

RELAÇÃO ENTRE OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NA REDE BÁSICA E OS ÍNDICES DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

HEALTHCARE PATTERNS IN THE NATIONAL HEALTH SERVICE AND RELATIONSHIP WITH RATES OF TEENAGE PREGNANCY

Giséle Ribeiro Stacowski¹, Ana Cecília Bastos Stenzel²

RESUMO

Este estudo objetiva analisar as possíveis relações entre o índice de gravidez na adolescência e o(s) modelo(s) de atenção à saúde vigente(s) na rede básica de Santiago (RS), visando subsidiar a proposição de alternativas de intervenção. Trata-se de pesquisa qualitativa, com entrevistas realizadas junto a profissionais de saúde e da educação da rede pública do município, que atuam diretamente com adolescentes e/ou com ações de planejamento familiar, e também a adolescentes gestantes que frequentam os serviços de saúde da rede municipal. Na análise, os dados foram agrupados em eixos temáticos, com base no referencial teórico. Como resultado, foi possível compreender a lógica das ações de saúde que o município disponibiliza com relação à prevenção da gravidez na adolescência: são ações de cunho centralizantes, não resolutivas e sustentadas em modelos de atenção tradicionais. Estes elementos propiciaram reflexões e considerações acerca do fazer na atenção básica e da importância de repensar como os processos de gestão de sistemas e serviços de saúde legitimam estes modelos de atenção não resolutivos para os problemas da comunidade, como o caso da gravidez na adolescência.

Unitermos: Gravidez na adolescência, modelo de atenção, parcerias interinstitucionais.

ABSTRACT

This study aims at analyzing the possible relationships between the rates of teenage pregnancy and the healthcare patterns of the primary healthcare system in the municipality of Santiago, state of Rio Grande do Sul, so as to provide support for the proposal of intervention alternatives. This qualitative research study carried out interviews with healthcare and education professionals from the public sector of the municipality who work directly with adolescents and/or in family planning projects, in addition to teenage pregnant girls who attend the primary healthcare service. In the analysis, data were grouped in thematic axes, based on the published literature. As a result, it was possible to understand the logic of the healthcare practices of the municipality in what concerns the prevention of teenage pregnancy: centralized, non-solving practices, based on traditional care patterns. These elements gave rise to reflections and considerations about what should be done in the primary healthcare system and about the importance of rethinking how the management processes of healthcare systems and services legitimate these non-solving care patterns for the problems of the community, such as the case of teenage pregnancy.

Key words: Teenage pregnancy, care pattern, interinstitutional partnership

¹ Especialista em Gestão em Saúde, enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Santiago, RS.

² Mestre em Saúde Coletiva, professora colaboradora da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS.

Correspondência: Giselle Ribeiro Stacowski, Rua Flores da Cunha, 1277, Centro, 97700-000, Santiago, RS. Fone: (55) 251-3067/9975-2944. E-mail: giselle@santiagonet.com.br.

INTRODUÇÃO

De acordo com dados do Sistema de Informações de Nascimentos (SINASC) do Ministério da Saúde, no quadriênio 1999-2003, 28% dos partos ocorreram em menores de 18 anos, com 49,1% dessas gestações sendo indesejadas (1-4).

Há um grande número de publicações sobre o tema da gravidez na adolescência, que vinculam esse problema a diversos fatores, como baixo nível de escolaridade, associado à baixa condição socioeconômica; início precoce da vida sexual, associado ao aumento da liberdade sexual dos jovens; influência e/ou estímulo da mídia; e causa familiar, com falta de diálogo, violência doméstica e assim por diante (5,6).

A diminuição da idade da menarca no decorrer dos últimos 50 anos tem sido apontada como uma das causas principais, bem como a iniciação sexual cada vez mais precoce, apresentando no Brasil variações regionais e entre áreas urbanas e rurais (5). Os estudos com adolescentes evidenciam o despreparo destes jovens para evitar uma gravidez não planejada (6).

Em um país de grande heterogeneidade cultural, social e regional como o Brasil, o discurso em torno da “adolescente grávida” é usualmente regulador e moralista, colocando as jovens mulheres como culpadas da própria ignorância ou inconseqüência. O fato é que a experiência da gravidez afeta, de modo profundo e completo, a vida das mulheres que a vivenciam, assumindo um significado especial quando ocorre entre os 10 e 19 anos, em uma fase de intensas modificações de ordem física e emocional. Quando a gravidez ocorre durante a adolescência, o que acontece em todos os estratos sociais, exige dos jovens responsabilidades e comportamentos que, na maioria das vezes, não estão preparados para assumir, devendo ser tomada como um problema institucional inclusive em função dos agravos que estão associados a essa população tão vulnerável (7).

