionar autonomia para um aumento da qualidade de vida das pessoas (SILVA et al., 2012).

Dessa forma, a educação em saúde necessita ser realizada de maneira permanente no cotidiano de práticas desse profissional da AB, com a utilização de métodos encontrados nas tecnologias leves, como o vínculo, o diálogo e a escuta e não somente no fato de transferir um saber engessado ou um conhecimento técnico. Ela se constrói baseada na reflexão dos atores sociais de como evitar, ou ao menos reduzir, fatores de risco que a ameacem a integridade da sua saúde e os tornem seres mais responsivos na melhoria das suas condições de vida.

Diante disso precisa-se descobrir e debater mais sobre a prática do cuidado desse profissional no contexto da AB, sobre o seu fazer profissional (ACIOLI et al., 2014), com vistas à melhoria da assistência e o desenvolvimento de ações transformadoras. Dentre essas práticas, a educação em saúde se destaca por ser uma ferramenta capaz de promover a saúde dos indivíduos ao mesmo tempo em que previne doenças, no entanto para sua realização muitos obstáculos são vivenciados por esse profissional no seu cotidiano, impedindo a sua plenitude.

3.3 ADOLESCENTE E ADOLESCÊNCIA: COMPLEXIDADES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA

A adolescência abrange um período de profundas transformações do decorrer do desenvolvimento humano, que abarca não só as mudanças físicas do corpo, como também biopsicossociais. Tais modificações, de maneira tão abrupta, favorecem, ao adolescente, ser vulnerável a variadas questões que põe em risco tanto a sua saúde corporal como mental. Esse período entre infância e idade adulta gera inúmeras incertezas e inseguranças a estes sujeitos, dos quais necessitam de apoio familiar, escolar e também dos serviços de saúde com vistas a práticas de promoção e proteção da saúde, bem como prevenção de doenças, almejando com isso, mais qualidade de vida.

Compreendidos como rebeldes, imaturos, impulsivos, curiosos e afoitos, com descrição de comportamentos parecidos descritos desde o sec. XVIII a.C., a adolescência também já foi sinônima de ativistas revolucionários pela luta de ideais da sociedade, como na guerra do Vietnã e na ditadura militar (DAVIM et al., 2009). Independente dos adjetivos atribuídos é inegável o papel de destaque do adolescente na sociedade.

Contudo essa etapa do desenvolvimento humano se dá na atualidade em um contexto de uma sociedade totalmente distinta, com impregnação de desigualdades sociais, consumismo desordenado, fragilidade familiar, desprezo pelo experiente, tendo assim múltiplas maneiras de viver e de ser influenciado por essas características atuais que podem afetar diretamente e por vezes negativamente a sua saúde. Atrelado a esses fatores há também uma mudança nos hormônios que alteram seus sentimentos e comportamentos que os torna ainda mais frágeis (ARAÚJO et al., 2011).

A adolescência compreende uma faixa etária que acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) encontra-se entre os limites cronológicos dos 10 aos 19 anos de idade que é o mesmo adotado pelo Ministério da Saúde (MS) no território nacional (BRASIL, 2010a), no entanto, cabe destacar o intervalo compreendido entre doze anos completos aos dezoito, trazido na Lei Nº 8.069/90, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no Brasil (BRASIL, 2010b). Essa divisão leva em consideração apenas o caráter estatístico, visto que esse período pode começar e terminar antes ou depois, a depender de variados fatores sociológicos (ARAÚJO et al., 2011). Porém, nesta pesquisa será entendido adolescente conforme orientação do MS e da OMS.

No âmbito da Atenção Básica (AB) as ações de promoção, prevenção, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde opera tendo em vista as mais variadas fases da vida na busca de um cuidado integral do indivíduo (BRASIL, 2011a). O enfermeiro por sua vez se destaca pelo seu protagonismo nesses serviços de atenção à saúde, contudo, não há ainda, conforme investigação com esses profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Maringá-PR, uma preocupação específica ao desenvolvimento de ações direcionadas ao público jovem, centralizando as práticas cuidativas ora com foco na queixa-conduta ora desvalorizando o adolescente como protagonista do seu processo saúde, doença e cuidado (HIGARASHI et al., 2011), ou abordando apenas a sexualidade desses atores sociais em momentos esporádicos.

A questão da sexualidade durante o adolescer se evidencia por conta das transformações ocorridas para a vida adulta (HIGARASHI et al., 2011). Mas um fator bastante intrigante no que tange as atividades educativas realizadas com o público jovem é que esse tema é o mais prevalente, não integralizando a saúde desse indivíduo com outras temáticas como a nutrição e distúrbios relacionados, o uso de drogas e bebidas alcoólicas, bullying, violência, discriminação, depressão, suicídio e higiene, abordando apenas as doenças sexuais e gravidez na adolescência na grande maioria das vezes.

Embora trabalhá-los seja importante, enfatizá-los excessivamente e não visualizar o adolescente por outros âmbitos acaba se tornando reducionista. Deve-se considerar não somente a perspectiva da vulnerabilidade, mas sim de amplitude e integralidade do indivíduo (SOUZA; PIMENTA, 2013), ou seja, a singularidade e a multidimensionalidade do adolescente.

Neste sentido, observa-se inúmeras necessidades que envolvem jovens, as quais devem passar a ser preocupações e assunto de debates nos serviços de saúde, em especial na AB, onde a educação entra como artifício protagonista que pode minimizar as possibilidades

dessas problemáticas de saúde pelo fato de compartilhar saberes que serve como medida de sensibilização para mudanças de hábitos de vida.

Promover saúde através de educação não pode se restringir apenas ao espaço das Unidades Básicas de Saúde (UBS), deve se aproximar ao máximo dos atores sociais, nesse caso os adolescentes, por meio das redes de suporte social, com atividades no próprio território adscrito (SALUM; MONTEIRO, 2015).

Como espaços possíveis de atuação, ressaltam-se as escolas, ambientes que podem proporcionar a interação entre os profissionais da equipe de saúde da família e os jovens, com vistas a promover reflexões e discussões a respeito de temáticas atreladas a saúde. A partir de estratégias como essa poderá se socializar questionamentos e retirar dúvidas, mostrando as diversas situações de risco desse período (JESUS et al, 2011).

Desta maneira o Ministério da Saúde (MS) e da Educação criaram o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo decreto 6.286/2007, por perceber esse ambiente como ideal para realização de práticas intersetoriais visando contribuir na construção de valores de maneira crítica e reflexiva nos estudantes que interfiram positivamente na saúde, tendo como principais diretrizes promover a articulação de saberes; promoção da saúde e da cultura da paz; abordagem da saúde de maneira integral, indo além dos fazeres técnicos e o embate as vulnerabilidades (BRASIL, 2011b).

O apoio profissional se torna necessário mediante as transformações familiares ocorridas nas últimas décadas, como a separação dos pais comumente durante a adolescência gerando sofrimento, isolamento e em casos mais graves, depressão. A orientação de um enfermeiro e de uma equipe inter e multidisciplinar intervém auxiliando tanto os jovens quanto aos pais para enfrentamento de um período conturbado, seja com orientações ou como a escuta qualificada (ARAÚJO et al., 2011)

Porém, aponta-se como limitação ainda existente na produção do cuidado aos adolescentes é a tecnicidade e as poucas ações direcionadas a esse público, que necessitam ser rompidas por meio da abertura e implementação de novas possibilidades de ações cuidativas, como as tecnologias interacionistas de acolhimento, vínculo, autonomização e escuta ativa, as quais visam atender as verdadeiras demandas da saúde da população jovem (HIGARASHI et al., 2011; SOUZA; PIMENTA, 2013).

Algumas das justificativas apontadas pela não realização, ou baixa quantidade de atividades de educação em saúde com adolescentes se dá devido: a baixa procura e adesão dos adolescentes; falta de habilidade para trabalhar com adolescentes de maneira lúdica e criativa; limitação de recursos humanos, equipamentos e espaço físico adequados; deficiência da

formação, entre outros. Embora haja dificuldades, elas não podem impedir a realização de ações educativas em saúde com o público jovem, é preciso diagnosticar e solucionar os problemas para que a qualidade das ações seja atingida e possibilite maior acesso dos mesmos às UBS (HIGARASHI et al., 2011).

Souza e Pimenta (2013) também apontam a falta de interesse dos adolescentes em buscar os serviços de saúde especialmente os da AB e baixa aceitação de programas voltados a saúde. Por isso as ações voltadas a esse público necessitam de uma abordagem diferenciada, com utilização de recursos que sejam capazes de chamar atenção e despertar o interesse.

Como forma de melhoria dessas fragilidades, Higarashi et al. (2011) apontam que é preciso investir nas capacitações dos profissionais para saber lidar com esse público de maneira atrativa, destinação de recursos que contribua com a execução das ações, parcerias com outras instituições (de ensino, de saúde, entre outros), bem como o próprio empenho dos trabalhadores em querer contribuir com a melhoria da qualidade de vida desse grupo e a prestação de uma assistência integral. É preciso ainda tornar as ações educativas em algo fixo na rotina da ESF, não somente como algo disperso e pontual, mas estabelecendo um vínculo entre as partes envolvidas.

Salienta-se, por fim que o ECA traz em seu artigo 11 que é garantido por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) atendimento integral à saúde da criança e do adolescente com serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2010b), mas essas ações, de acordo com o discutido anteriormente, se encontram fragilizadas e carentes de melhorias como, visão integral desses atores sociais com abordagem dos mais variados temas que os envolvem, transformação das práticas pedagógicas utilizadas em algo mais horizontal e atrativo, utilização dos espaços disponíveis para estabelecer contato e vínculo e não esperar somente por sua vinda a unidade de saúde e efetivar essas ações no cotidiano de práticas dos serviços de saúde.

Trabalhar esses pontos traz perspectivas de mudanças promissoras, sistematizando ações eficientes a essa população, visto que nessa fase se afirma a identidade do adulto de amanhã e que no agora dependem de um repassar de atitudes que vislumbrem questões esquecidas ou pouco ressaltadas.

4. MATERIAL

4.1 TIPO E NATUREZA DE ESTUDO

Esta investigação apresenta caráter descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva detém-se as particularidades de um grupo procurando apanhar pontos de vista, costumes e comportamentos. Adiciona-se ainda que o estudo descritivo pretende detalhar fatos, declarações e circunstâncias que qualificam a análise dos discursos de maneira mais vasta (GIL, 2008).

Ele permite entender melhor, como variados fatores influencia certo acontecimento e procura avaliar a correlação entre fatos que acontecem na vida social, política, econômica e outros campos de envolvimento dos indivíduos isolados ou inseridos na sociedade (CERVO; BERVIAN, 2006; OLIVEIRA, 2002).

A pesquisa qualitativa preocupa-se com questões que não podem ser mesuradas, o “subjativismo”, a “intuição” e a “exploração” (MINAYO, 2001). Interessa-se pelos discursos, técnicas e saberes dos partícipes do estudo, em que analisa o material baseado na experiência e na observação do indivíduo (FLICK, 2009).

Essa metodologia volta-se para avaliar e decifrar questões mais internas e complexas do comportamento das pessoas. Propicia um detalhamento maior sobre praxes, tradições, tendências de comportamento e estilos humanos (LAKATOS; MARCONI, 2009).

O direcionamento a esse tipo de abordagem pauta-se em tentar decodificar não somente o texto, como também a engrenagem do discurso analisando os aspectos de sua construção: históricos, social, cultural, político, entre outros (ORLANDI, 2008). Diante desses aspectos a abordagem qualitativa torna-se ideal como método interpretativo que atendam aos objetivos deste estudo.

