

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Assistência à Saúde do Adolescente: Direitos Reprodutivos

N.Cham. TCC UFSC ENF 0256

Autor: Sant'Ana, Michele

Título: Assistência à saúde do adolescen



972520545

Ac. 241429

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

FLORIANÓPOLIS

MARÇO / 2003

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0256

Ex.1

Michele Caroline F. Sant'Ana

Milena M. Serri de Castro

Assistência à Saúde do Adolescente: Direitos Reprodutivos

**Trabalho de Conclusão do Curso de
Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina
Orientadora: Professora Dra Elza Berger
Salema Coelho. Supervisora: Enf. Norma
Maria de Oliveira.**

FLORIANÓPOLIS

2003

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	06
2. OBJETIVOS.....	08
2.1 OBJETIVO GERAL	08
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	08
3. MARCO CONCEITUAL	08
3.1 APRESENTANDO PAULO FREIRE	10
3.2 PRESSUPOSTOS DE PAULO FREIRE	10
3.3 PRINCIPAIS CONCEITOS	10
3.4 O MÉTODO DE EDUCAÇÃO DE PAULO FREIRE	12
4. CARACTERÍSTICAS DO CAMPO DE ESTÁGIO	14
4.1 RESGATE HISTÓRICO	14
4.2 APRESENTAÇÃO DO CS II AGRONÔMICA.....	15
4.3 APRESENTAÇÃO DA ESCOLA BÁSICA PADRE ANCHIETA.....	16
4.4 POPULAÇÃO ALVO	18

5. METODOLOGIA	18
5.1 METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA	18
6. PLANO DE AÇÃO	20
6.1 IMPLEMENTAÇÃO DOS OBJETIVOS	20
7. REVISÃO DA LITERATURA	24
7.1 ADOLESCÊNCIA	24
7.2 O ADOLESCER NO SEU MEIO FAMILIAR, ESCOLAR E SOCIAL	26
7.3 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E DE ENFERMAGEM	27
7.4 EDUCAÇÃO SEXUAL E LEGISLAÇÃO ATUAL	27
7.5 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS.....	30
7.6 COMO USAR A CAMISINHA?	31
7.7 CONHECENDO EUM POUCO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DAS DST/AIDS.....	32
7.8 O QUE SÃO DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST)?.....	36
7.9 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	37
8.0 DESENVOLVENDO O PLANO DE AÇÃO.....	39

8.1 LEITURA DA REALIDADE.....	39
8.2 APLICAÇÃO NA REALIDADE: OS ENCONTROS.....	43
8.3 PONTOS CHAVES.....	52
8.4 TEORIZAÇÃO.....	53
8.5 HIPÓTESES DE SOLUÇÃO.....	53
9.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
10. CRONOGRAMA DE ESTÁGIO.....	57
11. ANEXOS.....	62
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	62
SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	73
12.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
13. PARECER DO ORIENTADOR.....	88

1. APRESENTAÇÃO

Durante nossa trajetória acadêmica pudemos vivenciar experiências que nos fizeram perceber a importância de se realizar um trabalho com adolescentes, optamos focalizar adolescentes escolares por ser o espaço privilegiado de ensino e aprendizagem.

Como acadêmicas do curso de Graduação em Enfermagem matriculadas na última fase, realizamos nosso projeto na área de educação em saúde com adolescentes que estudam na Escola Básica Padre Anchieta de 7ª e 8ª do ensino médio, buscando conhecer sua realidade e trabalhar a co-responsabilização em relação aos direitos reprodutivos, promovendo a prevenção a agravos os quais possam se expor.

Na experiência de trabalho com adolescentes, constata-se a importância e o valor atribuídos à escola por parte dos adolescentes, da família e da comunidade. A escola coloca-se na vida do jovem como uma instituição de grande significado. Além de ser uma das primeiras instituições a manter contato, é um local eminentemente coletivo que proporciona ao adolescente a experimentação da formação de sua identidade para além da família. Nela o adolescente pode escolher suas próprias amizades, desenvolver seus próprios interesses, identificar-se com seu grupo e formular seus primeiros projetos para o futuro...(ROCHA;FERRIANI;SOUZA,2001, p.48).

O que nos motivou na escolha do tema Direitos Reprodutivos, foi a possibilidade de abordar sub-temas a serem trabalhados com os adolescentes, como por exemplo: sexualidade, à gravidez na adolescência, transmissão e prevenção de DST/AIDS entre outros, os quais nos parecem serem imprescindíveis na abordagem com os adolescentes e por termos vivenciado no currículo do Curso de Enfermagem. Os adolescentes devem ter seus direitos sexuais respeitados e defendidos, considerando suas especificidades e necessidades para o desenvolvimento de uma sexualidade plena e sem riscos.

Por ser a adolescência “compreendida para além de sua demarcação temporal, incorpora a idéia do adolescente como protagonista na construção de seu processo de vida pessoal e coletivo,

o que lhe confere um potencial de emancipação, autonomia e responsabilidade social. Além disso, o adolescente é cidadão que têm, além dos direitos básicos, aqueles próprios à sua particular existência: o que remete a especial consideração à sua diversidade, unicidade e direitos à proteção contra diversas formas de violência, exploração e riscos a que está exposto e também à informação, à escolha, ao prazer, à auto-descoberta, à expressão e, principalmente, à esperança e à uma perspectiva de futuro.” (OMS;ABEN; 2001 p.14).

Devido à diversidade e complexidade do tema, buscaremos inicialmente conhecer a realidade do adolescente em relação aos direitos reprodutivos, focalizando as reais necessidades e interagir com o mesmo para uma prática assistencial educativa.

Optamos como guia de nossas ações o referencial teórico de Paulo Freire (1997) aplicada à Metodologia Problematizadora, baseada no Método do Arco, conforme denominado por Charles Maguerez apud Bordenave, (1994, p.209), uma vez que esta metodologia vai ao encontro de nossa visão de mundo e são aplicáveis a realidade nos proporcionando a oportunidade de expressão e crescimento. Para Freire, (1997) o educador como aquele que proporciona com os educandos, as condições em que se dê a superação das limitações em busca do verdadeiro conhecimento. O educador não apenas educa, mas enquanto educa é educado em diálogo. Invariavelmente, quando se pensa em educadores se pensa em educandos, pois ambos “crescem juntos” no processo educativo. A metodologia problematizadora parte da observação da realidade da população alvo, e busca identificar os problemas, em que a escola e a enfermagem com a participação dos adolescentes como protagonistas possam atuar, para que promovam mudança da realidade.

No desenvolvimento da pratica assistencial desenvolvemos através de encontros com a comunidade escolar, atividades educativas e consultas com os adolescentes, que nos reforçou o interesse pelo tema e a análise do mesmo no contexto do adolescente escolar.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Interagir com adolescentes de 7ª, 8ª série de ensino médio, da Escola Básica Padre Anchieta, a partir de sua realidade desenvolver uma prática assistencial educativa, voltada á busca da autonomia e co-responsabilização em relação aos direitos reprodutivos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Interagir com a comunidade escolar e CS para desenvolvimento das atividades.

- 2 – Reconhecer a realidade dos adolescentes sobre temas relacionados a direitos reprodutivos dando prioridade aos temas como à gravidez na adolescência, contracepção, prevenção das DST/AIDS e outros.

- 3 – Realizar oficinas relacionadas aos temas definidos.

- 4 – Expandir conhecimentos teóricos a respeito dos temas específicos que se fizerem necessários.

- 5 – Realizar consultas de enfermagem e encaminhamentos dos adolescentes que demonstrarem interesse.

3. MARCO CONCEITUAL

O marco conceitual é uma construção mental que deve comportar uma estrutura lógica de inter-relação entre vários conceitos que o compõem. No campo da prática de enfermagem, o

marco conceitual deve permear todos os momentos desta prática, atuando como referência sobre o que é importante observar, relacionar e planejar nas situações com interação com o cliente, além de proporcionar uma organização para a reflexão e interpretação do que está sendo vivenciado (MONTICELLI & SILVA 1997 p. 02).

Para desenvolver uma prática assistencial numa área tão complexa como Educação em Saúde, que envolve temas como os Direitos Reprodutivos para os adolescentes, e para atingir os objetivos aqui apresentados não seria possível sem nos utilizarmos um marco referencial, que estivesse de acordo com o que acreditamos e com a realidade. O referencial teórico escolhido nos indica um caminho com o qual podemos conseguir a compreensão e interação com a realidade dos adolescentes.

3.1 APRESENTANDO PAULO FREIRE

Paulo Reglus Neves Freire nasceu no dia 19 de setembro de 1921, no Recife, Pernambuco. Trabalhou inicialmente no SESI (Serviço Social da Indústria) e no Serviço de Extensão Cultural da Universidade do Recife. No que parece, Freire foi o que se deve ser como educador, de professor de escola a criador de idéias e "métodos". Sua filosofia educacional expressou-se primeiramente em 1958 na tese de concurso para a Universidade do Recife, e, mais tarde, como professor de História e Filosofia da Educação daquela Universidade, bem como em suas primeiras experiências de alfabetização, como a de Angicos, Rio Grande do Norte, em 1963.

Paulo Freire é autor de muitas obras. Entre elas: Educação - prática da liberdade (1967); Pedagogia do oprimido (1968); Cartas à Guiné-Bissau (1975); Pedagogia da esperança (1992); À sombra desta mangueira (1995).

Foi reconhecido mundialmente pela sua práxis educativa através de numerosas homenagens. A ele foi outorgado o título de doutor Honoris Causa por vinte e sete universidades. No dia 10 de abril de 1997, lançou seu último livro, intitulado "Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa". Faleceu no dia 2 de maio de 1997 em São Paulo, vítima de um infarto agudo do miocárdio.

3.2 OS PRESSUPOSTOS DE PAULO FREIRE

Conforme o Educador (FREIRE, 1981), o processo educativo está embasado em alguns pressupostos sendo eles:

- ⇒ “Ninguém educa ninguém”.
- ⇒ “Ensinar não é transferir conhecimentos, mas criar possibilidades para sua construção”.
- ⇒ “Ensinar exige respeito aos saberes do educando”.
- ⇒ “A educação para ser verdadeiramente humanística deve ser libertadora”.

3.3 PRINCIPAIS CONCEITOS

Ser Humano: conforme cita Paulo Freire (1993, p.28), “homem é um ser comprometido capaz de sair de seu contexto, de distanciar-se dele para ficar com ele; capaz de admira-lo para objetivando-o, transforma-lo e, transformando, saber-se transformado pela sua própria criação; um ser que é e está sendo no tempo que é seu, um ser histórico. É entendido como ser inconcluso..., capaz de atuar e refletir, que exatamente pela capacidade de refletir, de atuar, operar, de transformar a realidade de acordo com finalidades propostas, se torna um ser de práxis”.

Práxis: (...) surpreender, nela, duas dimensões: ação e reflexão, de tal forma solidária, em uma interação tão radical, que sacrifica, ainda que em parte, uma delas se ressentir, imediatamente a outra. Não há palavra verdadeira que não seja práxis (FREIRE, 1970, p.77).

O trabalho que será desenvolvido como prática assistencial educativa tem como referência os adolescentes da Escola Básica Padre Anchieta de 7^a e 8^a série ao ensino médio. Sendo assim seria impossível falar de adolescentes sem um conhecimento mais específicos sobre os mesmos, portanto o conceito de adolescência é:

Adolescência: Segundo a OPS e a OMS, 2001, “a adolescência constitui um processo fundamentalmente biológico de vivências orgânicas no qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Abrange a pré-adolescência (faixa etária de 10 a 14 anos) e a adolescência propriamente dita (dos 15 aos 19 anos)”.

Acreditamos que o ambiente interfere diretamente no processo de vivência do adolescente, principalmente o ambiente escolar, então não podíamos deixar de destacar esse conceito:

Ambiente: “Refere-se ao contexto interno do ser humano, ao micromundo onde está inserido e ao macromundo com o qual interage, que o influencia e o transforma. O ambiente representa as dimensões micro e macro dos seres humanos com todos os fatores sócio-político-econômico-cultural que os influenciam; o contexto interno e social e relações existentes. É o espaço físico, emocional, cultural, político, econômico, social, religioso, os quais compõem o contexto onde se dá as interações, transações e o processo educativo. É o contexto onde se troca, partilha-se, cresce-se, cria-se e recria-se todas as dimensões físicas, emocionais, espirituais e culturais do ser humano.”(ZAMPIERI, 1998, p. 65).

Além do processo biológico consideramos também fundamental destacar o processo sócio-cultural que se vivencia nessa fase que é demarcado pela preparação desses adolescentes para assumirem o papel de adultos na sociedade, no plano familiar e profissional. E é através da educação em saúde que poderemos compartilhar com os adolescentes conhecimentos que possam instrumentaliza-los para o autocuidado em relação a saúde .

Educação: “A educação como prática da liberdade não é a transferência ou a transmissão do saber nem da cultura; não é a extensão do conhecimento técnico; não é o ato de depositar informes ou fatos nos educandos; não é a “perpetuação dos valores de uma cultura dada”; não é o esforço de adaptação do educando ao seu meio. A educação deve ser um ato coletivo e solidário no qual ninguém educa ninguém e ninguém se educa sozinho (FREIRE, 1983, p.78)”.

A educação problematizadora está fundamentada sobre a criatividade e estimula uma ação e reflexão verdadeira sobre a realidade, respondendo assim a vocação dos homens que não são seres autênticos senão quando se compromete na procura e nas transformações criadoras.”(FREIRE, 1981, p. 78).

Visto que há uma necessidade do uso de métodos de comunicação dentro da prática assistencial educativa é preciso também conceitualizar termos como diálogo:

Diálogo: “O diálogo é fundamentado pelo amor do mundo e aos homens a humildade, a fé e a confiança nos homens que devem existir antes mesmo que o diálogo se instale, a esperança de ser mais e o pensar verdadeiro/crítico, pois sem ele não há comunicação e sem esta não há verdadeira educação.”(FREIRE, 1981, p.79-91).

Conscientização: “A conscientização implica, ultrapassar a esfera espontânea de apreensão da realidade, para chegar-se a uma esfera, crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica. A conscientização não pode existir fora da práxis, ou melhor, sem o ato-reflexão. Esta unidade dialética constitui, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza os homens.”(FREIRE, 1981, p. 26).

Transformação: “Entendida como resultado da reflexão e ação do ser humano sobre a realidade, ação voltada para o ato de criar e recriar o mundo modificando a realidade (FREIRE, 1981, p. 63)”.

O referencial teórico de Paulo Freire constitui a metodologia a qual guiará nossas atividades junto aos adolescentes da Escola Básica Padre Anchieta.

3.4 O MÉTODO DE EDUCAÇÃO DE PAULO FREIRE

Para Paulo Freire o método para resgatar a capacidade crítica dos educandos-educadores, acontece em três etapas (BRANDÃO, 1981):

• **Investigação Temática** (codificação/decodificação): investigação do cotidiano para o educador conhecer a realidade do educando. Determina-se o conjunto de temas geradores (pensamento do homem sobre a realidade) que devem ser codificados e decodificados por educadores e educando para que depois se processe o conteúdo programado. “O que se pretende investigar, realmente, não são os homens, como se fossem peças anatômicas, mais o seu pensamento – linguagem referido à realidade, a sua visão de mundo, em que se encontra envolvidos nos seus temas geradores” (FREIRE, 1988, p.88).

Essa investigação temática se dá por duas etapas:

Codificação existencial – Identificar as condições existenciais do grupo de educandos, trazendo para eles os dados coletados no seu dia-dia (tema gerador) para serem analisados numa operação decodificadora.

Decodificação existencial – Questionamento, atitude reflexiva das situações vivenciadas. Delimitam-se temas que farão parte do programa de educação em saúde. A “codificação” e a “decodificação” permite ao educando integrar a significação das palavras geradores em seu contexto existencial. Conscientiza a palavra como significação que se constituem em sua intenção significante coincidente com intenções de outros que significam mesmo mundo (FREIRE, 1991, p.6).

• **Tematização:** Após serem levantados os dados, procura-se refletir e analisar as codificações, o educador passa a fazer a redução temática, que é à busca dos núcleos fundamentais dos temas que constituirão as unidades programáticas. O educador pode sugerir a introdução de novos temas que não foram identificados na investigação temática.

• **Problematização:** Momento do retorno quando o educador e educando passam a “construir” conhecimentos através do diálogo sobre os temas que lhes são familiares. Descobrem-se os limites e as possibilidades das situações existenciais concretas captadas na primeira etapa.

Percebe-se a necessidade de uma ação concreta, cultural política, social, visando à superação de situações limites. O objetivo final do método é a conscientização.

Tendo o método de educação de Paulo Freire, enquanto guia de nossas ações junto aos adolescentes, sentimos a necessidade de buscar outros conceitos com a finalidade de complementar e subsidiar nossa ação. Sendo assim optamos por descrever apenas os seus conceitos que são referentes e estão diretamente ligados ao nosso trabalho e outras referências que julgamos coerentes.

4. CARACTERÍSTICAS DO CAMPO DE ESTÁGIO

4.1 RESGATE HISTÓRICO

O Bairro Agrônoma, em especial, apresenta dois cenários diferentes: a parte baixa e a parte alta. Na parte baixa está hoje, a maioria dos prédios, repartições públicas e privadas e comércios, onde se encontram famílias, predominantemente, de classes média e alta. A parte alta caracteriza-se, predominantemente, sobrados, casas pequenas e barracos. Esta região é classificada, popularmente, como favela, como por exemplo, o Morro do 25 e o Morro do Horácio, este último localizado próximo ao Presídio Masculino de Florianópolis.