Na concepção de Cano & Ferriani (8), a sexualidade é um assunto que deve ser discutido e debatido entre os pais, educadores e profissionais da saúde, com o objetivo de encontrar a melhor forma de esclarecer e orientar os adolescentes para uma iniciação sexual mais tardia, de forma que os mesmos tenham responsabilidade e auto-estima, praticando o sexo com segurança. Para Graña (7), a gravidez na adolescência está associada com a necessidade de auto-afirmação, porém, trazendo o desejo de realização profissional.

De acordo com Paim (9-11), os modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais podem ser definidos genericamente como combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades

de saúde individuais e coletivas. Um modelo de atenção não é simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde, nem tampouco um modo de administrar (gerir ou gerenciar) um sistema de saúde, mas deve ser entendido como formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários), mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

Já para Raggio & Giacomini (12), um modelo de saúde pode ser entendido como um conceito com dimensões políticas, administrativas e técnicas. Diz respeito à concretização das diretrizes finalísticas da política de saúde que os setores democráticos vêm buscando implementar no Brasil: “Deve traduzir-se num arranjo jurídico, organizacional e técnico, apto a enfrentar uma determinada realidade epidemiológica e a responder ao conjunto de aspirações da população acerca da saúde” (p. 9).

Assim, pensar no modelo de atenção impõe pensar na organização e na gestão de ações, serviços e práticas, no grau de autonomia e articulação que existe no exercício das práticas e serviços, ou seja, no trabalho desenvolvido, a fim de que as políticas de saúde sejam viabilizadas para atender as necessidades e aspirações da população. Implica pensar nos agentes das práticas de atenção e de gestão, no que informa à prática desses agentes, de modo a possibilitar ações mais efetivas sobre os problemas de saúde.

Elias (13) apresenta uma crítica ao termo “modelo” a partir de diferenças epistemológicas em relação ao termo “modalidades” assistenciais. Para esse autor, o termo “modelo” traz consigo uma conotação de já pronto, acabado, passível de reprodução e de cópia; já o termo “modalidades” evoca uma potencialidade criativa. As modalidades de atenção não são totalmente definidas *a priori*, como os modelos, mas são construídas a partir das condições locais, e seria necessário pensar, então, nas estratégias de construção de modalidades que são gerais e singulares ao mesmo tempo.

Nesse sentido, a formulação de políticas e estratégias de mudança, ou transformação, da(s) modalidade(s) de atenção vigente(s) no âmbito do sistema de saúde brasileira deve tomar como ponto de partida a identificação e análise das dinâmicas e necessidades das diversas realidades regionais e locais, evitando o efeito de “engessamento” dos programas verticalizados formulados em âmbito nacional. O olhar a partir do prisma das modalidades assistenciais requer pensar quais estratégias têm maior ou menor poder de construir/modificar/reconstruir modalidades de atenção hegemônicas.

É necessário rever e aprofundar o exame crítico das ações assistenciais no que diz respeito aos modelos

que as balizam; pensar em modalidades assistenciais numa perspectiva criativa, que possibilite o redirecionamento das ações para uma concepção integradora, com novas articulações intersetoriais/interinstitucionais e onde cada pessoa é abordada na sua cidadania plena. É também pensar como se articulam e potencializam as condições de resposta social à situação em cada local, como se definem os espaços e as relações entre usuários e prestadores de serviços, como se planejam e priorizam as ações de atenção à saúde, para quem e para que são pensadas essas ações.

As propostas de mudança amparam-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), pois para este sistema não existe um único modelo de atenção à saúde, já que construir modalidades de atenção de acordo com os princípios e diretrizes do SUS implica em planejar as ações a partir do contexto e necessidades locais, adotando soluções de acordo com a diversidade do território, dar atenção às necessidades individuais e coletivas e articular ações intersetoriais (14).