4.2 LOCAL DE PESQUISA

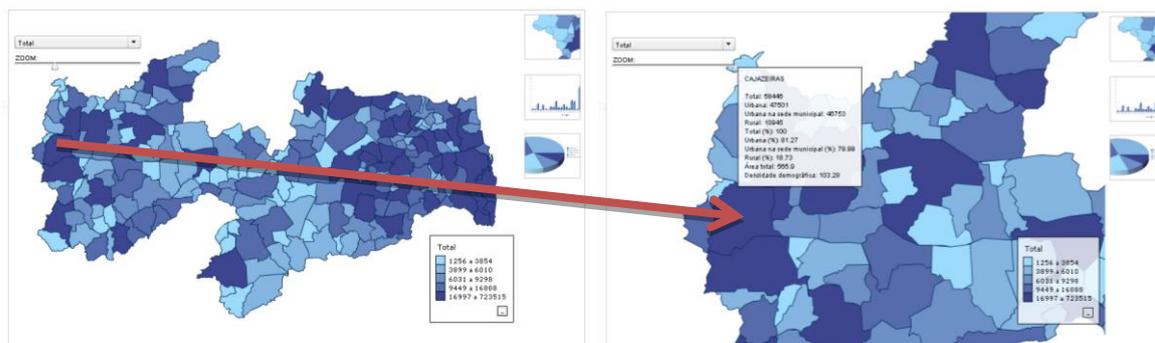
A pesquisa foi realizada no município de Cajazeiras - PB, na Atenção Básica do mesmo, em específico nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O município é originário de

uma fazenda de mesma denominação devido às árvores com esse nome que existiam no local (IBGE, 2010).

Proveio de terras doadas no final do séc. XVIII, que ao longo dos anos foram sendo repassado para herdeiros. Dentre eles, destaca-se o Padre Inácio de Sousa Rolim, que fundou uma das primeiras escolas da época que atraiu estudantes de várias regiões, dando o título à cidade da “terra que ensinou a Paraíba a ler”. O então distrito foi desmembrado da cidade vizinha de Sousa (PB) no ano de 1863, tornando-se município (CAJAZEIRAS, 2012).

Geograficamente Cajazeiras está localizado no Alto Sertão do estado da Paraíba, Nordeste, Brasil (Figura 01). Possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,679, o sétimo melhor índice do estado. Está situada a 468 quilômetros da capital e possui uma extensão territorial de 565,899 km². É delimitado pelos municípios de Cachoeira dos Índios e Bom Jesus ao oeste, Nazarezinho ao sudoeste, Santa Helena ao noroeste, São José de Piranhas ao sul, e São João do Rio do Peixe ao nordeste. Possui uma população de 58.446 habitantes (IBGE, 2010).

Figura 01- Mapa do Estado da Paraíba dividido em municípios e localização do Município de Cajazeiras inserido no mapa do Estado da Paraíba



Fonte: Censo IBGE 2010 (acesso 02/07/2016)

O município integra a 4ª Macrorregião de Saúde e a 9ª Gerência Regional de Saúde do estado (Figura 02), composta por um número de quinze municípios circunvizinhos (Figura 03). Possui vinte e três equipes de saúde da família distribuídas em dezenove Unidades Básicas de Saúde (PARAÍBA, 2008).

Figura 02- 9ª Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba.



Fonte: http://infosaudepb.saude.pb.gov.br/mosaico/regionalizacao/mapas_estaticos (acesso 02/07/2016)

Figura 03- Municípios integrantes da 9ª Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba



Fonte: <http://cosemspb.org/cir/> (acesso 02/07/2016)

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população do estudo ou o universo constituem um conjunto de indivíduos ou seres inanimados com características semelhantes e sua demarcação fundamenta-se em esclarecer quais serão os indivíduos ou objetos participantes da pesquisa, de acordo com suas similiridades, como profissão, local de atuação do trabalho, entre outros (LAKATOS; MARCONI, 2011). Na pesquisa qualitativa, esse universo não se constitui baseado no critério numérico para assegurar a sua composição e por isso não seleciona uma amostragem deste para abarcar o todo do problema buscado (DESLANDES, 2001).

Os participantes desta investigação foram constituídos pelos enfermeiros que incorporam as 23 Equipes de Saúde da Família da Atenção Básica do município de Cajazeiras. Para concretização desta pesquisa foi tomado como critério de inclusão, a participação de enfermeiros que atuem há, pelo menos, um ano na unidade de saúde, tempo considerado hábil para ambientação com o serviço e a comunidade. Já como critérios de exclusão adotados engloba os enfermeiros que estivessem de férias, licença e afastados por qualquer motivo.

4.4 COLETA DE DADOS

A entrevista semiestruturada foi empregada como meio para recolhimento dos dados a serem analisados, tendo por objetivo obter informações relevantes e compreender os pontos de vista e experiências das pessoas entrevistadas.

Conjuntamente com a observação do participante, a entrevista é o procedimento mais habitualmente empregado na pesquisa qualitativa. A entrevista semiestruturada constitui um tipo da qual os investigadores mais utilizam, onde o entrevistador detém maior alvedrio para encaminhá-la na direção que aprecie ser mais adequada, tendo assim capacidade para examinar mais largamente a questão averiguada (LAKATOS; MARCONI, 2009).

Nesse tipo de entrevista, os participantes possuem maior liberdade para exprimir suas opiniões sob determinados temas (FLICK, 2009), de maneira espontânea e prestigia a presença do investigador, enobrecendo a pesquisa (GIL, 2008).

Para coleta de dados a entrevista semiestruturada é uma ferramenta indispensável e os questionamentos nela inseridos necessitam condizer com os objetivos do estudo para expandir e explicar o diálogo e tornar viável às representações dos enfermeiros (FERNANDES, 2016).

A entrevista foi realizada de maneira individual, gravada com autorização prévia, no ambiente de trabalho em local reservado e roteirizada por questionamentos objetivos fechados que possam representar o perfil dos participantes e por indagações abertas que guiem sobre o assunto do objeto de estudo, acatando a irrestrita manifestação de seu pensamento e suas representações (APÊNDICE A).

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A Análise do Discurso (AD) oferece subsídios metodológicos consideráveis para examinar elementos de investigações de interesse de estudos da área da saúde, bem como especificamente da enfermagem. Diante disso optou-se pela AD, de linha francesa de Eni Orlandi, baseada em Michel Pêcheux, como método de análise, pelo seu aspecto subjetivo de trabalhar não com o conteúdo do texto propriamente, mas com os sentidos produzidos por este (GOMES, 2007).

Ela é ponto de encontro de diferentes ramos do saber científico, fundamentada nas contribuições da linguística, da psicanálise e do materialismo histórico. Portanto adentra em um processo de análise da linguagem que supera somente o texto e permeia em conjunturas poucas visualizadas, mas que influenciam na produção do dizer, como contexto histórico e a memória (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Provém das ciências sociais, e vem contribuindo largamente com as pesquisas do campo da saúde pelo seu caráter multidisciplinar, agregando uma visualização de como a linguagem demonstra a produção de efeitos trazidos do aspecto social, e como este a influencia, e servindo de artifício de interpretação da fala dos indivíduos pertencentes à sociedade/comunidade, facilitando o entendimento de seus propósitos e do processo saúde-doença (MACÊDO et al., 2008).

Introduzindo-se na AD, ela se atenta para o “homem falando”, visto que trata do discurso como algo em movimento. Não procura interpretar tudo, mas permitir relacionar-se com a linguagem de forma menos tola. Dessa forma visualiza a língua produzindo coerência, formado pelo contexto histórico e social, mas que não fica aparentemente em evidência (ORLANDI, 2013).

Nela se visualiza o diálogo, bem como a discursividade, como algo provindo de diversas interações, além das experiências, da cultura vivenciada, da classe social pertencente, da religião e de tantos outros fatores que influenciam o sujeito de alguma forma na construção do seu discurso, na integração do dizer ou não dizer, além de enxergar o verdadeiro sentido não explícito imediatamente, não transparente ou pouco óbvio na locução, ampliando os limites de interpretação, visto que a língua não manifesta todos os inimagináveis sentidos (GOMES, 2007).

Na AD questiona-se a interpretação e evidencia-se a compreensão, de fatos ou situações, aos quais somente a interpretação não seria capaz de atingir os significados nele

presentes, tem por objetivo perceber a produção de sentidos de um “objeto simbólico” através de dispositivos que o pesquisador seja capaz de entender (ORLANDI, 2013).

Como forma interpretativa, na AD, o dispositivo analítico construído pelo pesquisador deve ser adaptado ao material analisado e ao objetivo do estudo de acordo com os diferentes instrumentos teóricos. Suas conclusões dependem da maneira de como ele é estabelecido. Nele estão inseridos como constituintes a natureza, os questionamentos, teorias abordadas (ORLANDI, 2013).

O analista precisa adotar uma postura relativa, e não indiferente ou neutra, diante do percurso interpretativo, visto que a interpretação faz parte tanto do sujeito de apreciação da pesquisa quanto do próprio analista ao tentar decifrar e/ou descrever a construção do sentido do discurso. Dessa maneira o pesquisador não pode ser passivo do próprio dispositivo analítico (ORLANDI, 2013).

Como base teórica para elaboração desse dispositivo analítico, Orlandi (2013) propõe o seguimento de três etapas para análise da formação discursiva, que aqui foram utilizadas: (1) passagem da Superfície Linguística para o Objeto de Discurso; (2) passagem deste para o Processo Discursivo e por último a Formação Ideológica (3).

A primeira etapa constituiu-se no trabalho desenvolvido com o material ainda grosseiro, ou seja, o material empírico, que necessita passar por um tratamento chamado de dessuperficialização. Primeiro foi preciso transcrever as falas de forma rígida, incluindo os recursos linguísticos para produção do sentido e as chamadas “partículas linguísticas” - como a repetição do *ai* ou *né* (GOMES, 2007).

Para esta etapa tornou-se preciso utilizar símbolos que expressem e representem particularidades na fala do enunciador. Para isto Gomes (2005, 2007) propõe os abaixo citados:

- > interrupção da fala de um sujeito por outro;
- < interrupção da fala do sujeito pelo pesquisador;
- (-) interrupção da fala do pesquisador;
- [frase] explicação dos fatores exteriores, normalmente sociais ou culturais, que possuem relação com o dito dos sujeitos;
- (*itálico*) comentário de pesquisador esclarecendo o contexto da enunciação, como movimentação do sujeito, a quem ou a que se referem, motivações que levaram os participantes a falarem, entre outras coisas;
- ... incompletude do pensamento;

- (INAUDÍVEL) A fala não pode ser transcrita, pois é inaudível;
- Sublinhado. Quando ocorrem falas simultâneas;
- / Pausa breve da fala do sujeito;
- // Pausa longa da fala do sujeito;
- **Negrito**. Ênfase na frase;
- _ Início de enunciação;
- * Inconclusão do dizer.

Na segunda etapa, o analista se detém as formações discursivas que montaram a formação ideológica, indagando-se de suas raízes, podendo encontrar uma ou mais dessas formações, mas com apenas uma como centro das convicções do indivíduo, produzindo significado no material simbólico. Ou seja, a partir da ideologia central do sujeito se estabelece e permuta as várias posições discursivas, mas de modo concêntrico a essa. (GOMES, 2007).

Nesta etapa, foi preciso o entendimento dos chamados dispositivos analíticos para compreensão e obtenção do verdadeiro sentido do que foi exteriorizado, mas não é superficialmente evidente, o não-dito por trás do dito. Esses dispositivos se constituem dos que se seguem: paráfrase; polissemia; interdiscurso, intradiscurso; metáfora (GOMES, 2006; ORLANDI, 2013).

A paráfrase se configura como o que é dito e que está assentado na memória, no estável, no que se repete mesmo que de maneira diferente, no já dizível, na produtividade, no dizer enrijecido. A polissemia por sua vez é a ruptura, a mudança, trabalha o equívoco, a criatividade, o rompimento, a variedade de sentidos do mesmo objeto simbólico. A geração do sentido se dá na alternância entre os processos parafrásticos e polissêmicos, onde se pode dizer que o discurso se constitui entre aquilo que se mantém e aquilo se diferencia, no seguimento de transformações (GOMES, 2006; ORLANDI, 2013).

Já o interdiscurso caracteriza-se como aquele que remete à memória discursiva, a produção histórica da locução, ou seja, a fala do sujeito pertence a um já dito, mas que foi esquecido e reformulado, possui sentido pelo significado histórico. O intradiscurso remete a formulação deste interdiscurso, o ato propriamente de dizer (GOMES, 2006; ORLANDI, 2013).

A metáfora é definida pela “transferência”, ou seja, não se aprisiona ao seu significado literal. Ela se desvela inconscientemente pelo locutor dando pistas do verdadeiro

sentido, ideologia e historicidade do indivíduo. Há uma substituição de sentido de acordo com o contexto, onde uma palavra pode ter um significado totalmente distinto do real conceito (GOMES, 2006; ORLANDI, 2013).