No início do povoamento do Morro do Horácio, o mesmo era considerado como extensão do presídio e, de fato, era constituído, fundamentalmente, por famílias de presidiários que vinham acompanhá-los. No Morro do Horácio encontramos diferentes tipos de pessoas, raça, cor e outros.

Pode-se afirmar que, as famílias dos presidiários foram os primeiros moradores daquela área. Ocuparam redondeza, basicamente, por dois motivos: primeiro, por que havia um pacto não-formal com os diretores do presídio, em que, aquelas terras poderiam ser ocupadas; segundo, pela localização do presídio, que naquela época estava distante do centro da cidade de Florianópolis. A posse da terra dava-se de duas maneiras diferentes: conquistada verbalmente, pelo fato dos familiares de presidiários os acompanharem; ou por pessoas que vinham do campo, em busca de uma vida e um futuro melhor

4.2 APRESENTAÇÃO DO CS II AGRONÔMICA

O Centro de Saúde – Agronômica (CS - Agronômica), unidade de saúde que possui como área de abrangência os bairros: Agronômica, Trindade, Serrinha e Carvoeira; está localizado a Rua Rui Barbosa, s/n, Bairro Agronômica.

O CS – Agronômica atende ao usuário das oito horas às doze horas e das treze horas às dezessete horas.

Está unidade de saúde foi inaugurada em 11 de julho de 1999, na gestão da Prefeita Ângela Regina Heinzen Amim Helou.

Houve oficialmente, a partir do dia 4 de junho de 2001, a troca de coordenador desta unidade de saúde, pelo Doutor Sérgio Bernardo Laus, Cirurgião Dentista. Assumiu a coordenação do CS – Agronômica, a convite do Secretário de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Segundo Doutor Sérgio, o CS – Agronômica atende grande número de pessoas, com reduzido número de funcionários e pequeno espaço físico. Para se inteirar do CS – Agronômica e para capacitar-se, está participando do treinamento do PSF (Programa de Saúde da Família).

Espaço Físico do CS II – Agronômica

- 01 Banheiro para funcionários; 02 Banheiros para clientes (Masculino e Feminino); 01 Expurgo; 01 Depósito; 01 Copa para funcionários; 01 Sala de Esterilização; 01 Sala de Reunião; 01 Sala de Estudos; 01 Recepção com Sala de Espera; 01 Sala de Administração; 01 Sala de Recreação destinada às crianças; 01 Sala de Procedimentos de Enfermagem; ; 01 Sala de Vacina; 01 Sala de Curativo e Retirada de Pontos; 01 Sala para Teste do Pezinho; 01 Sala para Triagem; 01 Farmácia; 04 Consultórios Médicos; 02 Consultórios Ginecológicos; 02 Consultórios Odontológicos.

Serviços Oferecidos

- Clínico Geral; Enfermagem; Ginecologia; Odontologia; Pediatria.
- **Programas desenvolvidos**

- Casais Grávidos; Grupo de Diabéticos; Grupo de Gestantes; Grupo de Hipertensos; Hora de Comer; Planejamento Familiar; Pré-natal; PACS (Programas de Agentes ;Comunitários de Saúde); Programa de Imunização; PSF (Programa de Saúde da Família); Programa do Leite; SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional); Teste do Pezinho;

Profissionais Atuantes

- 02 Funcionários para Serviços Gerais; 04 Recepcionistas; ;02 Funcionários ; Administrativos; 01 Auxiliar de Enfermagem; 02 Auxiliares de Odontólogos; 05 Técnicos de Enfermagem; 04 Enfermeiros; 03 Odontólogos; 01 Clínico Geral; 01 Médico Ginecologista.
- 04 Médicos Pediatras

No total, são vinte e nove funcionários, que, com exceção dos funcionários responsáveis pelos Serviços Gerais, entraram no CS II – Agrônômica através de concursos realizados pela Prefeitura Municipal de Florianópolis. Os funcionários para Serviços Gerais são contratados através de firmas terceirizadas, atualmente, a firma responsável por estas contratações é a Liderança.

4.3 APRESENTAÇÃO DA ESCOLA BÁSICA PADRE ANCHIETA

A EEB Padre Anchieta foi fundada em 1929, pelo, então, Arcebispo D. Joaquim Domingues de Oliveira que comprou uma casa na localidade de Pedra Grande e fundou a escola. Em 1934 a escola passou a categoria de Grupo Escolar, com a denominação de Grupo Escolar Arquidiocese Padre Anchieta. Neste mesmo ano, já sob a responsabilidade do Estado de Santa Catarina, foi designada para a direção a professora Isaura Veiga de Faria.

Em maio de 1936 houve a inauguração do novo prédio escolar.

Em 1º de agosto de 1940 ocorreu um incêndio que destruiu totalmente o Estabelecimento Escolar, e, devido a este fato, em 31 de março de 1941 houve a inauguração de um novo prédio.

Em 1º de agosto de 1970 a escola passou a funcionar em prédio próprio, ao lado do educandário XXV de Novembro, construído pelo governador Ivo Silveira com o nome de Grupo Escolar Arquidiocesano Padre Anchieta, em área cedida pelo Educandário.

A Escola Básica Padre Anchieta foi autorizada pelo Parecer nº 93/07 de 07/05/71.

A ampliação do ensino foi realizada a partir de 1971, pelo Parecer nº 43/71 – 5ª série, Parecer 285/71 – 6ª série, Parecer 280/74- 7ª e 8ª séries. A Portaria 131/85 autoriza o funcionamento do Ensino de 2º grau e transforma a escola em Colégio Padre Anchieta.

No planejamento de 1990 a filosofia era construir uma escola que cumpra de maneira competente a sua função social, proporcionando ao educando a apropriação de conhecimentos e habilidades significativas, para ser um elemento atuante e determinante no processo de construção de uma sociedade participativa e democrática.

A Clientela da EEB Padre Anchieta:

As crianças, adolescentes e jovens que freqüentam a Escola são oriundas de famílias de baixa renda. Os pais têm baixa escolaridade ou nenhuma e ocupam, em sua maioria, profissões que exigem pouca qualificação, tais como, pedreiro, carpinteiro, motorista, servente, vigilantes, entre outras. Com as mães esse quadro se repete, agravando-se com o fato de muitas serem responsáveis pelo lar, tendo que, em função da baixa remuneração, exercerem uma dupla jornada de trabalho, deixando os filhos à mercê dos traficantes. Em função disso, poucas trabalham apenas no lar, em sua maioria são domésticas, cozinheiras e faxineiras. Percebeu-se pelos dados coletados através do Programa Bolsa Escola (Governo Federal), em maio de 2002, que aproximadamente 70% das famílias tem renda mensal de até um salário mínimo, 20% recebe até três salários mínimo mensais, sendo que os demais, por atuarem na economia informal, apresentam renda familiar bastante instável. Uma parte significativa não tem renda fixa, são autônomos, desempregados ou subempregados. Com exceção de poucas crianças, todos residem no bairro Agrônômica, nas comunidades de Vila Aparecida, Morro do 25, Morro do Geraldo, Vila Santa Rosa, Morro do Horácio, dentre outras, próximas à escola. Moram em pequenas casas, divididas em dois ou três cômodos, em média cinco pessoas por residência.

Também faz parte da clientela da escola, num dos períodos, em função da sua localização, crianças e adolescentes que moram ou passam parte do tempo nas instituições como Pró-Menor, Florir Floripa, Casa da Liberdade (projetos sociais que atendem as crianças em horários

alternados ao da escola), Casa da Semiliberdade (onde ficam os menores que cometem algum tipo de delito), Lar Recanto do Carinho (lar onde encontram-se crianças portadoras do vírus HIV e não possuem assistência familiar), Casa de Passagem (onde ficam crianças que não têm para onde ir, por algum tempo, porque abandonam o lar ou são abandonados). Além disso, a escola atende as crianças da classe hospitalar do Hospital Infantil Joana de Gusmão.

4.4 A POPULAÇÃO ALVO

Para a realização desta prática assistencial educativa, teremos como a população alvo os adolescentes matriculados nas 8^{as} séries e aceleração do Ensino médio da Escola Básica Padre Anchieta localizada no bairro Agrônômica de Florianópolis.

5. METODOLOGIA

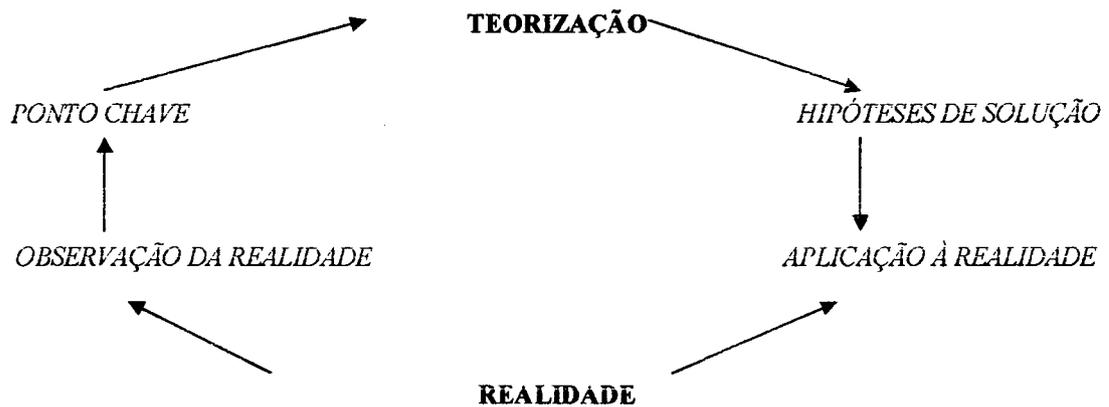
A metodologia adotada, para o desenvolvimento das atividades junto aos escolares vai ao encontro dos pressupostos definidos e o método educação de Freire. O método da problematização parte do princípio de que, em um mundo de mudanças rápidas, o importante não são os conhecimentos ou idéias nem os compromissos corretos e fáceis que se esperam, mas sim a maior capacidade de percepção da transformação social para detectar os problemas reais e buscar para eles soluções originais e criativa (BORDENAVE; 1989).

5.1 METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA

Através da sua aplicação na prática com educação de saúde aos adolescentes, buscamos reconhecer a realidade dos mesmos, evidenciar suas principais necessidades em relação aos seus direitos reprodutivos e desenvolver ações preventivas por meio de estratégias que serão descritas adiante.

Bordenave (1996) afirma, que pela sua essência, a educação não tem uma metodologia única, nem técnicas fixas. É orientada por alguns princípios: a percepção da

realidade, o protagonismo do cliente e o trabalho em grupo. O que temos na educação problematizadora é uma “trajetória pedagógica, que pode ser representada esquematicamente pelo arco proposto por Charlés Maguerez apud Bordenave,(1994, p.209):



O processo começa com a exposição do público alvo, individualmente ou em grupo, a um problema de sua realidade próxima. A isso é chamada de observação a realidade, as pessoas envolvidas, expressam suas percepções pessoais, efetuando assim uma primeira leitura “sincrética” ou ingênua da realidade (SÍNCRESE). A partir dessa observação, estes devem, procurar distinguir o que é secundário daquilo que é relevante na observação feita. Separam o que é verdadeiramente importante do que é puramente artificial, identificando assim os pontos chaves do problema em questão. Esses pontos-chaves são entendidos como as variáveis mais determinantes da situação; aqueles que, se modificados modificariam a realidade observada, podendo então resultar na solução do problema apontado. (BODENAVE, 1991, BORDENAVE, 1994, 1996;).

Num terceiro momento a clientela passa a perguntar o porquê, buscando as explicações para cada ponto-chave. É o momento da teorização, buscamos uma explanação teórica para o problema, recorrendo á leituras, pesquisas e estudos, ou seja, o que a ciência pode dar para o esclarecimento do assunto (ANÁLISE). Na teorização, o público alvo obtém o entendimento do problema, tanto em suas manifestações empíricas ou situacionais, como também, em seus princípios teóricos explicativos (BORDENAVE, 1991, BORDENAVE, 1994; 1996;).

A etapa posterior é aquela em que os mesmos confrontam a realidade com a sua teorização, formulando as hipóteses de solução.

Após analisar a viabilidade das hipóteses, as pessoas envolvidas vão construindo novos conhecimentos aplicados a realidade, fazendo exercícios, aprendendo a generalizar para utilização em diferentes situações, bem como, a discriminar as circunstâncias possíveis ou convenientes para aplicação da solução escolhida. É a etapa final denominada de síntese (BORDENAVE, 1991).

Seguindo esse processo e baseando-se no referencial teórico de Paulo Freire e pressupostos definidos, criamos estratégias para procurar alcançar nossos objetivos propostos.

6. PLANO DE AÇÃO

6.1 IMPLEMENTAÇÃO DOS OBJETIVOS

Objetivo

⇒ Interagir com a comunidade escolar e Centro de Saúde, para desenvolvimento das atividades.

Estratégias

- Apresentar o projeto à comunidade escolar e do Centro de saúde.
- Realizar encontros periódicos com a direção do colégio, corpo docente, coordenador do CS e Enfermeira supervisora para trocarmos experiências sobre o andamento das atividades e escutar sugestões. Divulgar as datas antecipadamente das oficinas, para que todos possam participar.
- Observar o contexto dos adolescentes.
- Interagir com a comunidade escolar, apresentando os objetivos do projeto.

Avaliação

Este objetivo será alcançado, a medida em que os encontros acontecerem e as atividades programadas se realizarem com a participação dos adolescentes e suporte do Centro de Saúde para a assistência de enfermagem.

Objetivo 2

⇒ Reconhecer a realidade dos adolescentes sobre temas relacionados a direitos reprodutivos, dando prioridade aos temas como à gravidez na adolescência, contracepção, prevenção das DST e outros.

Estratégias

- Coletar dados sobre estes adolescentes para conhecermos melhor sua realidade, utilizando um instrumento de coleta de dados (questionário), observação.
- Selecionar algumas turmas para aplicar questionário com questões relacionadas ao tema.
- Identificar as questões apontadas pelos adolescentes o objeto de discussão, relacionar os temas definidos por ordem de prioridade.

Avaliação

Este objetivo será alcançado uma vez que as acadêmicas evidenciarem os temas objeto de interesse para as atividades educativas a serem desenvolvidas com os adolescentes, no decorrer das atividades junto a disciplina.

Objetivo 3

⇒ Realizar oficinas relacionadas aos temas definidos.

Estratégias

- Selecionar os interessados em participar do Grupo Teatral, para desenvolvimento dos temas definidos pelos adolescentes
- Construir uma agenda de atividades para a possível construção de peça teatral. Explicar a questão do Grupo Teatral “Saúde em Cena”.
- Utilizar filmes, slides de fotos, leituras, álbuns seriados e materiais educativos sobre os temas propostos pelos adolescentes nas atividades.

Avaliação

Para este objetivo ser alcançado os adolescentes devem participar ativamente apresentando dúvidas e sugestões sobre os temas definidos enquanto objeto de discussão, contribuindo para a prática desenvolvida.

Objetivo 4

⇒ Expandir conhecimentos teóricos a respeito dos temas específicos que se fizerem necessários.

Estratégias

- Realizar a seleção bibliográfica de material que se fizerem necessárias para o desenvolvimento do projeto
- Realizar leituras buscando a compreensão dos temas abordados vinculando-os a uma perspectiva de trabalho associado ao referencial teórico proposto.
- Discutir com a orientadora as leituras realizadas, semanalmente.

- Realizar planejamento de todas as atividades a serem realizadas.

Avaliação

O aprofundamento teórico se dará ao nível que os sub-temas forem acontecendo e o objetivo será alcançado na medida em que as atividades forem sendo realizadas, os adolescentes contribuindo com suas experiências vividas e as acadêmicas farão a reflexão baseando-se no conhecimento científica aliada a metodologia proposta e ao nível de entendimento dos adolescentes.

Objetivo 5

⇒ Realizar consultas de enfermagem e encaminhamentos dos adolescentes que demonstrarem interesse.

Estratégias

- Definir espaço físico no CS agrônômica para realizar consultas de enfermagem.
- Realizar consultas de enfermagem agendadas.
- Realizar encaminhamentos especializados que se fizerem necessários.

Avaliação

Em relação a consultas e encaminhamentos, o êxito será alcançado se as acadêmicas conseguirem suprir a demanda de consultas dos adolescentes da escola.

Reflexão sobre avaliação:

“Ao pensar sobre o dever que tenho, como educador, de respeitar a dignidade do educando, sua autonomia, sua identidade em processo, devo pensar também, como já salientei, em como ter uma prática educativa em que aquele respeito, que sei deve ter ao educando, se realize em lugar de ser negado. Isto exige de mim uma reflexão crítica permanente sobre minha prática através da qual vou fazendo a avaliação do meu próprio fazer com os educandos. O ideal é que, cedo ou tarde, se invente uma forma pela qual os educandos possam participar da avaliação. É que o trabalho do professor é o trabalho do professor com os alunos e não do professor consigo mesmo” (FREIRE, 1996 p.77).

7. REVISÃO DE LITERATURA

Discorrer sobre a educação em saúde com adolescentes abordando principalmente os direitos reprodutivos é desafiador devido suas várias facetas, sendo imprescindível discutir algumas categorias teóricas para a análise deste tema tais como adolescência, DST/AIDS, gravidez e outros.