Esse exercício de pensar modalidades assistenciais alternativas é marcado pela tentativa de desconstruir/superar a idéia, ainda persistente, de que há um padrão assistencial fundante do “verdadeiro SUS”, cujo modelo hegemônico encontra-se nas ações programáticas determinadas em nível nacional. A mudança requer incentivos à criatividade nas instâncias gestoras dos serviços, ultrapassando os muros das unidades de saúde, dos territórios limitados, da visão unidisciplinar. Implica, conforme Paim (15), em organizar a atenção à saúde de modo a incluir não apenas as ações e serviços que incidem sobre os “efeitos” dos problemas (doença, incapacidade e morte), mas, sobretudo, as ações e serviços que incidem sobre as “causas” (modos de vida, valores, expectativas, prioridades, vínculos) dos diversos grupos sociais.

Este estudo busca compreender a gravidez na adolescência em sua relação com o modelo de atenção à saúde de um sistema municipal, incorporando uma proposta teórico-crítica em torno da gestão de serviços e sistemas de saúde. Procura conhecer, da maneira mais aproximada possível, os fatores decorrentes da ação (ou omissão) dos serviços da rede básica quanto à gravidez na adolescência. Assume o pressuposto de que a lógica dominante na gestão e na atenção à saúde dos serviços da rede básica poderia estar influenciando os índices de gravidez na adolescência e os problemas daí decorrentes.

O objetivo geral desse estudo foi, então, analisar as possíveis relações entre o índice de gravidez na adolescência e o(s) modelo(s) de atenção à saúde vigente(s) na rede básica de Santiago (RS), visando subsidiar a proposição de alternativas de intervenção. Os objetivos específicos foram: (a) identificar o número de adoles-

cente atendidas no programa de anticoncepção da Secretaria Municipal de Saúde do município de Santiago e o número de partos de mães adolescentes ocorridos nos últimos anos; (b) verificar qual a percepção dos profissionais de saúde quanto às ações que desenvolvem frente à gravidez na adolescência; (c) descrever a percepção das gestantes ou mães adolescentes sobre a atuação dos serviços de saúde em relação à gravidez precoce; (d) identificar os pontos críticos das atuais ações de saúde voltadas à gravidez na adolescência; e (e) investigar as possibilidades e limites na criação de parcerias entre escolas e serviços de saúde para enfrentar o problema da gravidez indesejada entre os adolescentes.

MÉTODOS

O município de Santiago localiza-se às margens da BR-287, a 150 km da fronteira com a Argentina (ponte São Borja/São Tomé) e a 240 km da fronteira com o Uruguai (Rivera), situando-se na região centro-oeste. Possui 50.527 habitantes (FIBGE, 2002), e a Secretaria Municipal de Saúde encontra-se habilitada na Gestão Plena da Atenção Básica em Saúde desde 1996.

As ações de saúde ofertadas na rede básica do município foram implantadas com base nos programas do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (PAISCA), Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), Programa de Tuberculose/Hanseníase, Vigilância Epidemiológica, Programa Primeira Infância Melhor, Programa de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), Programa Cuca Legal e o Programa Municipal de Atenção Integral à Saúde do Escolar (PMAISE). É importante esclarecer que estes programas não são disponibilizados em todos os postos de saúde da rede básica.

O PAISM e o PAISCA são ofertados somente no Centro Materno-Infantil, desenvolvendo ações de coleta para exame preventivo do câncer de colo do útero, exame de palpação de mama, aconselhamento do exame de anti-HIV às gestantes e ações de planejamento familiar. Para planejamento familiar, são atendidas individualmente, por livre demanda, cerca de 200 mulheres por mês, com orientação e distribuição de métodos anticoncepcionais (pílulas, preservativos, colocação de DIU). Até o mês de maio de 2004, para entrega dos anticoncepcionais às mulheres cadastradas, era exigida uma nova consulta médica ou de enfermagem, dificultando o acesso e originando a formação de filas. Foram realizadas entrevistas com seis profissionais que atuam

com a população de adolescentes, considerados informantes-chave. Na área da saúde, foram entrevistados: um médico gineco-obstetra, que atua há 30 anos no serviço da Secretaria Municipal de Saúde, escolhido pela sua atuação e boa aceitação da comunidade; a enfermeira coordenadora do PACS; e uma agente comunitária de saúde, que atua na comunidade há 8 anos. Na área da educação, uma nutricionista que atua no PMAISE e duas professoras, com aproximadamente 20 anos de atuação na rede escolar, uma delas há 2 anos atuando como "agente escolar" do PMAISE. Também foram entrevistadas duas gestantes adolescentes com história recente de atendimento, selecionadas aleatoriamente entre as 42 gestantes atendidas no PAISM nos últimos meses (junho e julho de 2004), na faixa etária de 10 a 19 anos.