Na terceira etapa, a de Formação Ideológica, teve por objetivo desvendar a constituição da ideologia comum das quais nascem as diferentes formações discursivas, onde os indivíduos se introduzem. A partir daí pode-se discutir as conjunturas que levaram a sua gênese, é a conclusão da AD (GOMES, 2007).

Ainda como fator importante para AD tem-se os tipos de esquecimentos: o esquecimento ideológico, também conhecido como esquecimento número 1 e o esquecimento enunciativo, também chamado de número 2. O primeiro está atrelado ao inconsciente, onde quem diz, acha ser a origem do dizer, quando na verdade se apropria de um significado já existente. O segundo se liga ao semiconsciente, significando de uma forma o que não poderia ser visualizada de outra pela mesma pessoa (ORLANDI, 2013).

A AD não pretende exaurir os aspectos do objeto empírico na perspectiva horizontal, ou seja, na sua extensão e sim sob o ponto de vista vertical, em profundidade (ORLANDI, 2013). Diante destas considerações realizadas, a AD dispôs de apetrechos necessários para atender aos objetivos desse estudo, permitindo entender de maneira mais profunda o discurso dos profissionais sobre as práticas e suas possíveis problemáticas no que tange a pergunta norteadora desta investigação, em que outros recursos metodológicos não seriam suficientes.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada considerando as disposições do engajamento ético trazidos na Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, respeitando os princípios da autonomia, não maleficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012). Para sua execução foi enviado solicitação de autorização junto à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cajazeiras através do termo de anuência (ANEXO A).

A participação dos enfermeiros no estudo teve início após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), *campus* Cajazeiras sob número de parecer 1.707.072.

A coleta de dados foi realizada mediante leitura e compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): natureza, objetivos, métodos, benefícios, riscos e incômodo, enfatizando que as possíveis vantagens seriam mais vastas. Foi produzido e assinado em duas vias de mesmo teor, pertencente uma ao pesquisado e outra ao pesquisador e contendo contato telefônico e endereço deste e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), onde foi e será garantido sigilo e o anonimato das informações coletadas.

A pesquisa possuiu riscos mínimos, uma vez que não envolveu a realização de procedimentos invasivos, porém poderia ocorrer insatisfação do entrevistado em decorrência de abordar os conhecimentos específicos sobre o seu ambiente de trabalho. Nesse caso, o pesquisador esteve preparado para intervir sugerindo a suspensão da entrevista, deixando o participante à vontade para decidir sobre a sua participação no estudo posteriormente.

Por outro lado, benefícios potenciais decorreram diante de sua participação tais como: maior compreensão sobre as práticas educativas desenvolvidas aos adolescentes e conseqüentemente espaços de produção do cuidado condizentes com as necessidades identificadas.

A identidade dos enfermeiros foi preservada por meio de códigos como postulado ético necessário, onde cada participante foi identificado pela sigla “ENF” seguido de um numeral, em algarismo arábico, em ordem crescente, da seqüência da realização da entrevista (ENF. 01, ENF. 02 e assim por diante).

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada com 17 enfermeiros que atuam na Atenção Básica (AB) do município de Cajazeiras no Estado da Paraíba. Deste contingente, cinco participantes trabalham nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona rural e os demais doze enfermeiros atuam na zona urbana.

Dos partícipes da pesquisa, dezesseis eram do sexo feminino e apenas um do sexo masculino. Segundo pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) para traçar o perfil da profissão no país, observou-se que a enfermagem continua sendo uma profissão tradicionalmente e culturalmente feminina onde 85,1% da classe é feminina e os demais 14,4% é masculina. No entanto a referida pesquisa também visualiza uma crescente propensão para a masculinização da categoria com o passar dos anos, algo ainda não observado no local de estudo (MACHADO et al, 2016a).

Historicamente a enfermagem é constituída majoritariamente por mulheres, visto a sua constituição como profissão no meio social. Características como carinho, afeto, ternura, entre outros adjetivos são tidos como caracteristicamente femininos e ao mesmo tempo visualizados como necessários para o exercício da profissão de enfermagem. O homem por sua vez é visualizado profissionalmente pela força e pela racionalidade, características distantes do cerne da enfermagem. Esses elementos influenciaram e continuam influenciando no estabelecimento da configuração identitária da profissão (SOUZA et al., 2014).

Além disso, a figura masculina e o preconceito embutido socialmente questiona a participação do homem em uma categoria tida como feminina, onde se coloca em cheque a masculinidade do indivíduo. Diante dessa visão transfere para o homem como profissional da área, uma desqualificação social, que para a mulher, diante da desigualdade, não se visualiza como excludente e sim como de submissão, corriqueira de uma sociedade machista. Diante desses e outros fatores acaba por refletir na baixa participação do sexo masculino na constituição da categoria (SOUZA et al., 2014).

Em relação da idade dos entrevistados obteve-se como maior frequência indivíduos com idades entre 26 e 30 anos com um número de sete enfermeiros, seguido da

faixa entre: 31 a 35 com um quantitativo de seis enfermeiros, 36 a 40 com três enfermeiros e de 46 a 50 com um profissional.

Esses dados vão de encontro com os da pesquisa do FIOCRUZ/COFEN em que mais de 60% da equipe de enfermagem no Brasil possuem idade inferior a 40 anos (MACHADO et al., 2016a) e pesquisa realizada com enfermeiros atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Maracanaú (FERNANDES et al., 2013), o que leva a dizer que a enfermagem tem se tornado cada vez mais acentuadamente jovem.

No que se refere ao tempo de atividade profissional a maioria absoluta possuía menos de dez anos, onde sete possuíam entre 01-05 anos e oito entre 06-10. Já em relação ao tempo de experiência na Unidade Básica de Saúde onze possuíam entre 1 e 5 anos, quatro possuíam entre 06 e 10 anos e apenas dois com mais de dez anos de experiência, entre 11 e 15 anos.

Esses dados são semelhantes aos da pesquisa do perfil da enfermagem no Brasil do FIOCRUZ/COFEN trazidos por Machado et al. (2016a), onde mais de 80% dos profissionais de enfermagem possuem menos de dez anos de experiência profissional. Faria, Acioli e Gallasch (2016) divergem ao trazer que em pesquisa realizada no Rio de Janeiro demonstrou maior percentual de enfermeiros com menos de cinco anos de atuação na ESF.

Quando se trata de pós-graduações a grande maioria dos enfermeiros entrevistados possuem algum tipo de especialização, apenas três não possuem nenhum tipo de especialidade em alguma área da saúde. Algo positivo encontrado é que, de um total de quatorze enfermeiros especialistas, doze deles possuem na área da Atenção Básica, destacando-se: Saúde da Família (oito), Saúde Pública (dois) e Saúde Coletiva (dois).

Tal predominância pode-se dar pelo compromisso dos pesquisados em se capacitar para atuar de maneira requerida no nível da AB. Além disso, Corrêa et al. (2012) aborda que essas habilitações aperfeiçoam não só profissionalmente, como também tem o intuito de aprimorar a resolutividade do atendimento.

Há também os que possuem títulos em outras áreas como: Dermatologia (02), Obstetrícia (02), Urgência e Emergência (02), Saúde do Trabalhador (01), Enfermagem do Trabalhador (01), Gestão em Saúde (01), Enfermagem em Terapia Intensiva (01) e Geriatria (01). Há ainda uma enfermeira mestranda em Ciências da Saúde. Tal fato pode estar relacionado à atuação de onze deles em outros setores da saúde, como: hospitais; maternidade; serviços de pronto atendimento, urgência e emergência; Centro de Atenção Psicossocial e instituições de ensino.

Algo ainda marcante caracteriza-se pela especialização majoritariamente, com apenas um entrevistado concluinte de mestrado e nenhum participante programa de residência, doutorado ou outros tipos de pós-graduação, o que pode ser justificado pelo ganho de importância recentemente no Brasil dessas outras modalidades (MACHADO et al., 2016b).

Em relação ao tipo de vínculo empregatício dez dos entrevistados afirmaram serem efetivos por meio de concurso público, os demais sete possuem contratados temporários. Neste tipo de regime de trabalho relaciona-se principalmente à precarização do trabalho, com a falta de garantia dos direitos trabalhistas que asseguram o trabalhador e refletem muitas vezes na qualidade dos serviços em que atuam esses indivíduos (CORRÊA et al., 2012). Contudo foi percebido um percentual considerável de efetivos no cargo, o que pode representar estabilidade, vínculo com a comunidade e favorecimento no desenvolvimento de atividades junto à comunidade.

5.2 FORMAÇÕES DISCURSIVAS

5.2.1 Dualidade mente e corpo: das transformações no adolescente a estagnação do profissional

A adolescência pode ser considerada como uma fase de extrema importância no contexto de desenvolvimento humano, onde possui singularidades que devem ser observadas pelos serviços e profissionais de saúde na tentativa de implicar positivamente na qualidade de vida desses indivíduos. Diante disso, o enfermeiro pode ter papel de destaque na criação de meios que visualizem esse público de maneira diferenciada e holística (COSTA et al., 2015).

No entanto, a percepção desses profissionais sobre como definir o que é a adolescência, bem como o ser adolescente demonstra estar baseada fundamentalmente nas raízes socioculturais impregnada na população, ou seja, pautada em uma projeção imaginária do senso comum, enxergando-o apenas como um ser problemático e que está passando por um período de mudanças físicas, psicológicas com exacerbação dos aspectos sexuais, no qual foi percebida de forma parafrástica nos discursos dos enfermeiros, ou seja, em todo dizer existia sempre algo que não se modificava, se repetia, algo narrado de maneira reformulada e

que se volta na memória (ORLANDI, 2013), conforme apresentados nos seguintes fragmentos presentes no *corpus* discursivo:

Enf. 01: *_Adolescência? É a fase de mudanças! (De quais mudanças?) /A fase de mudanças, é a fase que a /a aquela questão de dúvidas, de, de mudança de comportamento, de corpo, hormonal, é a fase mais complicada (Por que a mais complicada?) entre aspas da /da vida da pessoa, eu creio que é a adolescência.*

Enf. 04: *_Adolescência eu acho, é, é, é/ a aquela fase meio das mudanças hormonais [...] tanto nas meninas como nos meninos, mudança não só físicas, mas também como psicológicas, né?! E a, a, e a relação também deles com a sociedade em geral, que muda né?!, Passa de criança pra adolescência.*

Enf. 13: *_É adolescência a gente percebe que é a fase de transição da fase de criança para adulta aonde ocorre diversas transformações físicas e também psicológicas. [...] Eles, a ocorre todas as alterações no corpo humano, tudo fica diferente e também o psicológico deles vai, vai mais adul*... **amadurecendo**, outros vai ficando mais **rebeldes** né?! Vai depender da convivência, da qualidade de vida de cada um deles.*

A partir disso pode-se inferir que as falas dos profissionais são concordantes com a grande quantidade de publicações científicas brasileiras, bem como o que é citado nas Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde do Adolescente e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, trazidas pelo MS, onde os adolescentes por serem visualizados como pessoas saudáveis, não tem sua saúde como prioridade, a não ser nas demandas da sexualidade (BRASIL, 2010a).

Inúmeros artigos trazem as mesmas definições sobre o que seria a adolescência, voltando-se para as mudanças que ocorrem nessa fase e a rebeldia como destaque, visto que esse olhar permeia a cultura há muitos anos.

Corroborando com isso Nóbrega et al. (2013) afirmam que apesar de ser uma fase de saúde plena, a adolescência é uma fase de transição em que se constrói a identidade do indivíduo, onde surgem as dúvidas e incertezas, descobrimento de si mesmo e de necessidades de saúde, além do surgimento de uma segurança em querer enfrentar obstáculos, levando a condutas perigosas que lhe põem em risco.

Diante disso os profissionais de enfermagem devem adotar uma prestação de cuidados que visualizem essas dentre outras peculiaridades e que não enfoquem apenas o aspecto biológico, quebrando essa barreira e adentrado em outras perspectivas que estão atreladas a adolescência, por isso torna-se necessário entender melhor o dia-a-dia dos jovens para que o cuidado seja concatenado a suas demandas e sua realidade (NÓBREGA et al., 2013).