7.1 ADOLESCÊNCIA

“Todos passam pela experiência de “adolescer”. Para entrar na vida adulta ninguém escapa á adolescência, por mais diversos que sejam os modos de vivela. A partir do momento em que a sociedade moderna passou a reconhecer a adolescência no processo de vida humana – quando esta se tornou fato passível de compreensão, simbolização e representação – pudemos toma-la como fenômeno individual e social.” (OMS;ABEn; 2001, p. 11)

“- Ai, meu Deus! Como está tudo esquisito hoje! E ontem estava tudo tão normal. Será que eu mudei durante a noite? Deixe ver: eu era a mesma quando me levantei hoje de manhã? Estou quase jurando que me sentia um pouquinho diferente. Mas, se não sou a mesma, então que é que sou? Ah, aí é

que está o problema!” (LEWIS CARROLL, 1865). Aventuras de Alice no País das Maravilhas.

O termo adolescência em sua raiz etimológica é derivado do latim “adolescere” e significa crescer, crescer até a maioridade. E de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (1997, p.9) Lei nº 8.069 de 13/07/1990, no Brasil considera-se “criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade”. Sendo assim, neste estudo será considerado adolescente as pessoas que estiverem entre 12 e 18 anos de idade.

Até cerca do início do século XVII, não havia diferenciação entre infância e idade adulta, pois as crianças eram consideradas adultos em miniatura. No imaginário social, não havia um período (infantil) diferenciado da maturidade, conseqüentemente, não havia um período de transição que marcaria a passagem da infância para a vida adulta. (Áries, 1981).

A adolescência, nas sociedades ocidentais modernas, caracteriza-se exatamente como esta fase de transição entre a infância e a maturidade. No entanto, o conceito de adolescência pode variar, de acordo com o país e a cultura admitida, sendo atualmente unânime na literatura que a compreensão da adolescência é biológica, social e cultural, considerando a característica psicológica e a maturidade psicossocial dos jovens. Ou seja, o ser humano precisa ser visto na sua plenitude e em constante processo de desenvolvimento e amadurecimento (ÁRIES, 1981).

De acordo com o Ministério da Saúde, (Brasil, 1993.), a adolescência é uma etapa evolutiva peculiar ao ser humano, não podendo ser considerada meramente uma etapa da transição entre a infância e a idade adulta, pois é nela que culmina todo o processo de maturação biopsicossocial do indivíduo. A adolescência, segundo Luz (1989), é uma fase evolutiva de grandes transformações que implica uma experiência de crescimento biológico, sócio-cultural, psicológico e cognitivo.

Já a OMS, segundo Costa (2000), define adolescência como o período de vida em que o indivíduo passa do aparecimento das características sexuais secundárias à maturidade sexual. Os padrões psicológicos e a identificação do indivíduo evoluem para a fase adulta, ocorrendo a transição do estado de total dependência sócio-econômica para o de relativa independência.

Segundo Souza (1985), a adolescência até certo tempo, era considerada meramente como uma etapa de transição. Era assinalada por modificações físicas, especialmente caracteres sexuais secundários (surgimento de pêlos e outros) e, quando muito, pela menção a certas incômodas “mudanças de temperamento”. Para Meincke (1999), a adolescência significa o momento crucial

do desenvolvimento do indivíduo, aquele que marca não só a aquisição da imagem corporal definitiva, como também a estruturação da personalidade.

7.2 O ADOLESCER NO SEU MEIO SOCIAL, FAMILIAR E ESCOLAR

- O processo de adolecer possui componentes genéticos e biológicos, conhecimentos e valores construídos ao longo das experiências de vida, além de uma estrutura psico-emocional e potencial para o questionamento e a criação. As marcas sociais desse processo fundam-se na história familiar e de socialização, nas relações de igualdade/desigualdade vividas em torno das categorias de gênero, classes sociais e etnia, partilhamento de preceitos de moralidade e hierarquizações, entre outros tantos elementos que dão contorno a subjetividade humana. (OMS; ABEn, 2001).

- A educação constitui um dos direitos fundamentais das crianças e dos adolescentes, devendo ser assegurada pelo poder público encarregado de fornecer as condições necessárias à sua efetivação. “A criança e o adolescente tem direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício de cidadania e qualificação para o trabalho...”. (OMS; ABEn, 2001).

- A escola coloca-se na vida do jovem como uma instituição de grande significado, por proporcionar o exercício de sua identidade para além da família, em contato com contextos de condicionamentos e diferenças sociais, e por criar condições para a produção e o acesso a novos saberes e ao conhecimento socialmente produzido e sistematizado. A escola é também um espaço privilegiado para a promoção da saúde num enfoque ampliado, na perspectiva de construção de cidadania e de envolvimento de diversos atores que compõem este universo: adolescentes, estudantes, profissionais de educação, familiares, líderes comunitários e profissionais de saúde. (OMS; ABEn, 2001).

- Na abordagem dos espaços do adolecer – família, escola e meio social – incidem questões como o trabalho infanto-juvenil, condições de habitação, segurança, alimentação,

esporte, lazer, educação, **direitos sexuais e reprodutivos**, prevenção e combate ao uso de substâncias psicoativas, prevenção e manejo de situações de violência. (OMS; ABEn, 2001).

7.3 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E DE ENFERMAGEM

A enfermagem é entendida como uma prática social que se articula às demais práticas, especialmente àquelas que se conformam como trabalho coletivo que responde pela produção de serviços de saúde. A compreensão da enfermagem como processo de trabalho considera as condições históricos-sociais reais que determinam as especificidades de sua inserção e organização no interior do trabalho em saúde, das quais decorrem processos particulares de trabalho, por referências a objetos, finalidades e instrumentos diversificados e com características centralizadas em torno das ações de cuidar, administrar e educar. Desta diversidade são construídos modos de pensar e fazer enfermagem nos mais diversos contextos de serviços, com potenciais de intervenção crítica e transformadora, em alianças com setores da população e com os demais profissionais.

A enfermagem nas suas ações junto a adolescentes, a enfermagem deve se basear nos princípios da *articulação interinstitucional*, da *interdisciplinaridade*, da *instrumentalidade* de ações de capacitação e mobilização para a construção de práticas emancipatórias e da *transversalidade* do compromisso com a promoção à saúde do adolescente nos inúmeros espaços de atuação. (OMS; ABEn, 2001).

7.4 EDUCAÇÃO SEXUAL E LEGISLAÇÃO ATUAL

A década de 60 foi marcada em nosso país por mudanças políticas radicais. O golpe de 1964 levou os militares ao poder. Certamente este período repressivo também deixou marcas no processo de implantação oficial nas escolas de um programa de educação sexual.

Neste período, independente da concepção que se tinha sobre a educação sexual, alguns legisladores insistiram em implanta-la nas escolas oficiais. Em 1968, a deputada Júlia Steimbruck apresentou um projeto de lei propondo a introdução da educação sexual em todas as escolas de nível primário e secundário do país.

Nesse mesmo ano editou-se o Ato Institucional nº 5 marcando entre outras coisas, um forte poder à censura, interferindo, entre outras instituições, as educativas. Tanto as universidades quanto às escolas chamadas renovadoras tiveram seu trabalho no projeto da referida deputada, que foi arquivado. Até então, dentro das escolas, os trabalhos de educação sexual quando existentes, eram coordenados pelo orientador educacional e/ou ficavam sob a responsabilidade dos professores de Ciências ou de Programa de Saúde. Estes trabalhos, embora não proibidos pelo poder da lei, até porque não havia nenhuma lei educacional que os amparasse, pararam.

No que se refere à legislação, em 1971, com o surgimento da lei 5.692/71, surge a obrigatoriedade da Orientação Sexual Educacional, a cargo do orientador educacional, agora com formação de nível superior. Neste momento, como já vinha de uma forma ou de outra sendo elemento articulador das atividades voltadas para educação sexual nas escolas, esse profissional tomou para si a responsabilidade sobre ela, mesmo de forma tímida, embora a função não estivesse explicitada em lei, como se pode verificar a seguir:

“Num livro dirigido aos Orientadores Educacionais, não podiam faltar umas das idéias esquemáticas sobre o problema sexual dos adolescentes e umas palavras sobre delinquência.”(BONATA, 1996, p.40.

Retomando a discussão sobre a legislação observa-se que, na lei nº 5.692/71, (83) que fixa as diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus, não havia nenhuma proibição formal contra a educação sexual, embora tampouco seja mencionada. O que se vai encontrar na legislação é o parecer nº 2.264/74 do Conselho Federal de Educação, aprovado em agosto de 1974, onde se menciona a educação sexual como um objetivo a ser desenvolvido nos programas de Educação da Saúde para o 2º grau. Portanto, falar ou não falar sobre sexualidade, ou desenvolver um trabalho de orientação sexual, ficava a cargo, principalmente, dos “especialistas” da educação e da saúde.

Em nível, oficial é só em 1995 que a educação sexual escolar ganha impulso com a proposta de implantação dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), que objetivam oferecer diretrizes mais claras às políticas para Educação no âmbito do ensino fundamental. Nos PCNs, a educação sexual aparece como orientação sexual dentro da Área, Convívio Social e Ética no Ensino Fundamental. Assim, a educação sexual escolar surge oficialmente como orientação sexual, aparecendo no currículo de forma transversal, ou seja, não como uma disciplina

específica a cargo de um professor, mas como responsabilidade de todos, devendo ser discutidas em todas as disciplinas:

Segundo Bonata, (1996, p.53) a “orientação sexual, ética, meio ambiente e estudos econômicos constituem-se nas quatro disciplinas que o ministério da educação e do Desporto quer implantar nas quatro primeiras séries do 1º grau. Consistem do trabalho Parâmetros Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental, anunciado pelo ministro da Educação e do Desporto, Paulo Renato Souza. Essas matérias serão chamadas de transversais porque serão discutidas em todas as disciplinas e não em uma específica. A proposta virá a ser discutida pelas secretarias estaduais e municipais de Educação e , em seguida, submetida ao Conselho Nacional de Educação (CNE). As crianças matriculadas na 7ª e 8ª séries do 1º deverão ter informações sobre anatomia e formas de prevenir a transmissão da Aids”

A Orientação Sexual então deverá proporcionar noções sobre a anatomia do corpo e sobre as formas de prevenção e transmissão do HIV/AIDS.

A partir de meados dos anos 80, a demanda por Orientação Sexual nas escolas se intensificou devido à preocupação dos educadores com o crescimento da gravidez indesejada entre adolescentes e com o risco da contaminação pelo HIV (vírus da AIDS) entre os jovens (-2001”.

A questão da AIDS e das DSTs, que até então não foram sugeridas, está posta na necessidade de implementação de uma educação sexual escolar. Entendo que a escola é um espaço de convivência social, emocional do jovem, onde ele permanece bom tempo de sua vida, ela não pode se omitir diante da gravidade da doença, considerando a sua principal via de transmissão – a vida sexual; por isso a necessidade de um trabalho de educação sexual escolar junto aos alunos, pelo aspecto sistemático e organizado daquele espaço específico. O certo é que se reconhece na escola, através da “orientação sexual”, uma possibilidade de debelar a doença:

“A existência de um trabalho sistemático e sistematizado de Orientação Sexual dentro da escola possibilita também a realização de ações preventivas às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e a AIDS de forma mais eficaz (...). Devido ao tempo de permanência dos jovens na escola e às oportunidades de trocas, convívio social e do despertar para o relacionamento amoroso, a escola não pode se omitir frente a relevância dessas questões, constituindo-se em local privilegiado para a abordagem da prevenção às DST/Aids (BONATA, 1996, p. 64).”

7.5 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Declaração aprovada durante o XV Congresso Mundial de Sexologia, ocorrido em Hong Kong, China, em agosto de 1999, na assembléia Geral da World Association for Sexology. Para que o ser humano e a sociedade desenvolvam uma sexualidade saudável, os seguintes direitos sexuais devem ser reconhecidos, promovidos, respeitados, defendidos por todas as sociedades de todas as maneiras:

1. **O direito à liberdade sexual** – A liberdade sexual diz respeito á possibilidade dos indivíduos de expressar seu potencial sexual. No entanto aqui se excluem todas as formas de coerção, exploração e abuso em qualquer época ou situação de vida.
2. **O direito à autonomia sexual** – integridade sexual é a segurança do corpo sexual – este direito envolve habilidade uma pessoa em tomar decisões autônomas sobre a própria vida sexual num contexto de ética pessoal e social. Também inclui o controle e o prazer de nossos corpos livres de tortura, mutilações e violência de qualquer tipo.
3. **O direito à privacidade sexual** – O direito de decisão individual e aos comportamentos sobre intimidade, desde que não interfiram nos direitos sexuais dos outros.
4. **O direito à igualdade sexual** – Liberdade de todas as formas de discriminação, independente de sexo, gênero, orientação sexual, idade, raça, classe social, religião, deficiências mentais ou físicas.
5. **O direito ao prazer sexual** – O prazer sexual, incluindo auto-erotismo, é uma fonte de bem estar físico, psicológico, intelectual e espiritual.
6. **O direito a expressão sexual** – A expressão sexual é mais que um prazer erótico ou atos sexuais. Cada indivíduo tem o direito de expressar a sexualidade através da comunicação, toques, expressão emocional e amor.
7. **O direito a livre associação sexual** – Significa a possibilidade de casamento ou não, ao divórcio e ao estabelecimento de outros tipos de associações sexuais responsáveis.

8. **O direito as escolhas reprodutivas livres e responsáveis** – É direito em decidir ou não ter filhos, o número e o tempo entre cada um, e o direito total aos métodos de regulação da fertilidade.
9. **O direito à informação baseada no conhecimento científico** – Informação sexual deve ser gerada através de um processo científico e ético e disseminado em formas apropriadas e a todos os níveis sociais.
10. **O direito a educação sexual compreensiva** – este é um processo que dura a vida toda, desde o nascimento, e deveria envolver todas as instituições sociais.
11. **O direito a saúde sexual** – O cuidado com a saúde sexual deveria estar disponível para a prevenção e tratamento de todos os problemas sexuais, preocupações e desordens.

7.6 COMO FUNCIONA A CAMISINHA?

A camisinha pode proteger contra as DST e a AIDS? Diversos estudos confirmam a eficiência da camisinha na prevenção da AIDS e de outras doenças sexualmente transmissíveis. Pesquisa realizada nos Estados Unidos demonstrou que o uso correto e sistemático da camisinha em todas as relações sexuais previne em 95% a transmissão do HIV.

Outro estudo realizado nos EUA mostrou que o HIV não pode atravessar a camisinha. O látex foi ampliado 2 mil vezes (utilizando-se de microscópio eletrônico) e não estourar durante o ato sexual, pesquisas sustentam que as taxas de rompimentos são inferiores a 1%, e que o fato dela “arrebentar” deve-se muito mais ao uso incorreto do que falha do produto em si. O dado mais convincente sobre a efetividade da camisinha foi demonstrado por estudo realizado entre casais onde um dos parceiros estava infectado pelo HIV e o outro não. Foi demonstrado que com o uso consistente do preservativo a taxa de infecção pelo HIV nos parceiros não infectados foi menor que 1% ao ano.

O uso correto e consistente da camisinha contribui, de forma concreta, desde a prevenção de enfermidades até a gravidez indesejada. Esses estudos mostram que o uso correto da camisinha protege contra as doenças sexualmente transmissíveis e a aids.

7.7 CONHECENDO UM POUCO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DAS DST/AIDS

A construção de políticas públicas de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde para as doenças sexualmente transmissíveis exige constantes reflexões sobre conceitos de prevenção, promoção à saúde, vulnerabilidade e direitos humanos. Essas reflexões, pensadas no campo de saberes e práticas da saúde à luz dos princípios do SUS, ou seja, a Descentralização, Equidade, Integralidade e Controle Social são constantemente requisitados para a definição e pactuação de estratégias, estabelecimento de parcerias e repasse de recursos. A execução de uma política nacional de promoção à saúde tem como principais requisitos o delineamento de ações que favoreçam a adoção de comportamentos menos arriscados à saúde, a diversificação e a ampliação da oferta de serviços de assistência e de prevenção. Ações que promovam a participação e o controle social, a mobilização de instâncias executoras, legislativas e jurídicas, a mobilização da opinião pública e do público em geral e a disponibilização de insumos são meios para a implantação e sustentação dessa política.

As políticas públicas de saúde dirigidas ao tema DST/AIDS, portanto, avaliam as características e pertinência da epidemia da aids e outras patologias correlatas (as DST, as hepatites, a tuberculose, gravidez indesejada, entre outras) entre segmentos populacionais definidos segundo suas características de vulnerabilidade e risco para a epidemia. O risco é definido pela exposição de indivíduos ou grupos a determinados contextos que envolvem comportamentos, modo de vida, opção sexual e aspectos culturais e sociais em relação à construção e representação da sexualidade e do uso de drogas em determinada sociedade, e que, portanto, tornam as pessoas ou grupos suscetíveis aos agravos à saúde. A vulnerabilidade é a pouca ou nenhuma capacidade do indivíduo ou do grupo social decidir sobre sua situação de risco, podendo variar segundo a posição e situação em relação à condição de gênero, raça, fatores e condições socio-econômicas, acesso aos serviços e insumos de saúde, fatores políticos e até mesmo biológicos.

Avaliar os contextos individuais, interpessoais, coletivos e sóciopolíticos nos quais inserem-se esses dois segmentos - risco e vulnerabilidade - implica no estabelecimento de propostas que estabeleçam mudanças em comportamentos individuais a partir de indicadores para

a sensibilização sobre os riscos conhecidos, para o abandono de condutas de risco e para a consolidação de mudanças de comportamento. Outrossim, os esforços individuais para a adoção de práticas seguras estão influenciados por opiniões ou atos de outras pessoas, de grupos sociais de referência e suas normas e pelo contexto sociopolítico-ambiental, incluindo-se as leis e regulamentações pertinentes ao tema.