Em 2004, o município de Santiago apresentou um índice de 19,3% de mães adolescentes, um pouco abaixo da média estadual de 20,2% (4).

Este estudo utilizou uma estratégia de pesquisa qualitativa, por considerar que permitiria melhor compreender a complexidade que envolve a problemática da gravidez na adolescência na sua correlação com os serviços de saúde. Consiste em versão reduzida de trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde, no âmbito de Termo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), e oferecido pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGA/UFRGS).

As entrevistas foram agendadas previamente, sendo realizadas de forma individual e gravadas, após consentimento dos informantes. A entrevista seguiu um roteiro semi-estruturado, abordando tópicos como fatores determinantes e significados da gravidez na adolescência, atuação dos serviços frente ao problema, critérios para organização das ações de saúde e parcerias entre serviços de saúde e educação.

Na análise das entrevistas, buscou-se identificar a idéia principal dos informantes em relação aos tópicos abordados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 2.500 mulheres cadastradas para planejamento familiar no Centro Materno-Infantil, 116 (4,64%) se encontram na faixa etária de 10 a 19 anos. Patamar percentual reduzido, se for considerado que o município de Santiago apresenta um índice de mães adolescentes de 19,3%.

As entrevistas apontaram para o fato do público beneficiado ser restrito às mulheres que conhecem e já

têm vínculo com o serviço, seja através da consulta durante seu pré-natal ou via consulta ginecológica. Nas demais unidades da rede básica, as ações limitam-se à consulta médica e procedimentos de enfermagem, como curativos, nebulizações, verificação de pressão arterial, não havendo nenhuma ação efetiva de prevenção da gravidez e muito menos voltada para a adolescente.

O modo centralizado como os serviços de saúde se organizam no município dificulta radicalmente a entrada do adolescente. Além disso, há pouca divulgação na comunidade de que os métodos de prevenção da gravidez estão disponíveis: faltam ações junto às escolas, informativos circulando nos meios de concentração de jovens e divulgação através da mídia local. Os serviços encontram-se totalmente engessados dentro das unidades de saúde, à espera dos usuários, e não têm ações voltadas para a problemática da gravidez na adolescência.

Por outro lado, as estratégias inovadoras para mudança de modelo de atenção à saúde, como o PACS, não têm impactado a lógica hegemônica da atenção e gestão em saúde. O PACS existe no município há 8 anos, atendendo 18 microáreas e desenvolvendo ações de prevenção, levantamento e encaminhamento de problemas aos serviços especializados de saúde, trabalhando na formação de grupos, atividades educativas e participação comunitária. O trabalho é dirigido a gestantes, crianças de 0 a 4 anos e idosos, porém, não atua em momento algum com ações específicas para o público adolescente, principalmente na prevenção da gravidez, limitando-se ao encaminhamento e acompanhamento da gestante.

Na área da educação, destacam-se as ações do Centro de Atendimento ao Educando (CAE), da Secretaria Municipal de Educação, que surgiu em 1996, a partir de um projeto de base multiprofissional (médico, psicólogo, dentista, terapeuta-ocupacional, agente de ambientes). Com o aumento do número de escolares, sentiu-se a necessidade de criar a figura do "agente da saúde do escolar", para desenvolver ações coletivas de prevenção na área de saúde. Há um agente escolar em cada uma das 35 escolas do município, porém, não desenvolvem ações específicas para prevenção da gravidez na adolescência.

Fatores e significados da gravidez na adolescência

Questionados sobre quais os principais fatores que levam aos elevados índices de gravidez de adolescentes no município, tanto os profissionais da saúde como os da educação destacaram a atuação da família, que deixa de exercer seu papel, omitindo informações, muitas

vezes pelo próprio desconhecimento e tabus, possibilitando uma gestação indesejada.

“Eu vejo uma omissão, falta de diálogo entre a família” (professora).

“A desestruturação familiar influencia no aumento da gravidez na adolescência” (enfermeira do PACS).

“A princípio, eu acho a falta de diálogo na família (tabus), fazer sem saber” (agente de saúde escolar).