No entanto apesar da presença dessas paráfrases na maioria dos discursos dos entrevistados, acaba surgindo também no *corpus* discursivo uma ruptura no processo de construção do dizer levando a novos significados ao dito, onde surge a polissemia em tensão com o processo parafrástico em um dos discursos:

Enf. 03: _O que é adolescência? (*Isso*) É um período meio, meio turbulento pra os jovens, tem, tem*... daí cada jovem ele, ele, ele vive esse experiência da adolescência diferente, tem uns que gosta de beber, de sair, de dar trabalho aos pais, já tem outros que /é a forma de se expressar as vezes* /é pode cair numa **depressão**, é tem outros que vai **pro caminho das drogas**, cada adolescente tem uma forma*... tem outros **que gosta de ir pra igreja** de, de... daí, tem vários tipos de, de, de, de forma de viver a adolescência, entendeu?! E é só que, mesmo que cada, cada adolescente de uma forma diferente, sempre será uma forma uma, uma, uma, uma, uma forma não uma, uma, uma, uma **passagem turbulenta** de conhecimento de se próprio.

A partir dessa tensão entre o que é normalmente dito e aquilo que surge como novo no decorrer do discurso foi possível perceber que apesar de **turbulenta** essa fase, como observado, ela não se resume as mudanças corpóreas e psíquicas que ocorrem no organismo, vai muito, além disso, constitui a complexidade desse período da vida do ser humano, o qual o enfermeiro possui dificuldades em enxergar e conseqüentemente atuar nessas questões como profissional de saúde.

Tal dificuldade pode estar atrelada ao próprio processo formativo desses profissionais, ainda enraizado no modelo tradicional de assistência à saúde, onde é mais fácil e cômodo para o enfermeiro reproduzir práticas cuidativas com base em atos prescritivos, do que sair da “zona de conforto” e buscar trabalhar com outras possibilidades de produção do cuidado, tendo como eixo estruturante o uso de tecnologias interacionistas e valorização do adolescentes enquanto ser singular e multidimensional.

Esta fase vivida deve ultrapassar a concepção somente da questão cronológica e alterações somáticas (TRINDADE et al., 2014), pois cada ser possui suas especificidades que o torna necessitado de cuidados específicos e diferenciados. A perspectiva focada somente nas transformações é meramente biomédica e não condiz com a filosofia do serviço no âmbito da AB. A adolescência tem se tornado complexa na contemporaneidade por suas demandas biopsicossociais.

Quando questionados o que seria o ser adolescente, os enfermeiros tiveram dificuldade em se expressar, muitas vezes relatando ser a mesma coisa da adolescência, dando as mesmas características do questionamento anterior ou apresentado uma fala parafraseada do termo “mudanças”:

Enf. 05: _Aí quando você fala o ser adolescente, o ser adolescente na verdade inclui muita coisa né?! Ele inclui a questão fisiológica, as mudanças, bem como a parte psicológica/, né?! Que são, são grandes, essas mudanças são tão grandes que a gente ver que na fase da adolescência que o ser humano apresenta mais dificuldades, pra se estabelecer como sujeito, pra/ se portar no mundo, enfim, pra se definir como pessoa que ele quer ser independente de sexo, idade, sexo, profissão, religião, nessa etapa que ele tá se vendo, a gente fala que tá se entendendo como gente, como pessoa que tem responsabilidade no mundo, que tem,/ tem obrigações, independente de família, mundo mesmo. Então assim, adolescência eu acho que a grande marca dela é justamente essa mudança, né?![...]

Enf. 08: //_Eu acho que praticamente a mesma coisa (*referindo-se ao questionamento anterior*), assim, é, é ele entender qual são as mudanças dele, ver as diferenças que ocorrem no corpo dele, procurar entender também, acredito que isso. (*Procurar entender como?*) _An? Procurar entender o que é as mudanças que tá ocorrendo nele, tanto no pensamento como as mudanças no corpo dele também. (*Através de que?*) _Aí vai através assim, acredito que na escola mesmo, que aprende o processo de mudança/ deles.

Enf. 16: _Que é, é, é um indi*... é justamente*... é um ser que tá nesse processo de transformação, esse período de transformação e que assim precisa de mais escuta, né?! De mais conversa, de mais diálogo, porque justamente por conta dessas transformações físicas e /psicológicas, essa, essa pessoa, esse indivíduo, antes criança e agora adolescente, é fica cheio de conflitos, vem rebel* rebeldia, né?!, coisas que vão se amoldando quando ele entrar na fase adulta.

De acordo com Coelho (2012) o adolescente tem sido foco de debates na sociedade, e que o ser adolescente chega a ser algo contraditório, pois a medida que possui direitos garantidos, eles ainda necessitam ser postos em prática. As falas acima convergem com pesquisa realizada pela autora supracitada com enfermeiros da ESF de Maracanaú-CE, onde foi visto na concepção destes que desconsideram a complexidade da fase, rejeitando aspectos familiares, sociais, ambientais, afetuosos, político, entre outros.

A mesma autora ainda visualiza que atualmente se faz preciso transformações sociológicas, diante do entendimento de que o adolescente é um ser em composição e ao mesmo tempo conturbado, por isso torna-se preciso mudar essa vinculação a mudanças físicas e de hormônios ou faixa etária. Ela pode ser refletida como uma vivência particular e complexa de interrupção da infância, tendo como destino a fase adulta.

Apesar disso foi obtida mudança no perfil das repostas contatando trechos polissêmicos em meios aos processos parafrásticos, visualizando o ser adolescente como indivíduo de descobertas e amadurecimento e que os serviços de saúde não conseguem captá-lo nas suas ações de saúde.

Enf. 03: *_É aquela pessoa que está em constante transformação não sabe, constante transformação, não sabe ainda o quer da vida, não sabe o que quer ainda das coisas, é aquela que ainda tá,/ pra ele tá sendo descoberto, **é uma descoberta** (Descoberta de que?) Descoberta de de*... Porque quando a gente antes da adolescência está perto dos pais, debaixo das asas dos pais, pra ele, ele quando começa a adolescência vai ganhar o mundo, vai tipo ganhar o mundo, conhecer outras pessoas, vai começar a sair, a namorar, **é namorar**, sair mais de perto dos pais, ele tipo vai, vai, ele vai se, se deparar com situações que as vezes ele nem mesmo sabe o que é, vai enfrentar situações que ele também desconhecia, então constante transformação, em constante aprendizado e é assim turbulenta também, temperamento daqueles (risos).*

Enf. 14: *_Assim como eu enxergo como profissional de saúde? (Como você definiria?) _Eu acho que é esse indivíduo que muitas vezes não consegue **abarcар no serviço**, mas,// eu acho que é isso assim,// que tá passando por mudanças, por transformações.*

Nos discursos acima a visão começa a mudar parcialmente, o ser adolescente passa a ser configurado como alguém em descoberta, transformação e que a ESF muitas vezes

não consegue trazê-lo até a unidade para o desenvolvimento de educação em saúde de maneira grupal ou individual.

Mas, questiona-se sobre o motivo da ausência dos adolescentes nos serviços de saúde, uma vez que há certa transferência de responsabilidade por partes dos enfermeiros para o próprio serviço que não consegue envolver e acolher os adolescentes, esquecendo que ele, enfermeiro, possui também a responsabilidade deste distanciamento, já que não planeja estratégias de ir ao encontro desse público alvo para além dos muros da UBS.

Em estudo realizado por Costa, Queiroz e Zeitoune (2012), perceberam que é preciso criar sim oportunidades para o deslocamento do adolescente à unidade de saúde para que ele possa ser envolvido em ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, com vistas ao empoderamento da sua saúde.

Agregando a essas discussões, em estudo realizado por Melo et al. (2014), foi identificado que não só os adolescentes têm dificuldade de se direcionar a um ESF ou AB, mas também os próprios serviços e trabalhadores de saúde sentem dificuldade em receber esse público tão particular da sociedade, principalmente no uso de tecnologias leves do cuidado, como acolhimento, vínculo, escuta ativa, por se concentrar no somático, no biológico e no tecnicismo.

5.2.2 Educação em saúde aos adolescentes: do controlar ao libertar

A educação em saúde vem se transformando com o passar dos anos, tendo como marco histórico a década de 70, fortemente influenciado pelos pensamentos freireanos de educação libertadora, onde começa a se perceber um processo de transformação, em que a saúde que era vista de maneira fragmentada com ações curativas, passa a ser visualizada de maneira diferente, com ampliação do cuidado e integralidade da assistência.

O avanço no campo da saúde necessita de atividades que abarquem as diferentes perspectivas e complexidades do ser humano e conseqüentemente do ser adolescente, o que demanda dos profissionais de saúde a utilização de abordagens educativas direcionadas às exigências da sociedade, seja de maneira singular ou plural. Essa educação como forma de promoção da saúde deve considerar não só apenas o biológico, mas os vários outros fatores que circundam esse ator social, como os ambientais, culturais e sociais (COSCRATO; BUENO, 2013).

Tais considerações se voltam principalmente para o enfermeiro, visto que suas afinidades com a realização de atividades de educação em saúde são compreendidas historicamente como características do seu processo de trabalho, desenvolvendo ações junto à comunidade nos mais variados espaços de atuação (ACIOLI; DAVID; FARIA, 2012).

Essa nova maneira de assistir à população ainda não está totalmente implantada no cotidiano de práticas dos profissionais de saúde, com ênfase na enfermagem que lida com maior parcela de tempo diretamente com o público/paciente, inclusive no ambiente de serviços de saúde que possuem ou deveriam possuir uma postura diferenciada de agir em saúde, como é o caso dos serviços de AB, cujo ações programáticas deveriam ser realizadas junto ao sujeitos, famílias e comunidade.

Diante desse contexto foi perceptível através dos discursos enunciados, através de processos parafrásticos, que os enfermeiros percebem a educação em saúde voltada para o adolescente como a transmissão de conhecimento, ou o repasse de orientações sobre temas prioritariamente de cunho sexual, para que se reduzam os índices de infecções sexualmente transmissíveis ou gravidez na adolescência. Além desses dizeres houve também a percepção de promoção como método de prevenção, mas focado mais nos índices do que na qualidade de vida da população assistida:

Enf. 01: **_Educação em saúde é dar orientação** (*Transmissão de conhecimentos?*), orientação do que*... orientação, prevenção do que são doenças, do que não só doenças, como o corpo do adolescente*... falar sobre saúde sexual e tudo no geral. Focar tipo em algo que eles tem,/ mas deseja de saber.

Enf. 08: **_É, então, no caso educação em saúde é a gente procurar **promover** né, com qualidade a prevenção de doenças, de agravos e// pra que diminua os índices né?! Dessas doenças que tão surgindo e...* educação em saúde né?! **A gente procurar promover pra poder prevenir os agravos.****

Enf. 13: **_Passar assim as informações sobre a sexualidade, sobre as drogas né?! Que hoje em dia são muito comuns, sobre a grav*, grávida, gravidez na adolescência, as DSTs, tudo isso a gente engloba.**

Há, diante dessa percepção, uma priorização do “informar” que não deve ser confundido com o educar, o primeiro pode ser definido como prover subsídios para que as pessoas esclareçam ou desfaçam suas dúvidas de forma pontual, enquanto que o segundo

caracteriza-se como algo mais amplo, denso, tornado o sujeito apropriado do conhecimento delimitado pelos fatores sociais e culturais que o circundam (ACIOLI; DAVID; FARIA, 2012).

Alguns estudos convergem com esses resultados, como em investigação realizada no Crato-CE, com enfermeiros das equipes de ESF, onde estes demonstraram entender a educação em saúde de algumas maneiras comuns entre eles, como: ações de promoção e prevenção da saúde e repasse de orientações para alteração de estilo de vida (OLIVEIRA et al., 2013).

Coscrato e Bueno (2013) também observaram esse tipo de respostas, onde predominantemente foram relatadas como educação em saúde o repasse de informações e a transferência de conhecimentos, ou seja, baseado no modelo educativo clássico, verticalizado. Tais autores inferem como motivo para tal a própria formação acadêmica que acaba enfatizando esses aspectos que são transferidos para a prática profissional.