Definir políticas públicas de saúde para a promoção de mudanças capazes de se manterem estáveis nos diferentes níveis envolvidos, requerem: mudanças individuais de comportamento que estão diretamente vinculadas a estratégias globais de diminuição de riscos individuais e nos grupos de pares; à mudança de crenças e normas sociais; às ações de informação e prevenção destinadas à população em geral, com vistas na participação comunitária; e à diversificação e ampliação da oferta de serviços assistenciais e de insumos de prevenção. A disponibilização desses serviços, por sua vez, implica na necessidade de insumos de prevenção, notadamente preservativos masculinos e femininos, gel, agulhas e seringas e materiais educativos; Acolhimento, aconselhamento e tratamento das pessoas infectadas pelo HIV e portadores de DST nos serviços de saúde; e Descentralização, institucionalização e sustentabilidade das ações de saúde no que se refere à prevenção, promoção e educação em saúde. Esse conjunto de medidas tem o suporte de ações de intervenção que visam reduzir o impacto da epidemia sobre segmentos mais vulneráveis da população. São ações orientadas segundo critérios de abrangência populacional, epidemiológicos e de focalização, priorizando as ações dirigidas para populações de risco acrescido e populações mais vulneráveis.

Essas ações são executadas pelos Programas Estaduais e Municipais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelas organizações da sociedade civil, a partir do apoio a projetos específicos considerados estratégicos para o enfrentamento da epidemia no País. A matriz populacional que orienta o processo de intervenção comportamental está concebida de modo a orientar as ações em suas interfaces e de se posicionar o indivíduo como protagonista no processo, objetivando o fortalecimento da sua colaboração com os cuidados à saúde e a inserção de formas de acolhimento dos serviços aos usuários, implicando, em sua maioria, numa ruptura com as formas de relação profissionais/usuários estabelecidas. As políticas públicas na área da promoção e prevenção dirigidas às DST/HIV/AIDS, no Brasil, tomam como paradigma uma abordagem da saúde que dá ênfase ao desenvolvimento sustentável, à melhoria da qualidade de vida das pessoas e ao direito de cidadania, participação e controle social.

Os princípios e diretrizes que orientam esta política são: Atitudes de solidariedade, não-preconceito e não-discriminação em relação às pessoas que vivem com HIV/AIDS; Garantia dos direitos individuais e sociais das pessoas que vivem com HIV/AIDS; Acesso à rede de saúde e disponibilização de insumos de prevenção, notadamente preservativos masculinos e femininos, gel, agulhas e seringas e materiais educativos; Acolhimento, aconselhamento e tratamento das pessoas infectadas pelo HIV e portadores de DST nos serviços de saúde; e Descentralização, institucionalização e sustentabilidade das ações de saúde no que se refere à prevenção, promoção e educação em saúde.

Esse conjunto de medidas tem o suporte de ações de intervenção que visam reduzir o impacto da epidemia sobre segmentos mais vulneráveis da população. São ações orientadas segundo critérios de abrangência populacional, epidemiológicos e de focalização, priorizando as ações dirigidas para populações de risco acrescido e populações mais vulneráveis. Essas ações são executadas pelos Programas Estaduais e Municipais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelas organizações da sociedade civil, a partir do apoio a projetos específicos considerados estratégicos para o enfrentamento da epidemia no País.

A matriz populacional que orienta o processo de intervenção comportamental está concebida de modo a orientar as ações em suas interfaces e transversalidades temáticas. Nesse sentido, o marco lógico do processo de planejamento das ações de prevenção está concebido para responder tanto às questões relacionadas com a intersectorialidade das políticas públicas do setor saúde em relação às outras áreas sociais de governo, quanto àquelas questões que mais diretamente se relacionam com o campo de prática da prevenção. Matriz de Risco e Vulnerabilidade Ocorrência freqüente de comportamento de risco e alta vulnerabilidade: pessoas presas; usuários de drogas injetáveis; profissionais do sexo; caminhoneiros; garimpeiros. Ocorrência freqüente de comportamento de risco e vulnerabilidade variável, segundo o grupo considerado: homo/bissexuais masculinos (homens que fazem sexo com homens). Ocorrência variável de comportamento de risco segundo grupo considerado, mas alta vulnerabilidade: crianças e adolescentes; mulheres; índios; segmentos populacionais de baixa renda; efetivos militares e conscritos das Forças Armadas.

Assim, define-se as principais linhas estratégicas que orientam as ações na área da prevenção para a população em geral e as populações de maior vulnerabilidade e risco como sendo aquelas: que promovem as mudanças de comportamento por meio do acesso à informação

qualificada sobre os meios de transmissão e prevenção e para a percepção de risco; que estabelecem modelos de intervenção que permitam considerar os diversos grupos populacionais, quanto à tomada de consciência em relação a sua situação de vulnerabilidade e risco, considerando os aspectos culturais, os contextos sociais e os valores relativos aos grupos envolvidos; priorizam o desenvolvimento de trabalhos de intervenção baseados em peer education e outreach work (trabalho em pares e agentes comunitários de saúde), relevando as mudanças de práticas, atitudes, valores e crenças em relação às DST/AIDS; fortalecem as redes sociais, objetivando atingir as ações de promoção e prevenção à saúde que dêem suporte social aos grupos envolvidos, criando alternativas para o enfrentamento da epidemia; desenvolvem as parcerias com organizações não-governamentais, associações comunitárias e de classe, ampliando as ações de prevenção e a resposta à infecção pelo HIV; promovem a criação de mecanismos institucionais para ampliar a participação do setor empresarial e das empresas privadas, e de outros agentes sociais na luta contra aids.

Quando se pensava em AIDS, as pessoas acreditavam que era uma doença restrita aos chamados grupos de risco, como os profissionais do sexo ou os homossexuais. Mas a epidemia mostrou que todos têm que se prevenir: homens e mulheres, casados ou solteiros, jovens e idosos, todos, independente de cor, raça, situação econômica ou orientação sexual.

Para se prevenir, use corretamente a camisinha em todas as relações sexuais e apenas agulhas e seringas descartáveis. Para evitar que a aids passe da mãe para o filho, todas as gestantes devem começar o pré-natal o mais cedo possível e fazer o teste de aids. Outro cuidado importante são com as doenças sexualmente transmissíveis, as DST. Elas podem trazer sérios problemas de saúde e aumentam em até 18 vezes a chance de contrair o HIV. A prevenção das DST é igual a da aids e o tratamento costuma ser muito simples. Visando a adoção de comportamentos seguros, a Coordenação Nacional de DST e AIDS tem como política de prevenção promover o acesso aos serviços de diagnóstico e a como preservativos, agulhas e seringa além de manter projetos de intervenção em populações específicas e campanhas.

Ao contrário do que muita gente pensa, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são doenças graves que podem causar disfunções sexuais, esterilidade, aborto, nascimento de bebês prematuros com problemas de saúde, deficiência física ou mental, alguns tipos de câncer e até a morte. Uma pessoa com DST tem mais chance de pegar outras DST, inclusive a aids. Segundo a Organização Mundial de Saúde, ocorrem no Brasil cerca de 12 milhões de DST ao

ano. Como a notificação dos casos de DST não é compulsória e como cerca de 70% das pessoas com alguma doença sexualmente transmissível buscam tratamento em farmácias, o número de casos notificados fica muito abaixo da estimativa da OMS, cerca de 200 mil casos/ano.

7.8 O QUE SÃO DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST)?

AS DST são doenças transmitidas por meio da relação sexual, seja de homem com mulher, homem com homem ou mulher com mulher. Em geral, a pessoa infectada transmite a DST para seus parceiros, principalmente quando acontece penetração. Ao contrário do que muita gente pensa, as DST são doenças graves que podem causar disfunções sexuais, esterilidade, aborto, nascimento de bebês prematuros com problemas de saúde, deficiência física ou mental, alguns tipos de câncer e até a morte. Uma pessoa com DST também tem mais chance de pegar outras DST, inclusive a AIDS.

Quem pode pegar DST? Quem tem relações sexuais sem camisinha; Quem tem parceiro que mantém relações sexuais com outras pessoas sem camisinha; Pessoas que usam drogas injetáveis e compartilham seringas; Pessoas que têm parceiros que usem drogas injetáveis, compartilhando seringas; Pessoas que recebem transfusão de sangue não testado; Qualquer pessoa - casada, solteira, jovem, adulta, rica ou pobre - pode pegar DST.

Quais os principais sinais? Feridas (úlceras): aparecem nos órgãos genitais ou em qualquer parte do corpo. Podem doer ou não. Corrimento: aparecem no homem e na mulher no canal da uretra, vagina ou ânus. Podem ser esbranquiçados, esverdeados ou amarelados como pus. Alguns têm cheiro forte e ruim. Tem gente que sente dor ao urinar ou durante a relação sexual. Nas mulheres, quando o corrimento é pouco, só é visto em exames ginecológicos. Verrugas: são como caroços, pode se parecer com couve-flor quando a doença está em estágio avançado. Em geral, não dói, mas pode ocorrer irritação ou coceiras.

Quais os principais sintomas? Ardência ou coceira: mais sentido ao urinar ou nas relações sexuais. Há pessoas que sentem as duas coisas, outras somente uma e muitas pessoas não sentem nada e, sem saber, transmitem DST para seus parceiros. Dor e mal-estar: embaixo do umbigo, na parte baixa da barriga, ao urinar, ao evacuar ou nas relações sexuais.

Como tratar? Faça apenas o tratamento indicado por um profissional de saúde, não aceite indicações de vizinhos, parentes, funcionários de farmácias etc. Siga a receita e tome os remédios na quantidade certa e nas horas certas. Continue o tratamento até o fim, mesmo que não haja mais sinal ou sintoma da doença. Todos os parceiros de quem estão com DST devem ser conscientizados e fazer o tratamento, senão o problema continua. Devem-se evitar relações sexuais durante o tratamento. Em último caso, sempre use camisinha. Peça também para fazer o teste da AIDS. É sempre melhor se prevenir. Serviços que atendem casos de DST. O que são os serviços que atendem DST? São serviços de saúde que pertencem aos vários níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) que contam com profissionais de saúde capacitados na Abordagem Sindrômica das DST, podendo ou não contar com estrutura laboratorial, promovendo a assistência clínica e o tratamento adequado, a prevenção, o fornecimento de preservativos e aconselhamento para testagem para o HIV.

7.9 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A gravidez na adolescência é um fato social cuja significação ocorreu de forma diferenciada nos diversos momentos da história brasileira. No Brasil colonial, as mulheres a partir dos 12 anos, já se encaminhavam para o casamento e para a maternidade, como afirma Freire (1981). Por evidências históricas como esta, é possível perceber que a significação da gravidez na adolescência se modifica de acordo com as redes de relações culturais, econômicas e sociais constituídas entre os homens. Fica também claro que nem sempre o fator idade foi considerado como problema para a gravidez na adolescência, pois nossas avós e bisavós, casavam adolescentes e engravidavam, sendo que ser menor de idade, não era considerado um problema moral, sendo aprovado pela sociedade e culturalmente aceito de acordo com os valores e costumes da época.

O aumento do índice de gravidez na adolescência provou um estado de alerta e preocupação nos especialistas em saúde pública em nosso país. Esse quadro gera inquietações em duas dimensões: revela uma tendência continuada de aumento dos índices de gravidez na adolescência e da precocidade destas gestações; por outro lado, gera uma nova sensibilização

quanto à idade ideal de ter filhos e a discussão dos contextos no qual ocorre a maternidade adolescente.

A maternidade na adolescência constituiu uma desvantagem social que tem impacto diferenciado por renda, incidindo predominantemente sobre as mulheres mais pobres (SOUZA apud MELO, 2000).

Segundo Ferreira (2000), a gravidez na adolescência, quer no plano do senso comum, quer em vários segmentos da saúde e da educação, ainda esteja somente associada à precocidade e ao indesejável, alguns dados de pesquisa já apontam em outra direção. A mesma autora cita que Dadoorian (1996) afirma que em sua pesquisa contrariou a literatura tradicional ao encontrar adolescentes contentes com a perspectiva de serem mães, desejando seus filhos. Sendo assim, as adolescentes não formam um bloco indiferenciado ou homogêneo, independente das relações sociais e das camadas econômicas nas quais estão inseridas.

Segundo Santiago (1999), não é recomendável que a adolescente engravide devido vários motivos que são físicos, emocionais e econômicos. Físicos porque biologicamente a menina desde que menstrue está apta a ter filhos, mas seu organismo, nessa fase, ainda não está totalmente preparado. Emocionais porque nesta fase, a adolescente está vivenciando a chamada crise emocional de aceitação do corpo. É a fase de uma necessária introspecção. A gravidez aqui não coincidiria também com um espaço de excelência psicológica da mãe. Econômicos porque ao que parece na maioria dos casos a adolescente não têm ainda a independência econômica; sua sobrevivência está centrada nos pais. A gravidez, a essa altura, poderá interromper esse processo de independência que deverá estar se iniciando e retardar a autodeterminação do adolescente.

Segundo Valverde (1997), o risco de gravidez na adolescência é alto, ocorrendo em todos os níveis sociais, apresentando, por outro lado, maiores riscos nos níveis sociais de escassos recursos, em que a falta de recursos sócio-econômicos dificultam o acesso às informações e à assistência adequada. Está implícito nos programas de saúde, que as adolescentes não podem engravidar, e esta decisão é tomada sem levar em conta sua realidade, ou seja, se ela quer ou não ter um filho, e mais ainda, que a adolescente do novo século, já não é obrigada a se casar. Hoje a questão da gravidez na adolescência é menos moral que sócio-econômica. (REIS, 1994).

Com o aparecimento do movimento ético-social chamado “hippies” na década de 60, segundo Lopes (2001), muitos jovens passaram a aderir a esse movimento, que defendia o “amor-livre”. Com o passar do tempo, o casamento de véu e grinalda, o registro em cartório e a

cerimônia em Igreja foram caindo por terra. O casamento, como instituição, tem sofrido alterações radicais especialmente no Ocidente, devido a diversas mudanças sociais: o crescimento do número de jovens que praticam o sexo antes do casamento; o aumento da idade média em que as pessoas se casam. Esses fatores, entre outros, têm moldado a mentalidade ocidental moderna quanto ao casamento, o qual tende cada vez mais a ser encarado como uma mera conveniência social, nem sempre desejável.

Através da assistência educativa nas escolas, prestada pela enfermagem, existe a possibilidade de construção de uma conscientização sobre os direitos reprodutivos do adolescente, principalmente no que diz respeito á gravidez na adolescência, buscando a prevenção de fatores indesejáveis.

8.0 DESENVOLVENDO O PLANO DE AÇÃO ATRAVÉS DA METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA

Desenvolver o plano de ação significa constituir e colocar em prática o que foi cuidadosamente planejado. Os objetivos e estratégias que compõem o plano de ação nortearam a assistência de forma a contribuir para que a mesma pudesse ser prestada.

A descrição das atividades, utilizando a metodologia problematizadora enquanto estratégia para a educação em saúde, junto dos adolescentes da Escola Básica Padre Anchieta seguirá os passos da metodologia começando pela leitura da realidade da população alvo.

8.1 LEITURA DA REALIDADE

Ao observar a realidade, as pessoas envolvidas, expressam suas percepções pessoais, efetuando assim uma primeira leitura “sincrética” ou ingênua da realidade (BORDENAVE, 1994). Para percebermos essa realidade de maneira ampla, adotamos estratégias de acordo com a atividade ha ser desenvolvida. Sendo assim, a leitura da realidade no presente trabalho ocorreu a partir dos encontros com a direção da escola e professores, das atividades em grupo (oficinas), do

preenchimento de questionários, das consultas realizadas com os adolescentes e da observação direta do contexto escolar.

A população alvo foi adolescentes que estudam na Escola Básica Padre Anchieta nas turmas 8^{as} séries 1 e 2 vespertinas e turmas de aceleração vespertina e noturno. As escolhas das turmas a serem trabalhadas foram sugeridas pelo professor de ciências. No projeto pretendíamos trabalhar com turmas de 7^{as} e 8^{as} séries, porém a solicitação do professor de ciências para que trabalhássemos as turmas de aceleração deu-se pelo fato de serem turmas consideradas “problemas”, onde os adolescentes dessas turmas teriam dificuldade para a aprendizagem, porém com grande capacidade de expressão para o tema proposto, segundo o próprio professor. Através dos encontros e diálogos ocorridos com o professor de ciências, com o diretor e com a orientadora da escola pode-se ter o primeiro reconhecimento da realidade das turmas escolhidas para o trabalho, sendo essa, nossa primeira estratégia para o alcance do primeiro objetivo. A segunda estratégia utilizada para esse reconhecimento foi à aplicação de questionários nas turmas definidas para o trabalho, os dados colhidos nos questionários, foram tabulados, seus resultados serão descritas a seguir.

TABELA 1: Distribuição dos adolescentes segundo idade

Idade (anos)	Nº de adolescentes	%
13	3	3,66%
14	28	34,15%
15	29	35,36%
16	12	14,63%
17	6	7,33%
18	3	3,66%
19	0	0%
20	1	1,22%
Total	82	100%

FONTE: Questionários aplicados aos adolescentes.

Analisando os dados quanto à distribuição do número de adolescentes segundo a idade, pode-se observar que a faixa etária oscilou entre 13 e 20 anos, tendo como maioria os adolescentes entre 14 e 15 anos, sendo (57,32 %) adolescentes do sexo feminino e (42,68 %) adolescentes do sexo masculino, alcançando o objetivo da amostra já que a faixa etária escolhida foi de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) que define adolescência como período entre 10 e 20 anos.

Quanto ao local de residência dos adolescentes constatou-se que desses (52,43%) residiam no próprio bairro Agrônômica, e os demais (47,57%) em bairros que pertencem à área de abrangência do CS- Agrônômica. Em relação à religião a maioria (52,43 %) são católica seguida da religião evangélica com (23,20 %).