Essa percepção coincide com a visão de Gaiarsa (16), para quem “as informações e os esclarecimentos prestados pelos pais aos jovens, ainda hoje, quase sempre se limitam a uma série de noções mais ou menos descosidas, de avisos mais ou menos incoerentes a uma série de sustos mais ou menos”.

A família cumpre um papel determinante na socialização e desenvolvimento da personalidade (17), donde se conclui que não bastam mudanças nos serviços de saúde e educação, é fundamental trazer ao serviço também os pais dos adolescentes, para orientá-los no sentido de não se omitirem de falar sobre sexualidade, desmistificando a idéia de que falar irá incentivar os jovens a iniciarem relações sexuais precocemente.

Outro fator apontado é a desinformação sobre os métodos anticoncepcionais, associada à irresponsabilidade própria da imaturidade do adolescente, para quem a gravidez não faz parte de seus medos e perigos:

“Nem conhecem métodos anticoncepcionais” (gestante).

“Muitas querem ficar grávida, desconhecem os métodos anticoncepcionais” (gestante).

“Desconhecimento dos métodos anticoncepcionais e seu difícil acesso [...]. Não vê ligação da gravidez com ele, adolescente, ele nunca acredita que isso possa acontecer com ele” (ginecologista).

“Não pensam no depois, pra eles não vai acontecer a gravidez” (nutricionista).

A percepção destes profissionais se confirma em Tomás & Cosme (18), para quem a força do relógio biológico faz os adolescentes assumirem a sua sexualidade e procurarem conhecer e experimentar as novas sensações e capacidades do seu corpo, isentos de qualquer responsabilidade. Entretanto, os profissionais entrevistados não relacionam o desconhecimento dos métodos anticoncepcionais à falta de divulgação dos mesmos por parte dos serviços de saúde e educação, nem à falta de ações para superar o desinteresse dos jovens em buscar essa informação.

Quanto aos significados da gravidez na adolescência (Pergunta 2), destaca-se a compreensão das grandes transformações que estas jovens sofrem:

“A adolescência representa um período na vida que acontecem profundas transformações somáticas,

endócrinas e psicológicas, e estas também ocorrem na gravidez, e quando estas duas situações se superpõem em um mesmo movimento da vida, estes fatos tornam-se críticos e podem provocar grandes perdas neste indivíduo” (ginecologista).

Os discursos, neste primeiro momento, revelaram a preocupação dos entrevistados com a problemática da gravidez na adolescência, a percepção sobre a omissão das famílias na questão da sexualidade e uma falta de consciência dos profissionais quanto à ausência de ações em seus serviços para enfrentar o problema.

Atuação dos serviços de saúde e das escolas frente à gravidez na adolescência

Nas entrevistas, foram formuladas oito perguntas com o objetivo de conhecer a opinião dos entrevistados sobre a atuação dos serviços de saúde e das escolas frente à problemática da gravidez na adolescência, bem como sobre as ações de prevenção, especificamente a distribuição de métodos contraceptivos. Além disto, buscou-se verificar qual a percepção dos entrevistados sobre a lógica que determina a organização e implementação das ações de saúde nas unidades básicas do município.

Questionados de uma forma geral sobre as ações para prevenção da gravidez na adolescência na rede básica de serviços, a opinião dos profissionais da saúde e da educação variou entre aqueles que entendem que não existe nenhuma ação específica para o público adolescente e aqueles que entendem que existem ações voltadas para esse fim, mas reconhecem que são precárias e insignificantes:

“Não tem nenhuma ação voltada diretamente para a prevenção da gravidez” (enfermeira coordenadora do PACS).

“Sinceramente, acho que não existem serviços voltados à prevenção da gravidez na adolescência” (agente de saúde do PACS).

“Na minha opinião, são insignificantes, não alcançam o público-alvo, que são os adolescentes” (ginecologista).

“Eu acho que são precárias [...]. Eu acredito que tanto a parte da escola como a da saúde não têm um trabalho que atinja o adolescente” (professora).

Já as mães adolescentes entrevistadas informaram conhecer os serviços de prevenção da gravidez oferecidos no município, mas não os utilizaram. Até porque, segundo uma delas, não acreditavam na possibilidade de gravidez:

“Acho que existem bons programas e que são bem encaminhados” (gestante).