Em pesquisa realizada ainda em Santarém-PA, com enfermeiros de USF, obtiveram respostas semelhantes quando questionados sobre o que compreendiam sobre educação em saúde. Foram recorrentes os termos orientar, prevenir e informar nas falas dos profissionais. Tais concepções são condizentes com o modelo de atenção à saúde prescritiva, reducionista e médico hegemônico (FIGUEIRA; LEITE; SILVA, 2012), em que são requeridos a adoção de condutas pelos usuários do serviço sem a compreensão de fatores externos à enfermidade do indivíduo.

Em meio à educação em saúde desenvolvida pelos profissionais emerge uma fala que embora seja em sua maior parte parafrástica, traz aspectos diferentes em suas entrelinhas, permitindo visualizar que em meio a uma educação verticalizada começa a se perceber a necessidade da utilização de recursos que estimulem a participação do jovem e que seja atrativo para eles por meio de tecnologias educativas diferenciadas:

Enf. 02: [...] pode ser atividade de jogos, pode ser qualquer atividade lúdica que enfoque a prevenção no adolescente de forma a conscientizá-lo de que aquela doença pode surgir, qual os meios que são utilizados pra prevenção daquele tipo de agravo, que pode ser doença, mas também pode ser planejamento familiar, né?! [...]

Enf. 03: [...] então a gente tenta levar isso pro adolescente, tenta, tenta é conseguir o máximo de, de atenção deles porque eles são bem difíceis de se lidar, então a gente tenta de todas as formas pra chamar

atenção, principalmente pra essas duas coisas, que é mais é, frequente e, e, e que atinge mais adolescentes.

Enf. 15: (*O que é feito? Palestra?*) _É, roda de conversas é, a brinca, a gente brinca bastante. (*Quais brincadeiras são utilizadas?*) _Aqueles como é aquele nome que dá L. (*estagiária*), que a gente faz, que é de conhecimento, troca de não sei o que, a gente faz tudo, é dinâmicas de grupo, **principalmente no início e no final**, trabalhamos muito dinâmicas de grupo.

A realização de educação em saúde com adolescentes carece da utilização de instrumentos que permitam o empoderamento desse grupo etário, com a construção e a transformação de saberes, contudo nem sempre é sabido como utilizar ou o que utilizar.

Como alicerce dessa edificação da autonomia desses atores sociais Lemos et al. (2015) citam atividades como oficinas, dramatizações, dinâmicas e jogos, para que as atividades não sejam algo tido como enfadonho para eles e sim chamativo, interativo e que melhore a busca desses jovens por esse tipo de educação em saúde com tecnologias educacionais diferenciadas. Torna-se necessário, portanto a utilização de métodos que possibilitem ações educativas transformadoras para que tenham eficácia naquilo que se propõe.

Com a implantação de tais tecnologias educativas, em articulação com as tecnologias leve, foi percebido por tais autores, inestimáveis benefícios de tais práticas, desde maior entendimento do tema desenvolvido, ampliando a autonomia dos jovens como seres responsáveis por sua saúde, até a criação de um maior vínculo com os mesmos que possibilitou a retirada de dúvidas, perder a timidez e poder interagir eficazmente, refletindo que a importância da adesão dessas iniciativas trazem aspectos positivos para ambos os envolvidos (LEMOS et al., 2015).

Além dos aspectos condizentes as maneiras de chamar a atenção do público, outros fatores também precisam ser considerados na realização de atividades educativas para que elas sejam realmente eficazes, como o contexto social ao qual o indivíduo está inserido, com o intuito de educar não para controlar, mas educar para libertar.

Levando em consideração esses aspectos veio à tona um discurso polissêmico sobre a definição de educação em saúde em meio aos tantos outros processos parafrásticos intensamente presente nas enunciações:

Enf. 03: _Educar os jovens da forma que o, conforme /a tradição dele, a cultura, aceitar a cultura deles, a, a tentar entender eles de um modo geral, que não é muito fácil, então eu acho que isso, é tentar, é tentar ajudá-los e educar da melhor forma possível, em relação a certos,* muitas outras coisas...* que sobre cultura, sobre religião, sobre //é educação pra os pais em relação aos pais, é na cultura deles o que é aceito, o que não é, como é a realidade deles, e assim a gente a gente...*, **principalmente religião** que a gente tem que aceitar bastante, que tem uns que são bem complicado, mas tenta educar todos eles assim.

Tal discurso demonstra um olhar diferenciado em relação a percepção sobre os fatores que circundam uma educação em saúde integral, adaptada a educação progressista contemporânea. Para tanto se deve estender a compreensão restrita ao orgânico e trazer à tona os fatores sócio/econômico/culturais, orientando em outro sentido, o agir em saúde de uma maneira que visa a totalidade, a completude (FIGUEIRA; LEITE; SILVA, 2012).

A reorientação requerida nessa forma de educar presume um planejamento contínuo e ativo, em que os enfermeiros avaliem constantemente a maneira de suas ações observando a realidade e os anseios dos educandos, visto que não há algo pronto, engessado, constante e previsto antecipadamente quando se trata de educar em saúde, pois de acordo cada situação há demandas e especificidades diferenciadas (ACIOLI; DAVID; FARIA, 2012).

A falta de discursos como esse pode ter como fator influenciador a falta dessas discussões na formação dos profissionais, assim como aponta Figueira, Leite e Silva (2012) em que as enfermeiras relataram em seu estudo realizar, durante a graduação, palestras quando se trata de educação em saúde, sem o debate teórico sobre metodologia, processo pedagógico e envolvimento das questões anteriormente citadas. Essas autoras inferem que é preciso ter a capacidade de ser educador ao ser enfermeiro e buscar o envolvimento dos educandos de acordo com a realidade de cada, pois observaram em seu estudo que o atendimento as demandas das pessoas da zona rural era diferenciado, embora não fosse unanimidade entre todas as profissionais participantes.

5.2.3 Atos educativos em saúde: do alienado a alienação ao perceber o adolescente somente aos aspectos sexuais

A complexidade envolta do indivíduo adolescente começou a ser desvendada recentemente e o agir profissional começou a ser norteado por meio de diretrizes que guiam através de uma forma que contemple esse indivíduo de maneira integralizada. Diante disso os profissionais que atuam com essa população necessitam estar aptos a visualizá-los em suas singularidades e multidimensionalidades, além de sensibilizar-se de que o seu cuidado pode começar pela AB (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012).

No entanto a realidade encontrada não condiz com o almejado, a fragmentação do cuidado ainda é forte e a clínica ampliada é imatura. Quando questionados sobre quando e quais as atividades educativas são realizadas com os adolescentes, veio à tona no *corpus* discursivo a impregnação de ações voltadas para sexualidade e uso de drogas, com métodos verticalizados e pouco envolvimento nas unidades de saúde. Tais fatores poderão ser observados na enunciação dos seguintes discursos parafrásticos:

Enf. 10: *_Palestras, têm palestras, reuniões, tem reunião com os pais, mas eu já fiz palestras voltadas sexual*, quando foi pra, quando iniciou a campanha de HPV,/ logo quando iniciou, eu tive uma palestra com os pais, mas **assim é bem complicado**, uma tema bem complicado de se abordar e tá falando na frente das crianças juntamente com os pais, que a gente tem que ter um certo cuidado, que na cultura deles a gente pode tá induzindo a criança ao ato sexual, por causa da prevenção da tal vacina,/ então tem que ter **muito cuidado**.*

Enf. 11: *_Quando, a gente já fez uma na escola foi palestra sexualmente*, é doenças sexualmente transmissíveis e alguma coisa em relação ao planejamento familiar, porque você nem pode ir mais além e nem pode também se é, ser restrito, porque você tem que passar alguma coisa porque ainda tem algumas pessoas que lhe procuram pra saber alguma coisa. (Algum outro tipo de atividade?) _Não, porque você não pode é inventar de fazer alguma coisa na unidade (risos) você é propriamente lixada, alguma coisa.*

Enf. 16: ***_É isso que a gente faz na escola, voltada na escola, é fazendo ação, promovendo palestra, essas coisas,** voltada, se for trabalhar voltando pra eles [...] (Quais os temas?) **_É isso aí, drogas, doenças transmissíveis, transmitíveis,** só isso, mais esses daí, porque é meio que só um colégio do estado ou municipal, entendeu?*

A sexualidade configura-se como importante no contexto de vida das pessoas, pois permeia vários ciclos da vida humana e está diretamente relacionada à saúde dessas

(MACEDO et al., 2013). Em revisão integrativa realizada por Luna et al. (2012), percebeu-se que os estudos que integraram a pesquisa se voltaram prioritariamente ao campo da sexualidade. Porém, ao se tratar de educação em saúde, a multidimensionalidade do indivíduo deve ser levada em consideração e não se restringir a um único aspecto que constitui essa fase.

Quando questionados sobre o que seria adolescência e o ser adolescente, sobressaiu que estava relacionado as alterações psíquicas, somáticas, endócrinas entre outras, mas no questionamento desta formação discursiva observa-se que as ações não englobam essas inúmeras alterações citadas anteriormente. Diante disso fica a inquietação de que como os enfermeiros ao mesmo tempo em que reconhece as alterações não são capazes debatê-las proporcionando um cuidado integral.

Além disso, foi possível identificar nos discursos a utilização de uma abordagem educativa tradicional, baseada no modelo verticalizado de transmissão de informação, por meio de recursos obsoletos na visão contemporânea de educar, como o uso de palestras.

Indaga-se o motivo da utilização ainda dessas práticas pelo enfermeiro. Essas ações educativas para que atinjam seu objetivo real e tenham um retorno desejável é preciso transcender, ir além da compreensão micro do sujeito, e romper com a perspectiva ao qual deve ser depositado um conhecimento pronto no adolescente (COELHO et al., 2015).

Apesar dessas fragilidades, surge em meio aos discursos uma variação do repetitivo, uma ruptura por meio de falas polissêmicas, em que aparecem novos métodos que o profissional não é o único detentor do conhecimento e o interlocutor o objeto de depósito, como observado a seguir:

Enf. 03: _Tipo ou a gente faz um círculo, que é o mais, é o melhor que a gente ver a carinha de todos, entendeu?! A gente fica no meio conversando, pergunta pra eles o que significa drogas, é o que a as drogas pode trazer de mal, se alguém sabe como é, é que coloca uma camisinha, coloca a camisinha no meio... na mesa pra eles tentarem colocar, tá entendendo?! É um momento*... eles têm vergonha, fica tudo rindo, a gente tenta: "não, não é assim não", é mais com as mãos e com o que a gente tem, o que a gente tem, os jogos às vezes a gente pega cartinha pra perguntar o que é, mas nada de, de... que era pra ser **aquela palestra**, a gente faz com o que a gente tem.

Enf. 06: _As atividades, é assim essa que a gente tem **uma**, mas a gente não tem nenhum grupo específico de, de fazer essas chamadas não, a gente a gente conversa aqui mesmo faz uma roda de conversa,

às vezes a gente pede pra que...*, a gente sobe na sala de reuniões, que é bem melhor do que, aí as conversas mais que são, os assuntos que são escolhidos: **planejamento familiar, questão de drogas, a prevenção, é os anticoncepcionais,** / é xô ver, / são uma série de assuntos que são escolhidos...

Em estudo realizado por Oliveira et al. (2013), em Crato-CE, os enfermeiros utilizavam como metodologia educativa oficinas, rodas de conversa, abordagem individual e também palestras, onde as primeiras estimam a vivência do público e torna o processo educativo mais participativo. Essa realidade se aproxima das encontradas nas UBS do local de estudo, com a utilização das tradicionais palestras, mas também com a inserção desses novos modelos de educar em saúde, que permitem uma educação mais transversal e interativa.

Observa-se ainda nestes discursos, menção à educação em saúde, tendo como eixo estruturante, a roda, a qual simbolicamente possui uma representação significativa nessa nova concepção de práticas educativas, pois a partir dessa estratégia, os envolvidos são postos de forma que todos tenham capacidade de olhar nos olhos dos demais, além disso representa nessa configuração que todos estão no mesmo nível, não tendo alguém à frente e alguém à trás, formação esta percebida nas tradicionais palestras, na qual interpreta-se que há alguém melhor e pior do que o outro.