Constatou-se a importância de estudar/trabalhar o tema quando (52,44 %) demonstraram desconhecer o significado de Direitos Reprodutivos, enquanto (46,36 %) sabiam alguma coisa sobre o assunto. Outro dado de grande relevância nesse sentido foi o fato de que mesmo que a maioria (57,33%) relatou conversarem com a família sobre temas como: gravidez, sexualidade, prevenção de DST, (40,27%) dos adolescentes não conversam com familiares sobre os temas.

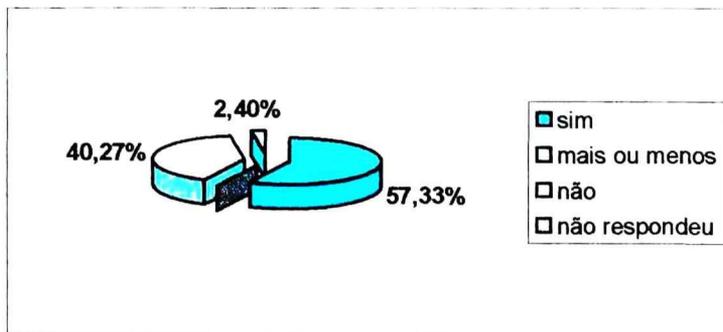


Gráfico 1 – distribuição dos adolescentes que conversam com a família sobre Direitos Reprodutivos, Florianópolis, abril, 2003.

Em relação às dúvidas que os adolescentes tem sobre o tema, segundo os mesmos, são discutidas com amigos (28,10 %), mães (28,05%), pais (10,99%), irmãos (9,76 %), professores (6 %), profissionais da saúde (4,9%) e (12,2%) não conversam sobre o assunto. Percebe-se que os profissionais de saúde são os menos requisitados para a troca de conhecimentos o que reforça a importância de se realizar projetos na área de educação em saúde nas escolas para se obter principalmente a inter-relação do Centro de Saúde com a escola.

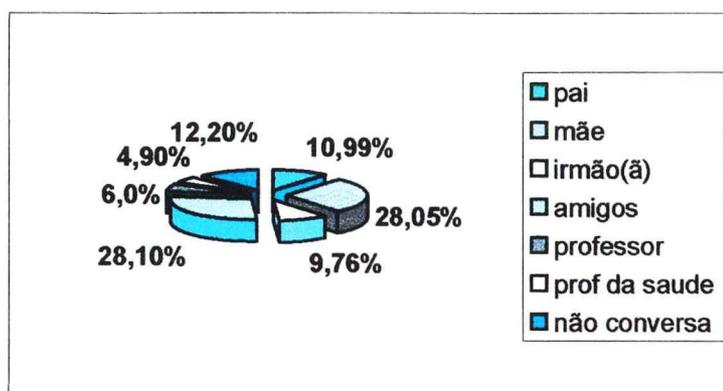


Gráfico 2: distribuição dos adolescentes segundo quem procuram para esclarecimento de dúvidas sobre Direitos Reprodutivos, Florianópolis, abril, 2003.

No gráfico 3, sobre a importância da abordagem dos temas propostos, 93,04 % dos adolescentes considerarem importante a realização desse tipo de trabalho, o que vem confirmar a nossa percepção sobre a necessidade de trabalhos junto a comunidade escolar.

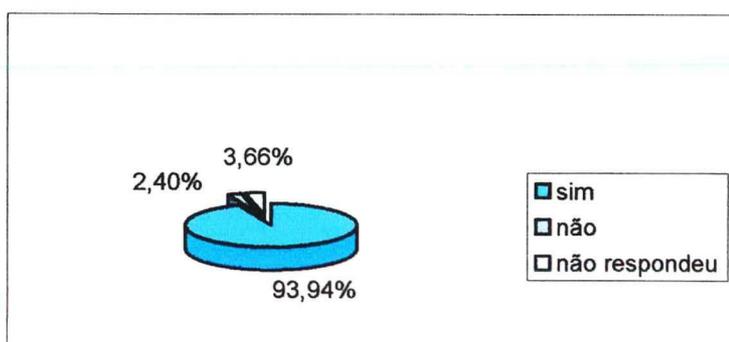


Gráfico 3 – distribuição dos adolescentes segundo a importância do trabalho proposto, Florianópolis, abril, 2003.

Os pontos chaves levantados nos questionários e confirmados na primeira oficina foram eleitos por ordem de prioridade, depois de decodificados constatou-se que o assunto de maior interesse foi à gravidez, seguido de saúde e prevenção de doenças, em terceiro lugar as Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV/AIDS, em último lugar ficou Métodos Contraceptivos.

Com a análise desses dados e a interação através de diálogos em encontros com a comunidade escolar pode-se reconhecer a realidade dos adolescentes sobre temas relacionados a direitos reprodutivos, dando prioridade aos temas como à gravidez na adolescência, contracepção, prevenção das DST/AIDS e outros, alcançando assim o primeiro e segundo objetivos específicos propostos no projeto.

8.2 APLICAÇÃO NA REALIDADE: OS ENCONTROS

Foram realizadas três oficinas em cada uma das quatro turmas selecionadas, no total de 12 oficinas, desenvolvendo atividades com cerca de 80 alunos que serão multiplicadores dos conhecimentos construídos. Cumprindo assim, o terceiro objetivo específico proposto. O planejamento dessas oficinas, principalmente as dinâmicas tiveram como base à metodologia problematizadora e o método de educação de Paulo Freire, aonde se procurou seguir cada passo descrito e proposto pela metodologia.

O primeiro encontro foi dividido em três momentos, a seguir descritos:

1º momento: Entrega dos questionários, apresentação do “tema principal” e do objetivo do projeto para os alunos. Começamos nos apresentando, em seguida solicitamos que respondessem aos questionários. Após o preenchimento dos questionários, perguntamos se alguém gostaria de nos falar o que significava Direitos Reprodutivos, algumas respostas surgiram como: reprodução, sexo, gravidez e doenças. Em seguida apresentamos, uma breve teorização sobre o significado de Direitos Reprodutivos, para então dar início à dinâmica propriamente dita.

2º momento: Dinâmicas de sexualidade: “O Semáforo” (ADOLESCER, P.176):

1ª parte - Fornecemos três tiras de folhas de sulfite e canetas coloridas para cada participante Solicitamos que escrevessem uma palavra, nas tiras de papel ou pergunta que corresponda a um tema de interesse sobre Direitos Reprodutivos. 2ª parte – Uma vez a primeira etapa concluída, iniciamos a Segunda parte, a partir disso colocou-se três círculos (vermelho, amarelo e verde) distanciados lado a lado no chão da sala. Cada participante distribuiu suas fichas pelos círculos ou “sinais de semáforo”, dependendo do grau de dificuldade que sentia em debater

os temas. O sinal vermelho representava muita dificuldade sobre o assunto, o amarelo média e o verde significava pouca dificuldade. 3ª parte: Foi feita a leitura dos temas escritos, os quais foram trabalhados no terceiro momento. O material utilizado para dinâmica foi: sala ampla, tiras de papel sulfite, canetas coloridas, três círculos de papel cartão nas cores vermelha, amarela e verde.

O objetivo dessa dinâmica foi identificar os temas de maior interesse que se constituíram os pontos-chaves, previstos na metodologia utilizada e passando a concretizar o segundo objetivo específico proposto. Os temas definidos sobre Direitos Reprodutivos foram: gravidez, saúde/prevenção de doenças, DST/HIV/AIDS e Métodos Contraceptivos.

3º momento : Encerramento com reflexão e diálogo com os alunos sobre os temas que mais apareceram nos círculos principalmente no vermelho.

Antes do segundo encontro passamos para o segundo passo que seria a Tematização, após serem levantados os dados, codificações, refletimos e analisamos para então realizar a redução temática, que significa a busca dos núcleos fundamentais dos temas, que constituiriam as unidades programáticas. É também o momento da teorização, onde buscamos uma explanação teórica para o problema, recorrendo á leituras, pesquisas e estudos. Atendendo assim as estratégias e cumprindo o quarto objetivo. A etapa posterior foi a todos confrontam a realidade com a sua teorização, formulando-se as hipóteses de solução. Para tanto, realizamos uma segunda oficina que aconteceu em três momentos:

1º momento : *Jogos dos mitos e realidades* (ADOLESCER, p.200). Inicialmente esclarecemos aos alunos que eles participariam de um jogo que os ajudaria a perceber a verdade sobre mitos relacionados com a sexualidade. O tema sexo e sexualidade são abordados em varias áreas do conhecimento, como também em (televisão, livros, revistas e filmes), ás vezes a informação correta é fornecida distorcida. Explicamos que os mitos, boatos e supertições freqüentemente são aceitos como verdades pelas pessoas e sociedade.

Para o desenvolvimento da atividade, dividiu-se a turma em duas equipes, e pedimos para que se colocassem em lados opostos da sala. Cada grupo teve de escolher um nome .

Apresentamos as tiras com as frases, contendo mitos e realidades, viradas para baixo e pedimos para que um voluntário de cada equipe escolhesse uma tira e lesse a mensagem em voz alta para turma. Os membros da equipe falavam entre si durante um tempo para determinar se o

que estava escrito era um mito ou uma realidade, informando em seguida a decisão. Em seguida, era dito se a resposta estava correta e se estivesse marcávamos um ponto para a equipe. Continuamos com os demais voluntários das equipes, abrindo-se um espaço de tempo para discussão de cada frase, oportunidade essa dávamos as informações necessárias sobre o assunto abordado. Essa também seria a etapa da *problematização*, quando possibilitou-se o momento do retorno quando o educador e educando passam a “construir” conhecimentos através do diálogo sobre os temas que lhes são familiares.

Algumas frases e suas reflexões foram selecionadas para exemplificar a atividade: “A mulher pode saber exatamente qual é o seu período fértil, a fim de evitar a gravidez.” A maioria das adolescentes realmente acreditavam que podiam saber exatamente o seu período fértil, acarretando uma discussão na sala, onde pudemos explicar o ciclo fértil da mulher, com seus períodos ovulatório e menstrual, reforçando que a qualquer alteração hormonal esse ciclo pode tornar-se desregular. Uma outra frase que gerou explicação da anatomia humana sobre o sistema reprodutivo, foi: “A mulher pode engravidar com sexo anal.” Houve alguns adolescentes que acreditavam neste mito por não entenderem exatamente como se dá a anatomia do corpo. Em relação à saúde e prevenção de doenças houve uma afirmação muito discutida: “Não é saudável para a menina lavar a cabeça ou nadar durante o seu período menstrual.” Algumas adolescentes demonstraram-se surpresas ao perceberem que esta afirmação é falsa, ao passo que outras afirmavam que a frase estava correta.

Percebemos que quando entrávamos em assuntos relacionados à anatomia ou fisiologia feminina, muitos adolescentes homens ficavam desatentos e desinteressados. Proporcionando ao grupo um espaço para discussão em relação às responsabilidades de cada um sobre a temática. A afirmativa a seguir: “Os jovens podem ter doenças sexualmente transmissíveis sem manifestar sintomas” nos trouxe uma realidade bastante compensadora, pois todos os alunos concordavam, citando, até mesmo, exemplos como o HIV/AIDS. Com isso, pudemos debater, sobre o tema, esclarecendo dúvidas em relação à diferença da soropositividade e da evolução da AIDS como um processo de doença. “As camisinhas ou preservativos ajudam a prevenir a propagação das DST e AIDS e evitam a gravidez indesejada”, todos do grupo sempre concordavam que essa afirmativa era uma realidade, constatando-se assim, conhecimento por parte dos alunos, o que possibilitou discussão sobre prevenção com base nas diretrizes do Ministério da Saúde.

“Uma vez que se tenha curado da gonorréia, não se volta a contrai-la.” Em todos os momentos essa frase trazia uma certa dúvida ao grupo, porém a conclusão que chegavam é de que a mesma era verdadeira. Observamos assim que este tipo de informação está presente no cotidiano dos adolescentes o que nos permitiu discutir, refletir sobre o conhecimento dos temas abordados. Se fez necessário esclarecer as diferenças entre doenças causadas por bactérias e vírus. Outras afirmativas que surgiram foram: “Há tratamento para a cura do herpes”; “Os Adolescentes podem receber tratamento para DST sem permissão dos pais.” Nesta última frase tivemos a oportunidade de esclarecer as dúvidas quanto ao atendimento do Centro de Saúde e a devida ligação com a escola.

Dentro da questão de métodos contraceptivos o grupo classificou como acertada, quando era mito ou realidade, as frases que seguem: “A ducha previne a gravidez, quando utilizada após o ato sexual”; “As pílulas anticoncepcionais causam câncer”. Demonstrando que há entendimento por parte do grupo quanto ao assunto, a partir da discussão realizamos diálogo sobre contracepção no sentido da prevenção da gravidez indesejada.

É importante destacar que a frase: “Quase todos os adolescentes já tiveram relações sexuais ao completar 19 anos”, em que todas as vezes que surgiu, criou uma situação de desconfiança entre o grupo, quando foi colocado que esta afirmação segundo a bibliografia é um mito. Complementavam com comentários que reafirmavam essa situação, dizendo que a grande maioria dos seus amigos perderam a virgindade antes dos 19 anos. Nesse momento pudemos contornar a situação quando explicamos que a pesquisa realizada retratava o Brasil como um todo. Sendo o Brasil um país de diversas culturas, era precipitado tirarmos conclusões a partir de uma única cultura, no caso a deles. Foram citados exemplos de culturas mais conservadoras, típicas do interior; assim como culturas mais liberais, de grandes capitais ou cidades litorâneas, onde naturalmente existe maior exposição do corpo humano. Muitas outras frases ainda foram discutidas trazendo a possibilidade da aplicação real da metodologia e da teorização conhecida.

O material utilizado para essa dinâmica foi: tiras de papel com frases escritas “mitos e realidade”; quadro negro e giz.

O principal objetivo dessa dinâmica foi refletir e construir conhecimentos, sobre mitos relacionados à anatomia, fisiologia, anticoncepção e doenças sexualmente transmissíveis (DST).

As frases que foram utilizadas serão descritas a seguir com uma breve explicação sobre as mesmas.

Mito 1 : Quase todos os adolescentes já tiveram relações sexuais ao completar 19 anos. * Pesquisas indicam que muitos adolescentes brasileiros tiveram relações sexuais antes dos 19 anos, mas por outro lado uma grande percentagem deles escolheu não ter relações durante adolescência, ou antes do casamento.

Realidade 2 : Uma vez que a menina tenha tido sua primeira menstruação, a menina poderá engravidar. * Quando uma menina começa a ter períodos menstruais significa que seus órgãos reprodutores começaram a funcionar, por isso, pode ficar grávida. Entretanto isso não significa que está pronta para ter um filho, nem que seu corpo esteja maduro para tê-lo.

Realidade 3 : Antes da primeira menstruação a menina poderá ficar grávida. * Como os ovários podem liberar um óvulo antes de seu primeiro período menstrual, é possível ocorrer a gravidez entretanto não é um fato freqüente.

Mito 4 : Não é saudável para a menina lavar a cabeça ou nadar durante o seu período menstrual. * Não há razão nenhuma para que a mulher restrinja qualquer tipo de atividade durante a menstruação. Atividades físicas podem diminuir as cólicas.

Mito 5 : Sem penetração e ejaculação vaginal não há risco de gravidez. * Pode ocorrer a gravidez sem penetração, caso o rapaz ejacule próximo à vagina.

Mito 6 : O adolescente precisa de autorização dos pais para solicitar métodos anticoncepcionais num serviço de planejamento familiar. * Os serviços de saúde geralmente asseguram sigilo.

Realidade 7 : Os jovens podem ter doenças sexualmente transmissíveis sem manifestar sintomas. * Algumas DST manifestam sintomas facilmente reconhecíveis, outras não. A gonorréia, por exemplo, geralmente não apresenta sintomas na mulher. É importante consultar um médico se há suspeita de infecção, ou contato sexual com pessoa infectada.

Mito 8 : Uma moça não pode engravidar se teve poucas relações sexuais. * Uma mulher pode ficar grávida sempre que mantém relações sexuais, inclusive na primeira vez, se não estiver fazendo uso de anticoncepcional.

Realidade 9 : A mulher pode ficar grávida se tiver relações sexuais durante a menstruação. * É possível que uma mulher fique grávida no período menstrual, principalmente adolescente, devido à irregularidade do ciclo.

Mito 10 : As pílulas anticoncepcionais causam câncer. * As pílulas, na realidade, protegem as mulheres contra dois tipos de câncer dos órgãos reprodutores (câncer endometrial e câncer dos ovários). Entretanto a pílula é um dos métodos anticoncepcionais mais seguros e eficazes para a gravidez, mas deve ser acompanhado pelo médico.

Mito 11 : A ducha previne a gravidez, quando utilizada após o ato sexual. * A ducha vaginal não é um método anticoncepcional e deve ser evitada, pois pode provocar infecções vaginais e após a relação ajuda a empurrar o sêmen para dentro do útero.

Mito 12 : Uma vez que se tenha curado da gonorréia, não se volta a contrai-la. * A pessoa pode adquirir gonorréia tantas vezes quanto tenha relações sexuais com parceiro infectado. Por isso, é importante que qualquer pessoa que tenha sido tratada de gonorréia (ou qualquer outra DST) certifique-se de que seu parceiro seja tratado.

Realidade 13 : As camisinhas ou preservativos ajudam a prevenir a propagação das DST e Aids e evitam a gravidez indesejada.