“Sabia, só que eu não tinha idéia de que iria engravidar na segunda relação” (gestante).

O desinteresse na utilização dos serviços de anticoncepção pode estar associado à ausência de ações específicas que estimulem os jovens a buscar esses serviços. Questionadas se as ações dos profissionais da saúde e da educação são voltadas para as necessidades da adolescente quando grávida, a enfermeira e a agente de saúde informaram existir ações que atendam esta gestante, mas não com diferencial por ser ela uma adolescente.

“A meu ver, depois que estão grávidas, participam mais de palestras, de formação de grupos [...], além do que a gente fala, no grupo reforça-se o que a gente diz” (agente de saúde do PACS).

“Falta um trabalho para o adolescente, dirigir ações com grupo” (enfermeira do PACS).

Embora não exista uma abordagem dirigida para essas jovens, existe a percepção de que as adolescentes, quando grávidas, mudam de comportamento, passando a participar mais do que é oferecido pelos serviços.

Outro aspecto relativo à adequação dos serviços de saúde às necessidades das adolescentes grávidas foi a necessidade de um profissional de saúde mental atuando junto à equipe:

“Eu acho que falta mais, deveria ter uma psicóloga dando um suporte. Aí deveria ser trabalhado” (gestante).

“Eu preciso de acompanhamento de outro profissional, como o psicólogo, assim eu vou ter mais conhecimento sobre isso” (gestante).

“Na minha opinião, a atitude médica com relação à adolescente grávida vem se fazendo de forma correta, tanto no pré-natal como na assistência ao parto, embora tenha consciência de que muito tenha a melhorar ainda, principalmente no preparo psicológico” (ginecologista).

Segundo Granã (7), diante da mãe adolescente, “temos uma criatura contendo aspectos infantis ainda muito presentes, confrontando-se com aspectos adultos que procuram se estabelecer. O conflito é inevitável”. O despreparo para assumir uma gravidez se manifesta mais intensamente porque, na grande maioria dos casos, a gestação não foi planejada nem desejada, sendo comum, neste momento, a adolescente esconder a situação dos familiares (19).

Também em relação às escolas, a opinião é de que não existe nenhuma ação específica frente aos índices de gravidez na adolescência, nem mesmo para a evasão escolar, que freqüentemente acompanha esse quadro (20):

“Para ser franca, não vejo nenhuma ação na escola” (agente de saúde).

“A escola não desenvolve nada” (enfermeira do PACS).

“A escola não falava sobre prevenir a gravidez” (gestante).

“Só trabalha-se superficialmente a sexualidade na 8ª série, sendo que o despertar da sexualidade dá-se a partir da 4ª, 5ª série” (professora).

“Não. A gente atribui a responsabilidade à família e à saúde e recebe o problema” (agente escolar).

Entretanto, quando questionados especificamente sobre o papel da escola na prevenção da gravidez na adolescência, todos os entrevistados consideraram que a escola deve assumir o papel de prevenção, sendo necessário haver capacitação dos professores:

“Tem obrigação de fazer um serviço de prevenção” (agente de saúde).

“Eu acho que a escola tem que falar mais em como prevenir” (gestante).

“O público-alvo encontra-se nas escolas” (ginecologista).

“Os profissionais da educação devem capacitar-se” (enfermeira do PACS).

Está claro que a escola é o local de maior concentração do público adolescente. De acordo com Zaminsky (19), “se quisermos trabalhar uma nova orientação sexual e de vida para os adolescentes, é na escola que deve delinear-se a base”.

Quando solicitados a identificar quais as ações de prevenção da gravidez na adolescência desenvolvidas no município e qual a sua opinião sobre as mesmas, os entrevistados foram unânimes em reconhecer o trabalho desenvolvido pelo Serviço de Assistência Especializada (SAE) da Secretaria Municipal de Saúde, que desenvolve palestras nas escolas sobre sexualidade e o uso de preservativos na prevenção de DST/HIV.

“Um dos trabalhos são as palestras nas escolas e a distribuição de preservativos” (gestante)

“Existe o programa de distribuição de preservativos masculinos e palestras nas escolas” (enfermeira do PACS).

“As atividades em Santiago, como em todo o Brasil, ainda são muito tímidas e consistem principalmente na prevenção de DST/HIV, na distribuição de anticoncepcionais nas unidades e em algumas palestras nas escolas” (ginecologista).