Em relação ao ambiente em que as ações eram desenvolvidas prevaleceu o ambiente escolar, através do Programa Saúde na Escola (PSE), onde o mesmo possibilita uma parceria e articulação entre saúde e educação. A falta de realização de atividades na própria unidade foi justificada algumas vezes pela ausência de grupo de adolescentes, inferindo desconhecimento da que a educação pode-se dar de maneira individual em situações cotidianas de seu processo de trabalho.

Soma-se a esta discussão que o enfermeiro pode e deve também realizar os atos educativos fora da unidade, “rompendo” com os muros do serviço, saindo do marasmo que o prende ao consultório de enfermagem e adentrar ao território adscrito, o qual é permeado de relações sociais, culturais e econômicas. Tais características foram perceptíveis através da produção dos discursos parafrásticos abaixo:

Enf. 07: _Normalmente a gente trabalha dentro da escola, no grupo de adolescentes, até porque assim é, é, se você realiza algum convite direcionado a qualquer público não só adolescência, sendo só pra

prática **de educação** eles tem uma certa resistência em comparecer, ta entendendo? A gente prefere trabalhar na escola porque ele já tá, lá naquele ambiente e já pego e desenvolve lá o adolescente no ambiente da escola.

Enf. 10: **_Só o PSE- Programa Saúde na Escola** (*Como se dá a realização das atividades?*) *_A secretaria convoca a gente, a gente vai até a escola, reuni os pais ai então a gente passa as fichas pros pais, aí depois eu vou fazer meu papel na unidade, na unidade não, no colégio em conjunto com os professores. (Quem determina os temas?) _Vem da secretaria,/ que é o PSE, Programa Saúde na Escola.*

Enf. 13: **_Na verdade aqui não tem uma que seja só voltada só pro adolescente***, engloba assim quando você vai, quando eu for fazer sobre o grupo de gestante que tem adolescentes, mas específicos pra eles eu não tenho nenhum formado, nenhum grupo não, as vezes tem assim quando eu vou, ai no caso quando tem o*, aqui tem o PSE e tem a escola ai vizinho ai a gente faz as atividades de educação em saúde na escola, aí aborda os temas, né?! De drogas, sexualidade, feita voltada quando vem a parte do PSE, certo?! (*Onde é realizado as atividades?*) *_No caso é voltado pros adolescentes né, quando é realizado é na escola através do programa PSE.*

Enf. 15: **_Não vou mentir**, aqui não tem uma, uma, uma estratégia organizada pra o adolescente, **porque era pra ter um grupo de adolescentes**. A gente é... trabalha com eles apenas a **parte de pré-natal, planejamento familiar, é só o que trabalhamos, na questão de drogas, que era pra ter sido** fundado um grupo de, de tabagismo, a gente não encontrou um tempo pra elaborar, entendeu?

Observa-se, menção no *corpus* discursivo ao PSE, o qual foi instituído em 2007 como fruto da cooperação entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, com intuito de promover políticas intersetoriais que beneficiem as condições de vida e saúde de adolescentes e crianças no enfrentamento de vulnerabilidades, demonstrando ser benéfico para essa população assistida (BRASIL, 2011b).

A limitação do vínculo entre enfermeiro e adolescente tem a oportunidade de ser fortalecida por meio do PSE, constituindo uma relação de confiabilidade e promovendo no primeiro o espírito e a responsabilização do seu papel como educador em saúde (SANTIAGO et al., 2012).

No entanto, através do *corpus* discursivo se observa que o referido programa acaba por ser o único a trabalhar a saúde dos jovens, de forma pontual e esporádica. Torna-se preciso ampliar as possibilidades da utilização das unidades, e o próprio território adscrito,

como meio de desenvolvimento de ações educativas a esse público, para que com isso torne-se hábito no cotidiano de práticas do enfermeiro e sua equipe.

Foi notável a existência de fragilidades nas práticas educativas direcionadas aos adolescentes. O acolhimento de forma sistematizada ainda é primitivo, assim como a integralidade da assistência. Suas demandas ainda não fazem parte da rotina dos serviços da AB e do enfermeiro, diante disso suas necessidades nem sempre ou quase nunca são vistas como prioritárias (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012).

Tais dificuldades podem ser justificadas pelo desenvolvimento recente de cuidados da enfermagem para esse público, que ainda se encontra principiantes em vários aspectos, seja pelo pouco conhecimento de suas particularidades, seja pela não consideração dessa fase como um momento especial a ser trabalhado (FERREIRA JÚNIOR et al., 2013).

5.2.4 Educação em saúde: da ponte simbólica que viabiliza as ações à distância oceânica que as impedem

As atividades educativas dispensadas aos adolescentes são permeadas de dificuldades, conforme observado no *corpus* discursivo, sejam por questões relacionadas as próprias limitações dos enfermeiros, sejam por questões estruturais e de gestão, as quais acabam por restringir a plena realização dos atos educativos, com vistas ao empoderamento desse público alvo.

Dentre os principais problemas relatados nos discursos, destacou-se a falta de incentivo da gestão, a falta de tempo disponível para englobar o adolescente com atividades educativas, visto que o enfermeiro desenvolve na unidade de saúde atividades assistenciais e gerenciais, além da falta de interesse/adesão dos adolescentes em participar das ações desenvolvidas, como destacado nos discursos a seguir:

Enf. 03: _Adesão também, às vezes, os adolescentes, sabe? Porque a gente faz, aí passa, num aguenta, aí sai, sai outro, saindo, saindo um, "eu vou beber água" aí não volta, tá entendendo?! Porque abusa, aí é mesmo que a gente chama a atenção, tem uns que escapa, tá entendendo?! **Não gosta**, que não vai.

Enf. 08: *_Eu acredito que seja a adesão deles mesmo,/_ o que dificulta é isso. (Por que você acha que eles não aderem?) _Por falta incentivo,/_ de orientação. (Deveria partir de quem essa orientação?) Deveria **partir de todos, né?! Tanto da saúde como educação.// Falta, né?! Falha, né?!** Nessa área da, na... da adolescência falha muito a educação em saúde em relação a eles, porque é como, o pessoal visa mais os idosos, né?! Os hipertensos, diabéticos, as crianças, os adolescentes... adolescentes não muito, eu acho que por isso que falta, falta iniciativa pra eles procurem mais,/_ ter mais apoio né?!*

Enf. 12: *_A questão, a questão também dos adolescentes irem, as vezes eles não vão, porque assim, como eles são de menores às vezes pede a presença de uma pessoa de maior pra ir com eles, ou às vezes eles não se sentem a vontade de ir com os pais [...].*

Em estudo desenvolvido em Cuiabá-MT com 17 enfermeiros de Saúde da Família também se observou a baixa participação dos adolescentes em atividades educativas, e essa problemática por sua vez relaciona-se com baixo número de ações ofertadas, bem como a estruturação do serviço (DUARTE; FERREIRA; SANTOS, 2013).

Já quando se trata da percepção dos adolescentes, um estudo realizado com 15 jovens de Fortaleza-CE, mostrou que na visão deles os entraves para sua ida aos serviços da AB giravam em torno da falta de acolhimento da equipe, com pouco uso das tecnologias interacionistas, dificultando o diálogo, o atendimento e aproximação com a unidade e os profissionais, e também a dificuldade de criação de vínculo, que inibe a procura e o conhecimento da função que cada trabalhador exerce (MARQUES; QUEIROZ, 2012).

Cabe destacar, a partir dos discursos parafrásticos dos enfermeiros, certa transferência de responsabilidade aos adolescentes, onde o profissional se omite ou não busca novas estratégias educativas com vistas a atrair a atenção desse público. Assim, faz-se necessário sair na inércia de tais práticas e utilizar de métodos educacionais que possam envolver os atores sociais na construção coletiva dos novos saberes.

Como discutido no item 5.2.2, alguns poucos discursos mostraram ser necessário ter algo atrativo para os adolescentes e o estimulasse a vir novamente, no entanto, para que isso aconteça seria necessário dentre outros fatores a colaboração da gestão:

Enf. 02: *[...] nem a secretaria não se preocupa muito com a questão de saúde do adolescente, não ver como uma coisa de especificar “ah o*

adolescente”...*, fala assim planejamento familiar, né?!, que não tão fazendo e tá tendo muita gravidez na adolescência, mas é só isso, outras coisas. *(No caso seria uma dificuldade a questão da secretaria?)* É a secretaria poderia também, é uma dificuldade, a secretaria poderia, poderia colocar **mais ações** dentro do saúde da família para os adolescentes entendeu?! Poderia colocar abordagem, não só do enfermeiro, pra não sobrecarregar, mas os outros também, mas equipe completa, fazer uma capacitação sobre saúde do adolescente, né?! Colocar isso como um, um, uma coisa que tem que ser colocada na agenda da unidade.

Enf. 03: _Exatamente, a **disponibilidades da secretaria pra nós**, de chegar e dizer vamos fazer, iniciativa delas também porque a gente também não pode fazer só, só, só, só, só eu vamos supor, a gente precisa de um carro de som, quem vai alugar um carro de som com, com o dinheiro da gente, a gente precisa de um carro de som, a gente precisa de divulgação, a gente precisa de folhetos, a gente precisa de tudo, e tem coisas que eles não divulgam, não dá. Então eu vou fazer uma **caminhada eu vou falar só de boca?** [...]

Enf. 07: [...] quando você vai fazer uma atividade educativa seja em qualquer lugar*, na escola nem tanto porque como eu lhe disse tem a questão do público já tá lá, mas se você for fazer na unidade, ou então numa praça, numa escola, você sempre tem que ter algo pra atrair o usuário, e esse algo é, é normalmente é um lanche, sorteio de brinde, e esse tipo de coisa a gente não recebe. Quando a gente faz a gente tem que pedir, normalmente quando eu faço algum evento aqui eu peço entre os funcionários, porque já aconteceu de solicitar os gestores, **o gestor não oferta**, aí se não ofertasse e você botar no convite que vai ter aquele tipo de coisa, que você já bota no convite pra atrair o público, você tem que arcar porque se não da próxima vez não vai ter público nenhum. Na escola, na escola já dá certo, **porque o público já tá lá**, mas se você for fazer em outro local você tem que ter algo que atraia.

Embora tenha sido relatado a parceria da gestão no fornecimento de datashow e panfletos, somente isso não é visto como suficiente para dar suporte, sendo necessário o fomento da educação permanente aos profissionais inseridos na AB, para que os mesmos sejam sensibilizados e por consequência, sejam aptos a implementarem novas práticas educativas para com este público. Foi possível também perceber que falta iniciativa e incentivo por parte dos gestores para estimular o campo da saúde do adolescente, para que saia do esquecimento e entre na rotina dos profissionais.

Em pesquisa realizada com enfermeiros e gestores de unidades de AB na cidade de Fortaleza-CE, observou-se que as ações direcionadas aos adolescentes eram planejadas em

suma pelos enfermeiros e sua equipe de saúde, com pouco ou nenhum envolvimento da gestão, o que compromete a parceria, o planejamento conjunto, o preparo e conseqüentemente a efetividade das ações (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012).

Agregando a essas discussões Roecker, Budó e Marcon (2012) também encontraram problemáticas relacionadas à gestão em seu estudo realizado em Cascavel-PR, que contribuem negativamente para realização das atividades educativas, tendo como exemplo, a falta de recursos físicos e materiais disponibilizados.

Em consonância com esse debate Santos et al. (2014) da mesma forma perceberam através do relato de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que a falta de apoio do município mostrou-se como um obstáculo para as práticas educacionais, o que leva inclusive a desestimular a equipe.

Outro entrave encontrado no *corpus* discursivo se refere ao discurso parafrástico da falta de tempo, por desempenhar atividades gerenciais e assistenciais que o impedem de contemplar outras áreas que não sejam as “prioridades” do calendário semanal, como disposto abaixo:

Enf. 06: [...] se fosse só assistência seria muito mais fácil da gente trabalhar, mas o problema que a gente não trabalha só com assistência, a nossa maior parte do tempo é com problemas de equipe, com é, protocolo, papel pra resolver, então isso toma maior parte do tempo da gente, **então tudo isso dificulta** [...]