Realidade 14 : Os Adolescentes podem receber tratamento para DST sem permissão dos pais. * Assim como no caso de fornecimento de métodos anticoncepcionais as clínicas e os médicos geralmente não exigem permissão dos pais para o tratamento das DST.

Mito 15 : O álcool e a maconha são estimulantes sexuais. * Ambos tem exatamente o efeito contrário, podem até aumentar o desejo e reduzir as inibições, mas dificultam o ato sexual por reduzir o fluxo de sangue da área genital.

Mito 16 : A mulher pode saber exatamente qual é o seu período fértil, a fim de evitar a gravidez. * Ninguém pode estar absolutamente segura de quando ovula. Embora os métodos não naturais como tabelinha, possam funcionar com alguns casais, podem ser de difícil utilização para adolescentes.

Mito 17 : Há tratamento para o herpes. * Existem drogas para evitar os sintomas do herpes, mas não há cura.

Mito 18 : As meninas, em geral, estupradas por estranhos. * Uma grande percentagem de estupros registrados são causados por homens conhecidos das mulheres (amigos e parentes).

Realidade 19 : O câncer dos testículos é mais comuns entre homens jovens. * Realmente, o câncer de testículos é a forma de câncer mais comum entre os homens de 15 a 34 anos. O diagnóstico precoce é importante para a cura.

Mito 20 : Um homem com pênis maior é sexualmente mais potente do que um homem com o pênis pequeno. * O tamanho do pênis não tem relação alguma com a potência sexual.

Mito 21 : Uma vez que o homem esteja excitado e tenha uma ereção, deve continuar até o fim pois pode ser perigoso interromper o processo. * Não é perigoso não ejacular, depois do homem ter tido uma ereção. Às vezes, o rapaz pode se sentir mal caso se mantenha excitado durante um longo período. Mas isso passará se ele conseguir relaxar.

Mito 22 : A masturbação pode causar doenças mentais e físicas. * A masturbação não causa nenhum tipo de doença ou interfere na vida da pessoa.

Mito 25 : Se um jovem ou uma jovem mantém qualquer tipo de relação sexual com uma pessoa do mesmo sexo significa que é e sempre será homossexual. *Muitos adolescentes tem experiências durante seu desenvolvimento, mas isso não quer dizer que serão homossexuais.

Mito 26 : Se uma pessoa tem um parceiro e se masturba, é sinal de que tem problemas com o parceiro. * Muitas pessoas se masturbam enquanto estão casadas e não significa que tenham problemas. A masturbação é um direito de prazer da pessoa.

O objetivo final da metodologia foi à discussão e esclarecimento de questões fundamentais no processo de desenvolvimento dos adolescentes, pudemos observar uma resposta positiva por parte dos alunos. Após analisar a viabilidade das hipóteses, as pessoas envolvidas foram construindo novos conhecimentos aonde procuramos, fazer exercícios, que ensinasse a discriminar as circunstâncias possíveis ou convenientes para aplicação da solução escolhida. Então no último encontro usamos a dinâmica da “batata quente” (ADOLESCER, p.223).

Explicamos o procedimento da dinâmica, aonde foi escolhido um objeto para ser a “batata quente” e colocamos música, enquanto o objeto passava de mão em mão. Quando a música parava, o aluno que estivesse com a batata quente, deveria escolher um cartão do baralho de negociação e responder à pergunta que estava nele. O procedimento era repetido até que todos tivessem participado. Essa dinâmica exigia uma resposta pessoal para a situação referida. Então analisamos algumas das respostas.

Como exemplo das situações geradas, temos: Se alguém falar:- Ah! você tem uma camisinha você tinha planos de me seduzir!- Você responde: “Não, eu só tenho planos de prevenir”. (aluna, 15anos); “Sim, por isso estou prevenido” (aluno, 17anos). Se alguém falar:-

Não tenho camisinha comigo.- Você responde: “Então não rola”. (aluna, 15 anos). “Então eu vou na farmácia comprar”(professor, 23anos). Se alguém falar:- Camisinha! Você está me ofendendo! Pensa que tenho doenças!- você responde: “Mas você não sabe se eu tenho doenças”. (aluno, 17 anos); “A gente vai prevenir também a gravidez.”(aluna, 14 anos). se alguém falar:- eu não sou homossexual e não uso drogas injetáveis, por isso não preciso me preocupar.- você responde: “Isso não tem nada haver, pois todos corremos o mesmo risco.”(aluna, 16 anos). Também foram discutidos assuntos como preconceitos em relação à sexualidade e opção sexual, sem reforçar a idéia de discriminação. Lembrando que ao serem abordados estes assuntos buscamos integrar este processo de educação à cidadania de cada um do grupo.

Os materiais utilizados nessa oficina foram: Sala ampla, aparelho de som, cd de música, “batata quente” e baralho de negociação.

O objetivo dessa oficina foi vivenciar, junto aos adolescentes, situações de negociação enfatizando os direitos e deveres pessoais e sociais. Ao final dessas atividades percebemos que a maioria dos alunos adquiriu os conhecimentos, os quais foram construídos no processo de ensino aprendizagem, quando suas respostas condiziam com uma atitude consciente. A questão lúdica esteve presente em todas as dinâmicas facilitando a compreensão dos alunos.

A seguir apresentaremos o modelo do baralho de negociação do uso de preservativos

1. Se alguém falar:
 - Camisinha não é natural, me bloqueia.
 - Você responde:
2. Se alguém falar:
 - Ah! você tem uma camisinha você tinha planos de me seduzir!
 - Você responde:
3. Se alguém falar:
 - Não tenho camisinha comigo.
 - Você responde:
4. Se alguém falar:
 - Eu não sou homossexual e não uso drogas injetáveis, por isso não preciso me preocupar.
 - Você responde:

5. Se alguém falar:
 - Não precisamos de camisinha. Sou virgem.
 - Você responde:
6. Se alguém falar:
 - Camisinha! Você está me ofendendo! Pensa que tenho doenças!
 - Você responde:
7. Se alguém falar:
 - Se eu para pra colocar a camisinha perco o tesão.
 - Você responde:
8. Se alguém falar:
 - Morro mais não uso camisinha.
 - Você responde:
9. Se alguém falar:
 - Não transo com você se for de camisinha.
 - Você responde:
10. Se alguém falar:
 - Até você por a camisinha eu já perdia vontade.
 - Você responde:
11. Se alguém falar:
 - Tomo pílula. você não precisa usar camisinha.
 - Você responde:
12. Se alguém falar:
 - Só uma vez! Não faz mal! Já nos conhecemos há tanto tempo.
 - Você responde:
13. Se alguém falar:
 - Só de olhar alguém é o bastante para saber se tem aids. assim porque me preocupar.
 - Você responde:
14. Se alguém falar:
 - Usar camisinha para fazer amor é como chupar bala com papel.
 - Você responde:

A possibilidade de realizar três oficinas em cada turma, apesar de nos parecer no começo pouco tempo, nos permitiu alcançar nossos objetivos, entretanto percebemos a importância da continuidade do trabalho.

Outro objetivo alcançado foi à realização das consultas de enfermagem com os adolescentes que se mostraram interessados, no total de seis consultas específicas com os adolescentes escolares. Estas consultas eram marcadas com antecedência e aconteciam no Centro de Saúde do bairro Agrônômica. Variavam entre atendimentos apenas de caráter educativo até coleta de exames colpocitológicos e encaminhamentos necessários. Apesar de considerarmos “pequena”, a demanda de consultas feitas especificamente com os adolescentes, consideramos que todas foram muito proveitosas. Consideramos a importância de destacar uma consulta realizada com um casal de adolescentes que estudam na mesma turma aonde realizamos as oficinas, além de orientações sobre métodos contraceptivos, foi realizado exame preventivo na adolescente e no adolescente que foi encaminhado por nós à consulta médica afim de realizar exames de sangue.

Vivenciamos nessa consulta momentos inesquecíveis, com as trocas de conhecimentos e experiências que nos permitiu junto ao casal, reflexão acerca da temática proposta naquela consulta. A menina se mostrava frágil, com dores e muitas dúvidas sobre o processo de amadurecimento sexual e seus efeitos e o seu companheiro manteve-se presente e atencioso, preocupado em esclarecer suas dúvidas, assim como as dela também.

Assim desenvolvemos a assistência de enfermagem com êxito, num ambiente propício para a educação em saúde. Além das consultas específicas para os adolescentes escolares pudemos realizar junto com a enfermeira supervisora quinze consultas à saúde da mulher.

8.3 PONTOS CHAVES

Os temas definidos como pontos chaves foram codificados e decodificados a partir do primeiro encontro, os mesmos direcionaram o desenvolvimento das atividades. A partir da constatação destes, foi possível trabalhar de acordo com a realidade de cada um e do grupo como um todo, adequando os saberes que emergiram no decorrer da prática.

Os pontos chaves, descritos por itens, têm a finalidade de apresentar os conteúdos que emergiram e foram desenvolvidos durante os encontros:

- **Gravidez:** Anatomia dos aparelhos reprodutores. Período fértil feminino e masculino. Discussão sobre ciclo gestacional. Responsabilidades na maternidade/paternidade. Vantagens e desvantagens da reprodução.
- **Saúde/Prevenção de Doenças:** Hábitos saudáveis em relação a: alimentação, sono e repouso, higiene e conforto e lazer.
- **DST/HIV/Aids:** conceitos das condições e doenças. Formas de contaminação e prevenção. Preconceito e discriminação às pessoas portadoras e seus conviventes.
- **Métodos Contraceptivos:** Tipos e usos. Vantagens e desvantagens. Conhecimentos populares. Atuações na fisiologia feminina.

8.4 TEORIZAÇÃO

Uma das etapas da metodologia problematizadora é a teorização, esta fundamenta as atividades definidas pelo grupo e permite o aprofundamento dos temas definidos como pontos chaves. A sustentação bibliográfica do tema ocorreu a partir da revisão dos assuntos relacionados aos Direitos Reprodutivos. Oportunizando a busca de hipóteses de solução apontando assim caminhos possíveis para a concretização dos objetivos. A Teorização será descrita como anexo do estudo.

8.5 HIPÓTESES DE SOLUÇÃO

Na expectativa de alcançarmos os objetivos propostos, por muitas vezes nos sentimos frustradas por supor que tudo daria certo. Um exemplo disso foi a tentativa sem sucesso da criação de um grupo de teatro. Ao avaliarmos o fato, percebemos que houve falha no processo de

divulgação. Assim construímos a nossa prática, aprendendo com os erros e aperfeiçoando os acertos, trazendo experiências essenciais para o nosso futuro profissional.

Dentre muitas possibilidades as hipóteses apontadas foram as seguintes:

- Desenvolvimento de atividades educativas, para a troca de informações e experiências.
- Promoção de um ambiente adequado utilizando palavras simples, para que os adolescentes pudessem participar sem constrangimentos e com um nível de entendimento.
- Informação aos adolescentes sobre a realização de consultas específicas e agendamento das mesmas.
- Encaminhamentos dos adolescentes interessados aos serviços e profissionais adequados à demanda existente.
- Utilização de material didático na tentativa de reforçar os conteúdos apresentados.
- Realização das consultas marcadas suprindo necessidades individuais.
- Diálogos incentivando a reflexão e consciência crítica dos adolescentes em relação a temática proposta.

9.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cursar a última fase do curso de graduação de enfermagem e poder desenvolver um projeto assistencial proporcionou-nos reforçar e renovar novos conhecimentos teóricos práticos à cerca da temática, bem como uma visão mais ampla de como atuar na assistência de educação em saúde com adolescentes.

Trabalhar com adolescentes nos trouxe a oportunidade de perceber a magia dessa fase, caracterizada por mudanças físicas e psicológica onde intensas transformações ocorrem. Vivenciamos situações que vão além do que está nos livros e do que ensina a academia. Pôde-se construir uma relação de troca de conhecimentos com os adolescentes, possibilitando desta forma a edificação de um processo educativo mútuo, onde se percebeu desenvolver a metodologia problematizadora. Comprovando assim, que a escola é também um espaço privilegiado para a promoção da saúde num enfoque ampliado, na perspectiva de construção da cidadania e de envolvimento de diversos atores que compõem este universo: adolescentes, estudantes, profissionais de educação, familiares, líderes comunitários e profissionais de saúde.

O estudo fez ainda, perceber que para o atendimento dos adolescentes não há nenhum serviço específico no Centro de Saúde e não existe uma inter-relação entre a escola e o Centro de Saúde. Deparamo-nos com muitas dificuldades, como disparidades sociais, diversidades culturais, os entraves do serviço público de saúde e até mesmo as dificuldades pessoais. Em busca de superar as mesmas adquirimos maturidade pessoal e preparação profissional.

Recorremos constantemente ao referencial teórico de Paulo Freire que quando aplicado à prática trazia mais sentido ao nosso trabalho e nos despertou a cada momento uma visão construtivista trazendo o diálogo como estratégia principal. A partir da realização das atividades educativas na escola, evidenciamos a importância da atuação dos profissionais de saúde na comunidade, em levar informações necessárias acerca da questão da gravidez na adolescência, métodos contraceptivos, Doenças Sexualmente Transmissíveis, HIV/AIDS e outros.

Consideramos o trabalho uma contribuição importante e necessária apesar do pouco período de tempo disponível. Acreditamos na certeza de que o projeto alcançou resultados positivos ao ver o entusiasmo e interesse de cada adolescente nos encontros.

Sabendo-se que junto construímos uma responsabilização quanto aos direitos reprodutivos. Realizando educação para a prática de negociação em torno do exercício satisfatório e saudável da sexualidade. Acarretando a prevenção de agravos que trazem à vida adolescente possíveis sofrimentos. Potencializando o envolvimento dos adolescentes em todas as decisões terapêuticas que dizem respeito à sua saúde/saúde sexual e reprodutiva.

Concluir este trabalho nos traz o sentimento de dever cumprido, de que, o sonho de ser enfermeira, está se realizando, e mais perto, sabemos agora que somos capazes de atuar como tal, estando preparadas para enfrentar os desafios da profissão através do conhecimento adquirido, nessa trajetória.

10. CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

MARÇO

DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB
						01
02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15
16	17 Apresentação da disciplina Reunião c/ orientadora	18 Elaboração do projeto	19 Elaboração do projeto	20 Elaboração do projeto	21 Elaboração do projeto Reunião c/ supervisora e diretor da escola	22
23	24 Reunião c/ orientadora	25 Elaboração do projeto Reunião professores da escola	26 Elaboração do projeto	27 Elaboração do projeto	28 Elaboração do projeto	29
30	31 Reunião c/ orientadora					

ABRIL

DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB
		01 Elaboração do projeto	02 Elaboração do projeto	03 Elaboração do projeto	04 Entrega do projeto á banca	05
06	07 Entrevista c/ a banca	08 Apresentação dos projetos	09 Início do estágio Encontro orientador, alunos e supervisor	10 Reunião professores escola Elaboração do plano de ação	11 Elaboração do plano de ação	12
13	14 Reunião c/ orientadora Revisão teórica	15 Prática assistencial	16 Prática assistencial	17 Elaboração do plano de ação	18 Feriado	19
20	21 Reunião c/ orientadora Revisão teórica	22 Prática assistencial	23 Prática assistencial	24 Prática assistencial	25 Elaboração do plano de ação Reunião c/supervisora	26
27	28 Reunião c/ orientadora Revisão teórica	29 Prática assistencial	30 Prática assistencial			

MAIO

DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB
				01 Feriado	02 Elaboração do plano de ação	03
04	05 Reunião c/ orientadora Revisão teórica	06 Prática assistencial	07 Prática assistencial	08 Prática assistencial	09 Elaboração do plano de ação Reunião c/supervisora	10
11	12 Reunião c/ orientadora Revisão teórica	13 Prática assistencial	14 Prática assistencial	15 Prática assistencial	16 Elaboração do plano de ação	17
18	19 Reunião c/ orientadora Revisão teórica	20 Prática assistencial	21 Prática assistencial	22 Prática assistencial	23 Elaboração do plano de ação	24
25	26 Reunião c/ orientadora Revisão teórica	27 Prática assistencial	28 Prática assistencial	29 Prática assistencial	30 Elaboração do plano de ação Reunião c/supervisora	31

JUNHO

DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB
01	02 Reunião c/ orientadora Revisão teórica	03 Prática assistencial	04 Prática assistencial	05 Prática assistencial	06 Elaboração do plano de ação	07
08	09 Reunião c/ orientadora Revisão teórica	10 Prática assistencial	11 Prática assistencial	12 Término do estágio Reunião c/supervisora	13 Elaboração do relatório	14
15	16 Reunião c/ orientadora Revisão teórica	17 Elaboração do relatório	18 Elaboração do relatório	19 Elaboração do relatório	20 Elaboração do relatório	21
22	23 Reunião c/ orientadora Revisão teórica	24 Elaboração do relatório	25 Elaboração do relatório	26 Elaboração do relatório	27 Elaboração do relatório	28
29	30 Reunião c/ orientadora Revisão teórica					

JULHO

DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB
		01 Elaboração do relatório	02 Entrega do relatório á Banca	03	04 Entrevista com a Banca	05
06	07	08 Apresentação dos relatórios	09 Apresentação dos relatórios	10 Apresentação dos relatórios	11	12
13	14 Reunião c/orientadora	15	16	17 Entrega do relatório	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

11. ANEXO

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O Sistema Único de Saúde – SUS – constitui-se na política nacional de saúde, estabelecida pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pelas Leis Orgânicas de Saúde, cuja execução é de responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal, com a participação da sociedade civil.

“A Constituição Brasileira, ao ser promulgada em 1988, definiu o Brasil como um Estado democrático de Direito, onde determina como Lei: saúde é direito de cada cidadão e é dever do Estado, garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e a recuperação da saúde da população...” (Constituição, 1998, artigo 201). Consolidou-se, então, a implantação e implementação do Sistema Único de Saúde expresso na Lei n.º 8.080 de setembro de 1990 e pela Lei n.º 8.142 de dezembro do mesmo ano, estabelecido pela Constituição.

O SUS é um SISTEMA por que é composto por um conjunto de unidades, serviços e ações voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde prestados por órgãos e instituições públicas e privadas contratadas.

O SUS é ÚNICO por que segue os mesmos princípios e diretrizes em todo o território nacional.

O Modelo Assistencial definido para SC tem como molde de organização o SUS, de caráter público, com gestão descentralizada, comando único em cada esfera da participação dos usuários, e tendo como imagem projetada a figura de pirâmide, com de maior complexidade nos demais níveis.

A Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situados no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltados para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. É a “Porta de Entrada” para os sistemas de saúde.

Os serviços da rede básica de saúde estão classificados em três tipos de unidades, caracterizando um dos elementos da regionalização do atendimento, onde há distribuição dos serviços numa determinada região, levando-se em conta os tipos de serviços oferecidos e sua capacidade de atender a população.

O tipo I é concebido para ser instalado em agrupamentos de população compreendida entre 2000 e 5000 habitantes. As atividades desenvolvidas no tipo I são as mesmas que as do posto de saúde, acrescidas da consulta médica permanente e das de laboratório. Nos grandes centros urbanos poderá ser dispensada a instalação de laboratórios na sua estrutura física, situação em que deverá dispor de unidades laboratoriais estrategicamente localizadas.

“Os Centros de Saúde dos tipos II e III serão instalados, respectivamente, em agrupamentos de população compreendida entre 5000 a 10000 e 10000 a 20000 habitantes.”

Cabe aos Centros de Saúde supervisionar os postos de saúde da sua área programática.

Dependendo das peculiaridades locais, de apoio e referência, os centros de saúde poderão contar com leitos de observação.

No CS – Agrônômica, a organização da Atenção, com base na Lei 8.080, tem como fundamento os princípios do SUS, a seguir referidos:

♦ **Saúde como direito** – a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva.

♦ **Integralidade da assistência** - entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigindo para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.

♦ **Universalidade** – acesso garantido aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

♦ **Equidade** – igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e da saúde de determinados indivíduos e grupos de população.

◆ **Resolutividade** – eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população adscrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais essa população está exposta.

◆ **Intersetorialidade** – desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, potencializando assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos.

◆ **Humanização do atendimento** – responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade e estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população.

◆ **Participação** – democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício de controle social na gestão do sistema.

A operacionalização das Leis Orgânicas da Saúde é feita através de Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB/SUS), editadas pelo Ministério da Saúde, com prioridade de cumprimento dos dispositivos legais para implantação do SUS.

Atualmente está em vigor a NOB 01/96, onde define que a totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada e disciplinados segundo os sistemas municipais de saúde – voltados ao atendimento integral de sua própria população e inseridos de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional. Estabelece, ainda, que as ações desse sistema municipal “tem que estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral” e que “a criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território”.

Assim, os esforços para organização e desenvolvimento da atenção básica devem apontar para o redirecionamento do modelo de atenção, buscando a integralidade da assistência no âmbito de um sistema que é constituído por uma rede hierarquizada e regionalizada e resguardando, sempre, o preceito constitucional da autonomia do município no processo de descentralização e o cumprimento dos demais princípios – universalização, eqüidade, integralidade, intersetorialidade e participação social – que norteiam o Sistema Único de Saúde.

O Modelo de Assistência baseia-se na demanda espontânea, e através dos Programas desenvolvidos no CS II, quais sejam: PSF, PACS, SISVAN, Saúde da Mulher, Diabetes e Hipertensão.

O CS – Agrônômica, possui lacunas na Organização da Política Assistencial, onde a maior parte dos elementos encontra-se desestruturados, baseando-se única e exclusivamente nos propósitos que o Ministério da Saúde delimita para a Atenção Básica de Saúde, enquanto integrante do SUS.

Assim, a falta dos componentes básicos da política assistencial (filosofia própria, objetivos, método de assistência, avaliação da assistência prestada e auditoria) prejudica os usuários, que deixam de receber uma assistência mais organizada, interferindo num planejamento melhor elaborado.

PROGRAMAS

PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS):

Este programa foi criado pelo Governo Federal por meio do Ministério da Saúde. O programa do PACS prioriza a valorização da família e comunidade, bem como sua participação ativa na prevenção de doenças e promoção da saúde. Os agentes comunitários desenvolverão suas ações nos domicílios de sua área de responsabilidade e junto à unidade para programação e supervisão de suas atividades. Os agentes comunitários de saúde vão atuar na comunidade estabelecendo um elo de ligação entre a população e o Centro de Saúde, eles devem ser moradores na comunidade, no mínimo dois anos, onde irão atuar.

ATRIBUIÇÕES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

- Realizar mapeamento de sua área de atuação.
- Cadastrar e atualizar as famílias de sua área.
- Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco.
- Realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade.
- Coletar dados para análise da situação das famílias acompanhadas.
- Desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças.
- Promover educação em saúde e mobilização comunitária visando uma melhor qualidade de vida mediante ações de saneamento e melhorias do meio ambiente.
- Incentivar a formação dos conselhos locais de saúde.
- Orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde.
- Informar aos demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades.
- Participação no processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de abrangência da unidade de saúde da família.

Os ACS são escolhidos a partir de uma prova escrita e uma entrevista onde são avaliadas sua experiência e participação em ações comunitárias.

O treinamento do ACS ocorre no próprio município. O responsável pela capacitação é um enfermeiro, que atua como instrutor/supervisor. Além de treinar os agentes, ele também acompanha sua atuação e reorienta as ações de acordo com as necessidades constatadas. É obrigação da prefeitura contratar este enfermeiro.

Para que o PACS possa ser implantado o município precisa atender alguns requisitos, como:

- × Conselho Municipal de Saúde, que participa das discussões sobre a adesão ao programa.
- × Profissional enfermeiro lotado na unidade básica de referência dos ACS, na proporção de 01 enfermeiro para no máximo 30 ACS.

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Criado em 1994 pelo Ministério da Saúde com o principal objetivo de reorganizar a saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde mais próxima à família, melhorando a qualidade de vida da população.

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua e foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Em janeiro de 1994 foram implantadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários.

ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE

Médico: atende a todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade, desenvolve com os demais integrantes da equipe ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população.

Enfermeiro e auxiliar de enfermagem: participam das ações de assistência básica e de orientação sanitária e supervisionam o trabalho dos agentes comunitários de saúde.

Agente Comunitário de Saúde: faz a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando a cada domicílio pelo menos uma vez por mês, realiza o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimula a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida.

Cada equipe é capacitada para conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas, identificar os principais problemas de saúde e situações características sociais, demográficas e epidemiológicas, identificar os principais problemas de saúde e situações de risco.

A implantação do Programa de Saúde da Família depende, antes de tudo, da decisão política da administração municipal, que deve submeter a proposta ao Conselho Municipal de Saúde e discutir o assunto com as comunidades que serão beneficiadas.

O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde estão empenhados em dar todo o apoio à elaboração do projeto e à sua implantação, que começa com estas etapas:

- ✓ Identificar as áreas prioritárias para a implantação do programa.
- ✓ Mapear o número de habitantes em cada área.
- ✓ Calcular o número necessário de equipes e de agentes comunitários necessários.
- ✓ Adequar espaços e equipamentos para a implantação e o funcionamento do programa.
- ✓ Solicitar formalmente a Secretária Estadual de Saúde a adesão do município ao PSF.
- ✓ Selecionar, contratar e capacitar os profissionais que atuarão no programa.

O Centro de Saúde Agrônômica conta com 02 (duas) equipes de PSF e (03) três PACS, sendo dirigidos por três enfermeiros. Cada PSF conta com 13 Agentes, responsáveis por aproximadamente 300 famílias .

SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – SISVAN

É um programa que visa o acompanhamento de estado nutricional de todas as crianças com idade entre 0 e 5 anos, que freqüentam a rede municipal de saúde e também de todas as gestantes que fazem o pré-natal na rede municipal de saúde.

Para avaliação nutricional das crianças, utiliza-se a relação peso para a idade, sendo que o instrumento utilizado é o cartão da criança.

A criança com sobrepeso é encaminhada à consulta de pediatria para avaliação clínica e bioquímica. A criança com baixo peso é encaminhada para avaliação clínica e bioquímica e cadastrada no programa de suplementação alimentar.

A avaliação nutricional das gestantes é feita através da relação peso para altura e idade gestacional, sendo que as que estejam com baixo peso são encaminhadas ao programa de suplementação alimentar.

Atualmente a Prefeitura Municipal de Florianópolis possui os seguintes programas de suplementação alimentar:

- Programa do leite
- Programa hora de comer
- Programa de suplementação alimentar para crianças e gestantes soropositivas.
- Programa de leites especiais.

Programa do Leite

Atende ao grupo de crianças na faixa etária de 6 meses a 2 anos de idade detectadas como em risco nutricional (percentil < que 10 da tabela do NCHS- peso/idade) e gestantes com baixo peso. As crianças e gestantes devem passar por acompanhamento médico e antropométrico mensal, devendo estar com calendário de vacinas em dia.

Cada criança receberá mensalmente 3,6 Kg de leite integral e uma lata de óleo de soja; e as gestantes 1,8 Kg de leite integral.

As crianças que entram no programa antes de 1 ano, são desligadas do mesmo ao completar 2 anos. Aquelas que entram com idade superior a 1 ano, permanecerá no programa por um período de, pelo menos 1 ano. As gestantes são desligadas após o nascimento do bebê.

Programa Hora de Comer

Atende crianças com baixo peso ($PPI < 10$) na faixa etária de 2 a 6 anos de idade, visando a recuperação das carências nutricionais.

As crianças cadastradas passam por uma avaliação antropométrica mensal e consulta clínica mensal, além disso, a mãe deve participar de reuniões educativas mensais.

Há entrega de uma cesta nutricional mensal para cada criança contendo os seguintes alimentos: Açúcar, aveia, amendoim, arroz, biscoito, frango, furtas, feijão, gelatina, leite, trigo, margarina, óleo, ovos, sal, verduras e macarrão.

A criança é desligada do programa ao recuperar o peso normal, sendo que ainda recebe a cesta por 2 meses após ter alcançado o peso. Crianças com sobrepeso o desligamento é imediato.

Segundo informações dos profissionais de saúde do CS II Agrônômica, o grupo considera o Programa Hora de Comer uma iniciativa válida, para atender às famílias com crianças desnutridas desde que não seja uma ação isolada. Faz – se necessário a presença de ações governamentais conjuntas, envolvendo vários setores da sociedade. Tendo em vista, que a cesta básica fornecida as famílias cadastradas, em muitos casos, acaba sendo uma fonte nutricional não apenas da criança desnutrida, mas de toda família. Isto acontece em função dos pais serem desempregados e até mesmo, por uma certa comodidade que o próprio programa pode causar, pelo fato de ser essencialmente assistencial; ou seja, fornece o alimento, sem promover ações que estimulem e conscientizem os pais ou responsáveis em buscar formas de se inserir no mercado de trabalho (por meio de cursos ou oficinas de capacitação, por exemplo). Pois, não trabalham a complexa dinâmica existente entre os fatores envolvidos. Percebe-se também, que o governo municipal utiliza esse programa como forma de se autopromover (*marketing* eleitoral), por que só ressalta a distribuição, mas não fala sobre a permanência das famílias no Programa (há casos de 07 anos de vinculação); que muitas famílias não tem interesse em que a criança ganhe peso pois perderiam, talvez, a única fonte de alimento; por exemplo. Encontramos uma estrutura viciada, onde os próprios profissionais de saúde acabam se moldando à política assistencialista e reproduzindo o Modelo, que em algum dia no passado talvez foram capazes de criticar.

Programa de Suplementação Alimentar para crianças e gestantes Soropositivas

Atende crianças de 6 a 18 meses, filhas de mães soropositivas, independente da criança ser soropositiva, através da doação de uma cesta nutricional, e crianças de 0 a 6 meses filhas de mães soropositivas através da doação de 10 a 14 latas de leite NAN.

Caso a criança apresente baixo peso, poderá ser incluída também no programa do leite.

Programa Leites Especiais

Atende crianças lactentes com distúrbios nutricionais específicos como: alergia a proteína do leite de vaca, intolerância á lactose, perda gastrintestinal de sangue, síndrome diarréico, síndrome de má absorção e desnutrição.

PLANEJAMENTO FAMILIAR:

Pré-Natal

Tem o objetivo de prevenir complicações durante a gravidez e garantir o atendimento da gestante e sua família durante o processo gravidez-parto-puerpério.

Deve ser garantido o registro da gestante em prontuário, contendo ficha perinatal, ficha de evolução e o cartão da gestante, no primeiro contato com o CS.

Os profissionais envolvidos na consulta de enfermagem são:

Clínico geral e enfermeiro: de forma alternada na assistência ao pré-natal de baixo risco.

Gineco-obstetra: na assistência ao baixo e alto risco.

O total de consultas deve ser no mínimo 6, iniciando o mais precoce possível, com intervalos de quatro semanas até a 38ª semana de gestação e a partir daí, quinzenal ou semanalmente até o prazo de gestação: 42 semanas

Puerpério

O atendimento a puérpera constará de duas consultas garantidas:

A primeira entre o 7º e o 10º dia pós-parto, que deverá ser realizada pelo enfermeiro ou clínico geral.

A Segunda consulta no 45º dia pós-parto, realizada pelo ginecologista ou clínico geral.

Assistência ginecológica

O clínico geral do CS deve atender as intercorrências mais comuns em ginecologia, nos casos de maior complexidade (patologia cervical, ectopia, mastologia, etc), deve encaminhar ao ginecologista do CS de sua área de referência.

Os casos de DST/Aids poderão ser encaminhados ao ambulatório de DST/Aids do CSII Centro.

Assistência ao Planejamento Familiar

Em 1986 o governo implantou a política do Planejamento Familiar onde o INAMPS e o Ministério da Saúde adicionaram medidas como a fabricação e comercialização do DIU, os anticoncepcionais passaram a ser distribuídos pela Central de Medicamentos.

Tem o objetivo de preparar adequadamente para a maternidade e paternidade, de modo consciente e digno, podendo assim o casal escolher o momento mais adequado para ter um filho.

Os métodos contraceptivos mais utilizados são:

- Método do muco.
- Pílula.
- Preservativo masculino.
- Diafragma.
- DIU.
- Espermicidas.
- Coito interrompido.
- Vasectomia.
- Ligação tubária.
- Amamentação.

Compete a equipe do CS:

Ações educativas e informativas sobre o planejamento familiar, avaliação do método mais adequado e sua prescrição.

Gineco-obstetra: assistência ao planejamento familiar à população de sua referência, incluindo avaliação clínica e prescrição dos métodos.

Consultas de enfermagem:

Orientar e acompanhar os pacientes que optaram pelo método natural ou camisinha.

Esclarecimento sobre os métodos contraceptivos

Registrar orientações e observações no prontuário.

Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino e de Mamas:

Compete a cada CS realizar, anualmente, na sua área de abrangência, a coleta do exame preventivo do câncer cérvico-uterino e o exame de mamas, na população feminina maior de 18 anos ou após o início da atividade sexual.

A equipe responsável pela coleta inclui o gineco-obstetra, o clínico geral, o enfermeiro e o técnico de enfermagem.

A primeira consulta a enfermagem realiza, e agendando nova consulta para o fornecimento do exame, em caso de alterações.

Realizar a busca ativa em casos de resultados alterados, de pacientes que não vierem ao CS no prazo.

SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Atualmente as descobertas na área de saúde estão cada vez maiores. Muitas das enfermidades com as quais convivemos poderiam ser evitadas se tivéssemos alimentação mais regrada e de qualidade. O nosso modo de vida muitas vezes nos obriga a fazer refeições rápidas, mas isso não deve significar refeições pobres.

Para termos uma vida mais saudável, necessitamos de uma dieta balanceada, mas a grande dúvida é: como combinar os alimentos e onde achar todas as classes, como vitaminas, sais minerais, proteínas e várias outras?

Combinando, pelo menos, 2 a 3 tipos de alimentos energéticos e reguladores e um tipo de proteína, garantimos uma alimentação equilibrada e saudável. Basicamente, precisamos de

substâncias que nos forneçam energia: como os cereais em grãos (arroz integral, trigo e aveia), mel, melado ou rapadura; massas (pães, bolos, batata doce e mandioca) e óleos (creme de leite, azeitona, gordura vegetal, coco e amendoim).

Nosso organismo também sintetiza algumas substâncias e para tanto necessitamos de proteínas que podem ser retiradas da soja, lentilha, grão-de-bico, azeite, gérmen de trigo, levedo de cerveja, leite e derivados, ovos, semente de abóbora e, é claro, da carne de uma maneira geral. E por fim precisamos de substâncias que irão regular e fortalecer nosso organismo como vitaminas, minerais e água, as quais podemos retirar de frutas, verduras e legumes.