Enf. 07: _Assim ó a questão de, de **disponibilidade de horário**, porque como a gente é, tem inúmeros programas pra poder contemplar, a gente não consegue contemplar 100% do que é preconizado, a questão de sobrecarga de trabalho, porque querendo ou não tudo que é pra inovar na atenção básica a gente*, **vem pro enfermeiro**, [...] porque se você não tem só ação educativa pros jovens, você tem pra o idoso, pra gestante, pra mulheres, tem um leque de público que tem que tá fazendo esse tipo de atividade, né?!

Enf. 13: _O que dificulta é isso, o número de atividades, de atribuições, porque assim educação em saúde termina muito sendo voltada pros profissionais de enfermagem ir realizar, aí a disponibilidade de tempo, porque é muito programa pra atender e como o enfermeiro é pra gerência e pra assistência... Aí é um dos fatores que dificultam e deixam a desejar educação em saúde tanto na adolescência que é seu tema como no geral, às vezes é mais dificultoso.

O enfermeiro desempenha diversas funções na ESF, desde funções diretamente assistenciais, como também funções administrativas, sobrecarregando muitas vezes esse profissional (OHIRA; CORDONI JUNIOR; NUNES, 2014), que assume para si a responsabilidade inclusive de outras profissões (FERNANDES, 2016).

Pode-se questionar se tais profissionais realmente não possuem tempo necessário, ou não possuem prioridades consolidadas para os adolescentes. Entende-se sim que o enfermeiro possui uma gama de atribuições, sendo necessário o compartilhamento de responsabilidades, com vistas a realização de atividades educativas para com os adolescentes.

Diante disso, fica a indagação se somente a falta de tempo é um impeditivo, ou o comodismo é um fator contribuinte? Colaborando com essa perspectiva um dos discursos desponta de maneira polissêmica corroborando com esse tipo de visão:

Enf. 01: [...] Agora na unidade é falta de atenção mesmo, de nós mesmos enfermeiros pra, nós não, eu mesma enfermeira pra// criar esse grupo ou, porque, digo grupo pra ver se vem, mas individualmente a gente realiza a educação, depende de interesse da por parte nossa, e também tem a questão de também ver o horário de atuação deles nas escolas, porque pra ele vim, necessariamente não precisa não tá no período escolar, ou manhã ou pela tarde, então seria tipo dois grupos, um pela manhã outro pela tarde.

Há o deslocamento do sentido no discurso supracitado, visto que se identifica como impeditivo para a realização das ações educativas, não a falta de tempo, mas pouca iniciativa dos enfermeiros.

Embora em sua maioria seja recorrente o levantamento de problemáticas no percurso das falas, também foram apontados os aspectos que facilitam ou contribuem para a realização das atividades, embora que de maneira mais singela.

Dentre elas destacou-se o fator da escola fornecer o apoio necessário, como também emergiu a contribuição do profissional ACS, integrante da equipe mínima da ESF, como facilitador das ações:

Enf. 01: _Nas escolas não tem dificuldade não, a gente chegando lá aí a diretora sempre atende bem e, bem a gente e é bem*... a gente tem bastante acesso nas escolas.

Enf. 03: _Facilita é a é a, a **abertura das escolas**, que elas aceitam, armaria aceitam de mais a gente, muito bom, é ótimo, maravilhoso, eles aceitam [...]

Enf. 06: [...] todo trabalho que a gente faz é envolvido os agentes de saúde, porque na realidade são os profissionais que **estão na ponta** né?! Que vai fazer a coleta desse grupo pra gente.

Enf. 08: _O que facilita é só a, a cooperação do pessoal da escola mesmo e as agentes de saúde, elas fazem, divulgam muito bem quando tem sempre esses eventos.

As escolas, diante dos discursos dos participantes desta pesquisa, demonstraram ser bastante receptivas e engajadas na promoção da saúde de seus discentes adolescente. Muitas delas visualizam de perto as problemáticas destes jovens demonstradas por meio da relação com seus colegas e professores. Estes jovens necessitam da ajuda de profissionais que possam contribuir para um adolescer saudável. A partir disso, Santos et al. (2014) visualizam a escola como sítio privilegiado para trabalhar com o adolescente.

O ACS por sua vez também demonstrou ter importante papel na realização de atividades e na captação dos adolescentes, como observado nos discursos dos enfermeiros. Este profissional consegue por meio do seu processo de trabalho, como na visita domiciliar, apanhar a realidade dos adolescentes, suas demandas e fragilidades, através do contato mais próximo que esse integrante da equipe possui com a comunidade adscrita, colaborando com o desenvolvimento das atividades educativas de maneira significativa (SANTOS et al., 2014).

Várias são os pressupostos que poderiam ser levantadas para justificar a ausência ou a presença de atividades educativas com adolescentes nos serviços de saúde da AB, especialmente na ESF, dentre elas a falta de hábito de realizar atividades na própria unidade, como visto nas discussões do item anterior em que as ações são realizadas em grande maioria no espaço escolar, distanciando ainda o adolescente do ambiente da unidade.

No entanto, também foram encontradas perspectivas de mudanças por meio da colaboração de atores como os ACSs e intersetorialidade com o campo da educação que trazem uma gota de esperança em meio a um oceano de dificuldades enfrentadas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho enveredado por esta pesquisa teve como principal meta analisar o discurso dos enfermeiros sobre as práticas educativas voltadas aos adolescentes no panorama da Atenção Básica, buscando desvendar os fenômenos da constituição das falas dos participantes, que não se dão explicitamente, mas embutidas tacitamente.

Análise do Discurso por trabalhar não com o conteúdo do texto propriamente, mas com os sentidos produzidos por este, apresenta o seu *corpus* discursivo como originário de uma ideologia singular, da qual emergiram as seguintes formações discursivas: Dualidade mente e corpo: das transformações no adolescente a estagnação do profissional; Educação em saúde aos adolescentes: do controlar ao libertar; Atos educativos em saúde: do alienado a alienação ao perceber o adolescente somente aos aspectos sexuais; Educação em saúde: da ponte simbólica que viabiliza as ações à distância oceânica que as impedem.

A partir destas formações aponta-se que as práticas educativas para com o adolescente na Atenção Básica apresentam vários percalços. Os enfermeiros demonstraram em suma desconhecer o ser adolescente de maneira macro, o caracterizando restritamente como um ser problemático, vulnerável sexualmente, mas ambigualmente como saudável, e por consequência, isentos de estarem presentes como público prioritário na elaboração dos planos de cuidados propostos pelos enfermeiros à comunidade sob sua responsabilidade.

As atividades voltadas a esses atores sociais mostraram ser majoritariamente no ambiente escolar, por meio do Programa Saúde na Escola, não como uma inquietação profissional, mas para cumprimento de um programa ministerial, afastando ainda mais esse público do ambiente da unidade, e aumentando a concepção arraigada de que esse local serve somente para o cunho curativo.

Os métodos de abordagem mostraram-se ainda arcaicos, diante das novas formas de educar contemporânea, com utilização de palestras, com deposição de conhecimento e pouca interação com o público, sendo deficientes momentos que possam ser desenvolvidos à luz de práticas que fomentam a curiosidade e o desafio pelos adolescentes na construção de novos saberes.

Os enfermeiros relataram durante seus discursos haver mais empecilhos do que facilidades, onde a falta de interesse do público, a falta de apoio da gestão e a falta de tempo, prejudicam a realização dessas atividades. Contudo, fica o questionamento, diante dos deslizes nas falas, se estes são os verdadeiros motivos, ou desculpas para trabalhar com algo

que não é visto como prioridade, bem como que possa instigar esses profissionais a saírem da zona de conforto, e conseqüentemente da inércia das práticas tradicionais.

Observa-se nesta investigação que há restrição da liberdade, visto que o adolescente como ser livre e em processos de transformações em diversos aspectos e dimensões, se deparam com a visão estreita de período conturbado, sexualmente vulnerável, necessitado de informações, aos quais são depositados sem haver o uso de tecnologias interacionistas.

Diante de tais perspectivas faz-se necessário que aconteçam novos estudos que apontem um direcionamento correto no desempenhar das práticas educativas e da visualização do adolescente por esses profissionais, para que ambas as partes desfrutem da saúde plena e o sentimento de dever cumprido, respectivamente. Para tanto sugere-se o desenvolvimento de pesquisas de cunho intervencionista que trabalhem com os enfermeiros vislumbrando as mudanças necessárias na sua prática.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637-42, 2014.

ACIOLI, S.; DAVID, H. M. S. L.; FARIA, M. G. A. Educação em saúde e a enfermagem em saúde coletiva: reflexões sobre a prática. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 533-6, 2012.

ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. S. Family health nurses' teaching practice in the health education development. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 389-401, 2016.

ALMEIDA, J. R. S. et al. Oficinas de promoção de saúde com adolescentes: relato de experiência. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, p. 1052-8. 2011.

ARAÚJO, et al. Transição da adolescência para a fase adulta na ótica de adolescentes. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 280-5, 2011.

BESERRA, E. P. et al. Pedagogia freireana como método de prevenção de doenças. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1563-70, 2011.

BORGES, J. W. P. et al. Educação em saúde, (inter)disciplinaridade e complexidade na estratégia saúde da família. In: MOREIRA, T. M. M. et al (Org.). **O cuidado clínico de enfermagem**. Fortaleza: Ed. UECE, 2015. p. 300-24.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 de junho de 1986.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). **Resolução n o 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012.

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

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 9. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010b. p. 13.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Instrutivo PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAJAZEIRAS. **História do município**. 2012. Disponível em: <http://cajazeiras.pb.gov.br/historia_do_municipio/>. Acessado em 02 jul. 2016.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5ª ed. São Paulo: Prentice-Hall, 2006.

COELHO, M. M. F. **Educação em saúde**: os ditos e não ditos da prática de enfermagem com adolescentes. 2012. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

COELHO, M. M. F. et al. Condições de produção do discurso de enfermeiros na prática educativa com adolescentes. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 9-14, 2015.

COELHO, M. M. F.; MIRANDA, K. C. L. Educação em saúde: os ditos e não ditos da prática de enfermagem com adolescentes. In: MOREIRA, T. M. M. et al (Org.). **O cuidado clínico de enfermagem**. Fortaleza: Ed. UECE, 2015. p. 178-93.

CORRÊA, A. C. P. et al. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 1, p. 171-80, 2012.

COSCRATO, G.; BUENO, S. M. V. Concepção de enfermeiros de uma rede pública de saúde sobre Educação para a Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 3, p. 714-21, 2013.

COSTA, R. F. et al. Redes de apoio ao adolescente no contexto do cuidado à saúde: interface entre saúde, família e educação. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 5, p. 741-7, 2015.

COSTA, R. F.; QUEIROZ, M. V. O.; ZEITOUNE, R. C. G. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 466-72, 2012.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Rev. RENE.**, v. 9, n. 2, p. 120-8, 2008.

DAVID, H. M. S. L.; BONETTI, O. P.; SILVA, M. R. F. A Enfermagem brasileira e a democratização da saúde: notas sobre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 179-85, 2012.

DAVIM, R. M. B. et al. Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 131-40, 2009.

DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 43.

DIAS, G. A. R.; LOPES, M. M. B. Educação e saúde no cotidiano de enfermeiras da Atenção Primária. **Rev Enferm UFSM**, v. 3, n. 3, p. 449-60, 2013.

DUARTE, S. J. H.; FERREIRA, S. F.; SANTOS, N. C. Desafios de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na implantação do Programa Saúde do Adolescente. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 2, p. 479-86, 2013.

FARIA, M. G. A.; ACIOLI, S.; GALLASCH, C. H. Perfil de enfermeiros fluminenses da Estratégia de Saúde da Família participantes de um curso de especialização. **Enferm. Foco**, v. 7, n. 1, p. 52-5, 2016.

FERNANDES, M. C. et al. Fatores intervenientes na gerência do cuidado do enfermeiro: estudo descritivo. **Online Braz J Nurs.**, v. 12, n. 2, p. 522-33, 2013.

FERNANDES, M. C. **Identidade profissional do enfermeiro na atenção básica: enfoque nas ações de gerência do cuidado expressas nas articulações do campo e *habitus***. 2016. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

FERREIRA JÚNIOR, A. R. Vivência de adolescentes em atividade de promoção da saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, p. 4, 611-4, 2013.

FIGUEIRA, M. C. S; LEITE, T.M.C.; SILVA, E. M. Educação em saúde no trabalho de enfermeiras em Santarém do Pará, Brasil. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 414-9, 2012.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. 53 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2016. 144p.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 50 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011. 256p.