- Vitamina A: leite, manteiga, creme de leite, queijos gordurosos, ovos, alface, couve, espinafre, cenoura, tomate, batata doce, damasco, manga, pêsego, ameixa e goiaba.
- Vitamina B1: levedo, gérmen de trigo, trigo e cereais leguminosos, ervilha, vagem e feijão, espinafre, couve, nabo, couve-flor e batata.
- Vitamina B2: leite, creme de leite, queijo, ovos, feijão, ervilha e levedo.
- Vitamina B5: levedo, gérmen de trigo, trigo integral.
- Vitamina B6: leite, cereais integrais, gérmen de trigo, farelo, arroz, levedo, legumes e verduras.
- Vitamina B12: levedo, cereais integrais, ovos e leite.
- Vitamina C: cajú, laranja, limão, goiaba, abacaxi, mamão, brócolis, quiabo, salsa e manga.
- Vitamina D: gema de ovo, leite de vaca.
- Vitamina E: alface, espinafre, agrião, ovos, carnes, peixes, óleos vegetais.
- Vitamina K: alfafa, espinafre, couve.

O organismo necessita também de atividade física regular. Não existe sentido em fazer um exercício exagerado e ter como consequência dores lombares ou uma lesão no joelho. Pacientes

mais idosos devem caminhar pelo menos 1500 metros ao dia; faça outros tipos de exercício, se preferir. Também nos grupos de maior idade os exercícios aeróbicos leves são os mais recomendados, e ainda a natação e a dança.

Fumar e beber muito são fatores importantes para o surgimento de doenças dos pulmões, coração e circulação, câncer, acidentes automobilísticos, e acidentes domésticos. As drogas são capazes de levar a dependências que podem acabar por levar à deterioração física e mental da pessoa.

Mantenha o cérebro ativo tanto quanto seu corpo. Atividades que envolvam a ajuda às pessoas (trabalho social) pode dar sentido à vida, e ajudar a preencher a solidão e a combater a depressão

ORIENTAÇÃO ESPECÍFICA SOBRE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS:

CONTRACEPÇÃO ORAL HORMONAL (CO) ou PÍLULA CONTRACEPTIVA

TIPOS:

Combinado: Contém estrogênio e progestativo e pode ser monofásico ou trifásico.

Progestativo: Contém só um progestativo.

VANTAGENS

CO Combinado

- Elevada eficácia contraceptiva.
- Não interfere com o coito.
- A fertilidade **não** é alterada após a interrupção da pílula.
- Regulariza os ciclos menstruais.
- Melhora a tensão pré-menstrual e a dismenorrea.
- Diminui o risco de DIP. (Doença Inflamatória Pélvica).

- Reduz em 50% o risco de cancro do ovário e do endométrio
- Melhora a doença fibroquística da mama. Diminui a incidência de quistos funcionais do ovário e a doença poliquística do ovário.

CO Progestativo

- Elevada eficácia contraceptiva.
- Pode ser utilizadas em algumas situações onde os estrogéneos estão contraindicados.

INDICAÇÕES

CO Combinado - Se se pretende:

- Um método muito eficaz.
- Obter outros benefícios além do contraceptivo, por exemplo, alívio da dismenorrea.

CO Progestativo

- Se há contra-indicações para os estro-géneos e se pretende um **CO**.

CONTRA-INDICAÇÕES

ABSOLUTAS

- Gravidez.
- Neoplasia hormonodependente.
- Hemorragia genital anormal sem diagnóstico conclusivo.
- Tumor hepático ou doença hepática crónica.
- Icterícia colestática na gravidez.
- AVC, doença arterial cerebral ou coronária, tromboflebite e doença pre-dispondo a acidentes trombóticos.
- Tabagismo com idade >35 anos.

RELATIVAS

- Sujeitar as utilizadoras da pílula, nas situações referidas, a um controlo periódico cuidadoso.

- A existência de duas ou mais contra-indicações relativas pode transformar a situação em contra-indicação absoluta.

- Diabetes mellitus.

- Hipertensão.

- Hiperlipidémia.

- Depressão grave.

- Epilepsia e outras doenças cuja terapêutica possa interferir com a pílula.

- Cefaleia grave, tipo enxaqueca.

- Varizes acentuadas (por maior risco tromboembólico).

EFEITOS COLATERAIS

Náusea e vômitos - São comuns nos primeiros dias, mas rapidamente desaparecem.

Alteração do peso - Pode ocorrer sem variações significativas.

Mastodínia - É comum um aumento da tensão e sensibilidade mamária, que desaparecem com a continuidade do uso. Qualquer nódulo ou tumefacção limitada deve ser correctamente avaliada.

Alteração do fluxo menstrual - Com os CO francamente doseados é comum verificar-se uma diminuição na quantidade e duração do fluxo. Pode mesmo surgir, eventualmente, amenorreia sem significado patológico; nestas situações, há que excluir a existência da gravidez.

"Spotting" - Não são raras pequenas perdas de sangue ao longo dos primeiros ciclos dos CO combinados e que desaparecem espontaneamente. Se permanecer por vários ciclos, pode-se mudar para outra pílula com dosagem superior de estrogéneo.

Com a pílula progestativa, as irregularidades do ciclo são comuns e não têm significado patológico.

Depressão - A maioria das utilizadoras sente-se mais tranquila e confiante porque liberta do receio duma gravidez. No entanto, se se estabelecer uma relação entre o aparecimento da depressão e a pílula, deverá sercolhido outro método.

A mulher deve ser claramente informada sobre a possibilidade do aparecimento das alterações acima referidas e a sua importância deve ser minimizada; só assim, ela se sentirá tranquila e não suspeitará do método.

DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)

TIPOS

Dispositivos com polietileno - inertes - Lippes Loop.

Dispositivos com cobre - activos - Gravigard, Gine-T, Multiload, Nova-T.

EFICÁCIA: 1 a 4 gravidezes em 100 mulheres / ano.

VANTAGENS

- Uma vez colocado, a ação do DIU não depende da mulher; assim a sua eficácia teórica é muito semelhante à eficácia prática.
- Não interfere no ato sexual.
- Não tem efeitos sistêmicos.
- Requer um único ato de motivação para um efeito de longa duração.

- Pode permanecer no útero por muitos anos: os inertes, até após a menopausa, e os com cobre de 6 a 8 anos.

INDICAÇÕES

- Mulheres que tiveram filhos.
- Mulheres que se esquecem com frequência de tomar a pílula.
- Mulheres cujos companheiros estão ausentes por longos períodos (emigrantes, marinheiros, etc.).
- Nulíparas que não são capazes ou não podem utilizar outro tipo de contracepção.

CONTRA-INDICAÇÕES

ABSOLUTAS

- Gravidez
- DIP ativa ou episódios recorrentes.
- Qualquer hemorragia uterina anormal cujo diagnóstico não foi estabelecido.
- Suspeita de neoplasia genital.
- Anomalias de cavidade uterina.
- Doentes imunodeprimidas.
- Alergia ao cobre (rara) e doença do Wilson (para DIU com cobre)

RELATIVAS

- Gravidez ectópica anterior.
- Menorragia; o DIU pode aumentar a quantidade de sangue perdida na menstruação.
- Anemia.
- Um único episódio de DIP; ponderar o risco de reinfeção.

- Infecções cervico-vaginais: tratar antes da inserção. A erosão simples do colo não é contra indicação.
- Fibromas uterinos; não são contra-indicação desde que não deformem a cavidade, não provoquem hemorragia.
- Nulidade. Avaliar risco/benefício.
- Doença cardíaca valvular. Se se opta pela inserção, ela deve ser feita sob cobertura antibiótica.
- Medicação habitual com corticoesteróides sistémicos.

EFEITOS COLATERAIS

Dor pélvica. Pode ocorrer no momento e durante alguns dias após a colocação. Dor intensa e persistente deve levar à extracção do DIU.

"Spotting" Hemorragia irregular ou "spotting" pode ocorrer nos primeiros meses após a colocação e desaparece com o tempo.

Menstruações mais abundantes. É vulgar um aumento do sangue perdido ou do número de dias de fluxo menstrual.

Corrimento vaginal. Devido a um aumento da secreção mucóide o que não tem significado patológico.

COMPLICAÇÕES

Expulsão - Ocorre com mais frequência nos 3 primeiros meses após a colocação e resulta, geralmente, numa inserção baixa do DIU. A expulsão pode ser total ou parcial e provoca dores ligeiras e hemorragia intermenstrual. A taxa de expulsão diminui com a idade, paridade e meses de utilização.

Infecção pélvica - Ocorre em cerca de 2% das utentes e geralmente deve-se à pouca assépsia no momento da inserção ou DTS adquirida pela mulher e que a presença do DIU facilita a ascensão pélvica. São sintomas: dor ou sensibilidade pélvica, corrimento vaginal, perda

anormal de sangue e febre. O tratamento habitual é com antibiótico de largo espectro. Se o quadro não melhorar ao fim de 48 horas de tratamento, retirar o DIU.

Gravidez - confirmada a existência de gravidez intra-uterina, e se se pretende que ela evolua, deve extrair-se o DIU o mais precocemente, o que é simples, se os fios forem visíveis. Se os fios não são visíveis deixa-se o DIU "in situ" e a gravidez deve ser considerada de risco. A gravidez pode evoluir normalmente com DIU, mas há maior risco de aborto espontâneo, hemorragia, amnionite e parto pré-termo. Não há evidência de maior risco de malformações congênicas.

PRESERVATIVO MASCULINO

EFICÁCIA : 5-10 gravidezes em 100 mulheres / ano.

VANTAGENS

- Protecção contra doenças transmitidas sexualmente.
- Ausência de efeitos sistémicos.

DESVANTAGENS

Se não for usado correctamente, pode rasgar durante o coito ou ficar retido na vagina.

ACONSELHAMENTO

- Abrir a embalagem com cuidado.
- Colocar o preservativo no início do acto sexual, com o pénis em erecção;
- Retirar todo o ar da ponta;
- Não deve haver penetração sem preservativo.
- Retirar logo após a ejaculação.
- Utilizar uma única vez.

- Utilizar preservativos com depósito na extremidade. Conservá-los ao abrigo do calor.

PRESERVATIVO FEMININO

EFICÁCIA

Cerca de 10 gravidezes em 100 mulheres / ano.

VANTAGENS

- Proteção contra as doenças transmitidas sexualmente.
- Ausência de efeitos sistêmicos.
- Pode ser colocado em qualquer momento antes da penetração do pênis; também não é necessária a retirada imediata do pênis após a ejaculação.
- É mais resistente que o preservativo masculino.

DESVANTAGEM

- Dificuldade na utilização.

ACONSELHAMENTO

Segurar no preservativo estreitamento o anel interior com os dedos indicador e polegar. Com a outra mão afastar os pequenos lábios enquanto introduz o preservativo profundamente na vagina; assegurar-se que o anel exterior permanece fora da vagina, cobrindo os pequenos lábios. Utilizar uma única vez.

DIAFRAGMA

EFICÁCIA: 15 gravidezes em 100 mulheres / ano.

VANTAGENS

- Diminuição do risco de DIP.
- Não tem efeitos sistêmicos.
- Não interfere com o acto sexual.

CONTRA-INDICAÇÕES

- Cistocelo, rectocelo, prolapso uterino.
- Fístulas ou lecerações vaginais.
- Alergia à borracha ou ao espermicida.
- Relutância em tocar os órgãos genitais.

ESCOLHA DO DIAFRAGMA

- Através do exame ginecológico.
- Diferentes etapas:

Introduzir os dedos indicador e médio na vagina até que a extremidade do dedo médio toque o fundo do saco posterior; assinalar o ponto no qual o dedo indicador toca o bordo inferior da sínfise púbica. A distância entre este ponto e a extremidade do dedo médio, menos de 1 cm, corresponde ao diâmetro do diafragma, que convertido em mm, dará o número do diafragma.

Esta medida deverá ser reavaliada após o parto, cirurgia pélvica, ganho ou perda de peso acentuada.

ACONSELHAMENTO

A mulher deve pegar no diafragma com uma das mãos, estreitando o aro com os dedos indicador e polegar.

Com a outra mão afasta os pequenos lábios enquanto introduz o diafragma na vagina.

O diafragma é empurrado ao longo da parede posterior da vagina, de modo que a sua extremidade anterior (ao nível do orifício vulvar) fique de encontro à parede posterior da sínfise púbica. O aro do diafragma deve tocar as paredes vaginais laterais.

O diafragma deve cobrir o cérvix e não deve causar qualquer incomodo. Deve-se pedir para inserir o diafragma antes de voltar a casa, e certificar-se de que está corretamente colocado.

Aconselha-se a colocação de um espermicida à volta do aro e no interior do diafragma antes de cada utilização.

Não retirar o diafragma antes de 6 a 8 horas após a relação sexual, nem efetuar irrigações nesse período.

O diafragma poderá permanecer colocado até 24 horas e não mais, devido à possibilidade de ocorrência de infecções. Após a sua utilização deverá ser lavado e seco.

Antes de colocar o diafragma verificar o seu estado de conservação.

ESPERMICIDAS

TIPOS: Cremes - Geleias - Espumas - Cones e Comprimidos Vaginais.

EFICÁCIA: Quando utilizados isoladamente 20 a 30 gravidezes em 100 mulheres / ano.

ACONSELHAMENTO

- Introduzir o espermicida profundamente na vagina.
- O intervalo entre a aplicação do espermicida e a relação sexual não deve ultrapassar os 20 a 30 minutos.
- Uma aplicação adicional de espermicida deverá ser utilizada sempre que ocorra nova relação.
- Ler atentamente as instruções de uso que acompanham cada produto específico.
- Duches vaginais não deverão ser efectuadas nas 6 horas seguintes ao acto sexual.

PERÍODO DE ABSTINÊNCIA

MÉTODO DO CALENDÁRIO

O óvulo vive em média 24 horas e o espermatozóide cerca de 72 horas.

Considerando estes dois dados, e considerando a duração dos ciclos anteriores (idealmente 12 ciclos), pode-se calcular o período fértil, por subtração de 11 dias ao ciclo mais longo e de 18 ao dia mais curto.

O período de abstinência corresponde ao período fértil.

Exemplos:

1. mulher com ciclo regular de 28 dias

$$28 - 11 = 17$$

$$28 - 18 = 10$$

o período fértil será entre o 10º dia e o 17º dia do ciclo, inclusive.

2. Mulher com ciclos menstruais entre 25 e 30 dias

$$25 - 18 = 7$$

$$30 - 11 = 19$$

O período fértil será do 7º ao 19º dia do ciclo, o que corresponde ao período de abstinência entre o 7º e o 19º dia inclusive.

MÉTODO DAS TEMPERATURAS BASAIS

A temperatura basal do corpo varia ao longo do ciclo menstrual, sendo mais elevada após a ovulação.

A subida da temperatura basal do corpo, a meio do ciclo, é precedida de uma nítida descida que corresponde à ovulação. Em muitos casos a subida é abrupta, noutros, leva 4 a 5 dias a estabilizar.

Após 3 dias da temperatura se manter elevada, foi ultrapassado o período fértil, e poderão ocorrer relações sexuais.

EFICÁCIA: 15 a 20 gravidezes em 100 mulheres / ano.

ACONSELHAMENTO

- Medir temperatura diariamente, durante 3 a 4 minutos, utilizando sempre o mesmo local (boca, vagina).

- Essa medição deverá ser feita de manhã, quando a mulher ainda não teve qualquer actividade e após, pelo menos, 4 a 5 horas de repouso.
- Registrar de imediato a temperatura num gráfico.
- Alertar para sintomatologia que possa justificar alterações na temperatura.
- Registrar igualmente alterações do fluxo menstrual, dores, etc.

MÉTODO DO MUCO CERVICAL

O muco cervical aumenta de volume e viscosidade durante o período ovulatório. O período fértil é suposto ter início no 1º dia em que se observam as alterações do muco. Este período poderá durar 7 a 14 dias.

Os dias subsequentes a 3 dias sem muco, são considerados inférteis.

EFICÁCIA: 15 a 40 gravidezes em 100 mulheres / ano.

ACONSELHAMENTO

- Observar diariamente o muco cervical, retirando-o da vagina com 2 dedos.
- A característica do muco no período infértil é a pouca elasticidade quando distendido entre 2 dedos.

No período fértil a elasticidade pode atingir os 15 a 20 cm.

É da observação diária do muco, e da evolução destas características que a mulher poderá identificar o seu período fértil.

Com frequência a existência de corrimento vaginal devido a infecção cervical ou vaginal, pode levar a uma interpretação incorreta do muco

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ABRAMOVICH, Fanni. **Ritos de passagem de nossa infância e adolescência**. São Paulo: Ed. Sumus, 1985.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, **Adolescer. Compreender Atuar Compreender**. Brasília-DF.2001.
- CALDART, Maurício. **Educação e saúde através da mídia: articulação de uma comunidade e rádio local**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 2001
- COELHO, HELENO, PROCHNOW. **Eu educo, você me educa: juntos em busca de um cuidado humanizado às crianças de 0 à 5 anos e suas famílias inseridas nas estratégia na saúde da família num bairro no município em Florianópolis**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 2001
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa**. São Paulo. Ed. Paz e Terra. 1996
- _____. **Pedagogia da esperança. Um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- MACCARINI, QUARAZEMIM. **Planejamento Familiar. Assistência fundamentada na teoria do auto cuidado de Dorotheia E. Orem utilizando a metodologia problematizadora junto a comunidade de Vila Manaus- Criciúma-SC**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 2001
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Manual de Bolso. Brasília-DF.2000
- SILVA, ANDRADE. **A enfermagem trabalhando o processo educativo em saúde com adolescentes escolares**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994
- TRAMONTINA, ZANINI. **Construindo uma consciência coletiva voltada para a prevenção de acidentes na infância: uma proposta baseada na educação em saúde**. Florianópolis, 2002. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.
- TIBA, Içami. **Puberdade e adolescência. Desenvolvimento Biopsicossocial**. São Paulo.
- WALDOW, LOPES, MEYER. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto alegre: artes Médicas, 1995.

13. PARECER DO ORIENTADOR