FREIRE, P. **Política e educação**. 1 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014. 144p.

GIL, C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, A. M. T. Do discurso às formações ideológica e imaginária: análise de discurso segundo Pêcheux e Orlandi. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 555-62, 2007.

GOMES, A. M. T. O desafio da análise do discurso: os dispositivos analíticos na construção de estudos qualitativos. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 620-6, 2006.

GOMES, A. M. T. **Silêncio, Silenciamento e Ocultamento na Terapia Anti-retroviral: desvelando o discurso de cuidadores de crianças**. 2005. Tese (Doutorado)- Universidade Federal do Rio de Janeiro/Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em saúde da criança, programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2005.

GUERREIRO, E. M. et al. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Rev Bras Enferm.**, v. 67, n. 1, p. 13-21, 2014.

HIGARASHI, I. H. et al. Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 375-80, 2011.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Primeiros Resultados do CENSO 2010**. 2010. Disponível em < mapasinterativos.ibge.gov.br >. Acesso em 02 jul. 2016.

JESUS, F. B. et al. Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 359-67, 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LEMOS, I. C. S. et al. Tecnologia educativa para trabalhar a sexualidade de adolescentes no contexto escolar. **R. Interd.** v. 8, n. 3, p. 110-118, 2015.

LUNA, I. T. et al. Ações educativas desenvolvidas por enfermeiros brasileiros com adolescentes vulneráveis às DST/AIDS. **Cienc. enferm.**, Concepción, v.18, n. 1, p. 43-55, 2012.

MACEDO, L. C. et al . Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. **Interface**, Botucatu , v. 12, n. 26, p. 649-57, 2008.

MACEDO, S. R. H. et al. Adolescência e sexualidade: scripts sexuais a partir das representações sociais. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 103-9, 2013.

MACHADO, M. H. et. al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enferm. Foco**, v. 7, n. esp., p. 09-14, 2016a.

MACHADO, M. H. et. al. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. **Enferm. Foco**; v. 6, n. 2/4, p. 15-34, 2016b.

MACIEL, M. E. D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enferm.**, v. 14, n. 4, p. 773-6, 2009.

MARQUES, J. F., QUEIROZ, M. V. O. 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.

MASCARENHAS, N. B.; MELO, C. M. M.; FAGUNDES, N. C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 991-9, 2012.

MELO, G. C et al. Grupo de educação em saúde com adolescentes de uma comunidade adscrita a uma Unidade de saúde da família: uma experiência de aprendizado no âmbito do p.programa De educação pelo trabalho. **Rev. APS.** v. 17, n. 2, p. 268-72, 2014.

- MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 21.
- NOBRÉGA, J. F. et al. Um olhar sensível às tribos pós-modernas: cuidando da saúde dos adolescentes no cotidiano. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 3, p. 201-5, 2013.
- OHIRA, R.H.F.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E.F.P.A. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à saúde de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.19, p. 393-400, 2014.
- OLIVEIRA, D. L. L. C. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? **Rev Bras Enferm.**, v. 64, n. 1, p. 185-188, 2011.
- OLIVEIRA, M. B. et al. Educação em saúde como prática de enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**, v. 14, n. 5, p. 894-903, 2013.
- OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. 11 ed. Campinas: Pontes Editores, 2013.
- ORLANDI, E. P. **Discurso e texto: formulação e circulação dos sentidos**. 3. ed. Campinas: Editora Pontes, 2008.
- PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. 2008.
- PEREIRA, A. S.; SANTOS, C. A. M.; ANTUNES D. E. V. Ações pedagógicas realizadas pelo enfermeiro do programa saúde da família. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 2, n. 2, p. 211-9, 2012.
- ROECKER, S.; BUDÓ, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 3, p. 641-9, 2012.
- SALUM, G. B.; MONTEIRO, L. A. S. Educação em saúde para adolescentes na escola: um relato de experiência. **Rev Min Enferm.** v. 19, n. 2, p. 246-51, 2015.
- SAMPAIO, J. et al. Promoção da saúde sexual: desafios no Vale do São Francisco. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 3, p. 499-506, 2010.
- SANTIAGO, L. M. et al. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1026-9, 2012.
- SANTOS, J. S. et al. Educação em saúde na adolescência: contribuições da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v. 14, n. 1, p 20-6, 2014.

SILVA, L. D. et al. O enfermeiro e a educação em saúde: um estudo bibliográfico. **Rev Enferm UFSM**, v. 2, n. 2, p. 412-9, 2012.

SOUSA, L. B. et al. Práticas de educação em saúde no brasil: a atuação da enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 55-60, 2010.

SOUZA, L. L. et al. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Ciências & Cognição**, v. 19, n. 2, p. 218-32, 2014.

SOUZA, T. T.; PIMENTA, A. M. Características das ações de educação em saúde para adolescentes. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v. 3, n. 1, p. 587-96, 2013.

TRINDADE, L. L. et al. Vulnerabilidade na adolescência: a ótica dos enfermeiros da Saúde da Família. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 5, p. 1142-8, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevista nº. _____.

Dados de Identificação:

1. Sexo: () M () F
2. Idade: _____
3. Tempo de atividade profissional: _____ anos.
4. Tempo de atuação no PSF: _____ anos.
5. Estado civil: () Casado () Solteiro () Outros
6. Pós-graduação: () S () N. Se sim qual? _____
- 7 Tipo de vínculo empregatício: _____
8. Outro vínculo empregatício: () S () N. Se sim qual? _____

Questões norteadoras:

1. Descreva a sua compreensão sobre o que é a adolescência, bem como o ser adolescente:
2. O que você entende por educação em saúde?
3. Quais são e onde são realizadas as ações educativas com os adolescentes em seu cotidiano na Atenção Básica?
4. Quais os fatores que facilitam e dificultam na realização das práticas educativas aos adolescentes?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro (a) Trabalhador (a) de Saúde,

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de Conclusão de Curso intitulada “Discurso do enfermeiro sobre as práticas educativas aos adolescentes na Atenção Básica” que tem como objetivo clarificar a sobre as práxis educativas voltadas para os adolescentes no contexto da Atenção Básica. Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre seu cotidiano de trabalho, que poderá ser gravada se o (a) Sr. (a) concordar.

Garantimos que este estudo possui riscos mínimos, já que não envolve a realização de procedimentos invasivos; mas poderá ocorrer insatisfação do entrevistado em decorrência de abordar sobre as singularidades do seu trabalho. Nesse caso, o pesquisador estará preparado para intervir sugerindo a suspensão da entrevista, deixando você à vontade para decidir sobre sua participação no estudo posteriormente. Por outro lado, benefícios potenciais decorrerão diante de sua participação tais como: maior compreensão sobre as práticas educativas desenvolvidas aos adolescentes e conseqüentemente espaços de produção do cuidado condizentes com as necessidades identificadas.

Ressaltamos que todas as informações obtidas nesse estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale lembrar que sua participação é voluntária e o (a) Sr. (a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados apenas para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da investigação. Em caso de dúvidas relativas à pesquisa, pode entrar em contato com os pesquisadores responsáveis por meio dos seus telefones: Acadêmico **Mike Douglas Lopes Fernandes (83) 99918-4188**; e Orientador da pesquisa **Profº. Dr. Marcelo Costa Fernandes: (85) 9922-1287**.

O Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande do Centro de Formações de Professores encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (083) 3532-2000 – Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n, Campus Cajazeiras, CEP: 58900-000 – Cajazeiras – Paraíba. Esse termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Cajazeiras, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
PROGRAMA REDE ESCOLA/ DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado **"DISCURSO DO ENFERMEIRO SOBRE AS PRÁTICAS EDUCATIVAS AOS ADOLESCENTES NA ATENÇÃO BÁSICA"** a ser desenvolvido pelo aluno Mike Douglas Lopes Fernandes, sob orientação do Professor *Dr. Marcelo Costa Fernandes*, está autorizado para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, sob CNPJ:08.923.971/0001-15 fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

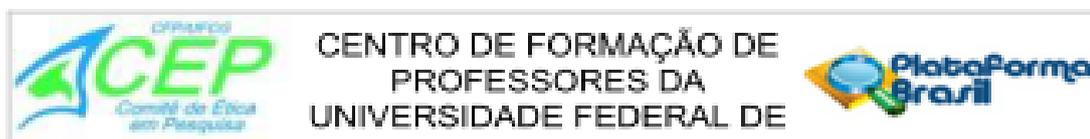
Cajazeiras, 07 de julho de 2016

Renata Emanuela de Queiroz Rêgo
 Coordenadora do Programa Rede Escola

Renata Emanuela de Q. Rêgo
 Enfermeira
 COREN-PE 362.144

Secretaria Municipal de Saúde
 Departamento de Educação em Saúde
 Rede Escola/Programa Saúde na Escola

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DISCURSO DO ENFERMEIRO SOBRE AS PRÁTICAS EDUCATIVAS AOS ADOLESCENTES NA ATENÇÃO BÁSICA.

Pesquisador: Marcelo Costa Fernandes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57732216.1.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.707.072

Apresentação do Projeto:

Esta investigação apresenta caráter descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa será realizada no município de Cajazeiras - PB, na Atenção Básica do mesmo, em específico nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os participantes desta investigação serão constituídos pelos enfermeiros que incorporam as 23 Equipes de Saúde da Família da Atenção Básica do município de Cajazeiras. A pesquisa objetiva analisar o discurso do enfermeiro sobre as práticas educativas voltadas aos adolescentes no panorama da Atenção Básica.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o discurso do enfermeiro sobre as práticas educativas voltadas aos adolescentes no panorama da Atenção Básica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa DISCURSO DO ENFERMEIRO SOBRE AS PRÁTICAS EDUCATIVAS AOS ADOLESCENTES NA ATENÇÃO BÁSICA é importante e os métodos especificados estão adequados à proposta de trabalho.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

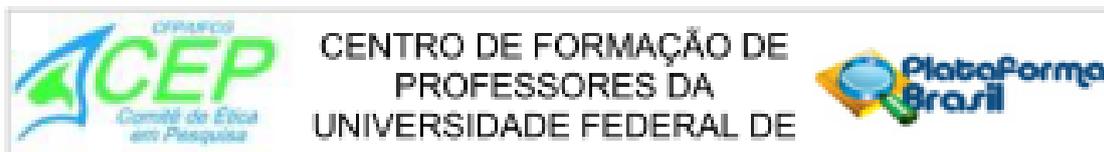
CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@ufcpg.edu.br



Continuação de Parecer: 1.737.072

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa Marcelo Costa Fernandes redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a **APROVAÇÃO** do projeto DISCURSO DO ENFERMEIRO SOBRE AS PRÁTICAS EDUCATIVAS AOS ADOLESCENTES NA ATENÇÃO BÁSICA, número 57732216.1.0000.5575 e sob responsabilidade de Marcelo Costa Fernandes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_756904.pdf	30/08/2016 14:40:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	30/08/2016 14:40:06	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Outros	Roteirodeentrevista.doc	11/07/2016 11:54:51	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Outros	Termodeanuencia.pdf	11/07/2016 11:54:25	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Anuência	TCLE.doc	11/07/2016 11:53:37	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Orçamento	Orçamento.doc	11/07/2016 11:53:23	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	11/07/2016 11:52:09	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Folha de Rosto	folhaderoostocassinada.pdf	11/07/2016 11:51:52	Marcelo Costa Fernandes	Aceito

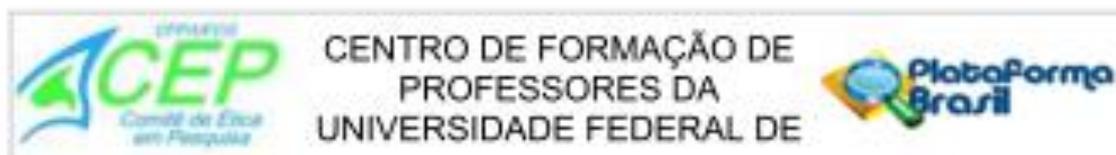
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3632-2075 E-mail: cep@ufpb.edu.br



Continuação do Processo: 1.787.072

CAJAZEIRAS, 31 de Agosto de 2016

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3532-2075

CEP: 58.900-000

E-mail: cep@ufpb.edu.br