Também foi mencionada a oferta de anticoncepcionais através do PAISM.

“Eu só tinha conhecimento do comprimido” (gestante).

“Conheço a pílula, a camisinha e as palestras” (nutricionista).

Questionados especificamente sobre a distribuição de métodos contraceptivos (Pergunta 6), os profissionais de saúde acreditam que o serviço seja de qualidade, mas insuficiente para dar cobertura à população que utiliza o SUS:

“Na minha opinião, é necessário, mas não suficiente, pois o grupo alcançado é muito pequeno” (ginecologista).

“Se não fosse esse programa, os índices seriam muito mais altos” (enfermeira do PACS).

Os profissionais da educação entendem que o serviço é pouco divulgado e sugerem a descentralização do mesmo para as demais unidades da rede básica, visto que vem sendo realizado unicamente no Centro Materno-Infantil.

“Nem é falado nas escolas” (professora).

“Sugiro uma descentralização dos métodos anticoncepcionais” (agente de saúde).

Quanto às gestantes, informam que tinham conhecimento da distribuição dos métodos contraceptivos através de familiares, porém, uma delas destaca que havia comentários sobre a má qualidade das pílulas anticoncepcionais:

“Minha sogra falou-me” (gestante).

“Falavam que era ruim e que engravidavam com as pílulas” (gestante).

Tais depoimentos sugerem que o trabalho de divulgação do serviço é fundamental também para promover a credibilidade e confiança no mesmo.

Os depoimentos evidenciam a lógica dos programas verticalizados, como o PAISM e PACS, que disponibilizam ações de modo uniforme, independentemente do caráter da demanda, sem contemplar suas necessidades e vulnerabilidades. Além disso, são implantados de forma isolada, centralizada e setorializada, não se fazendo presentes junto ao público vulnerável e deixando de trabalhar o conjunto de fatores relativos ao problema da gravidez na adolescência, que envolvem inúmeras informações, obtendo um resultado mínimo.

Esses “novos programas de saúde”, segundo Schraiber (21), apesar da maior utilização de profissionais não médicos e do foco sobre o coletivo, ainda atuam de forma parcial e verticalizada sobre a realidade e necessidades de saúde da população local, e, para Paim (10), não contemplam a integralidade das ações, nem incentivam uma maior equidade dos serviços.

Uma maior efetividade de ações para prevenção da gravidez na adolescência poderia ser viabilizada caso os serviços buscassem desenvolver modalidades de ações que rompessem com padrões tradicionais de conceber saúde. Para isso, além de rever a questão do acesso, seria necessário rever qual o eixo conceitual, político e ideológico das ações ofertadas, pois “é no âmbito do município, como o espaço que a população tem acesso aos serviços, onde seus problemas se manifestam, que a articulação das políticas sociais se viabiliza, dando maior eficácia à sua gestão” (22).

Essa interpretação é confirmada nas respostas à pergunta que procura saber qual o conhecimento e a compreensão dos entrevistados sobre os critérios utilizados para a organização dos serviços e implementação das ações de saúde no município, sobre como é feito o planejamento e como são definidas as prioridades de ação (Pergunta 7). Embora alguns entrevistados manifestem desconhecimento, a maioria dos profissionais entende que tais critérios partem das esferas de governo estadual e federal:

“Eu acredito que seja seguimento de secretarias, estadual/federal” (agente escolar).

“Ações específicas para isso não existem. As ações vêm do Estado” (enfermeira coordenadora do PACS).

“Eu vejo que os programas, tanto para a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Educação, são ações prontas do governo federal, e os profissionais não buscam outros conhecimentos” (professora).

O reconhecimento explícito de que as ações de saúde desenvolvidas no município são determinadas via programas propostos pelas esferas de governo mais centralizadas significa que o processo de descentralização apregoado pela Reforma Sanitária está comprometido. Segundo Teixeira (23), para viabilizar a Reforma Sanitária no Brasil, deve ser considerada a diversidade de situações de saúde nas várias regiões, estados e municípios do país. Os princípios e diretrizes gerais podem até ser adotados centralmente, mantendo a “unidade na diversidade”, mas as modalidades de atenção à saúde devem ser construídas a partir das condições concretas de cada município e estado (p. 5).

O depoimento dos profissionais que desenvolvem o PACS torna flagrante a contradição entre a proposta do programa, que preconiza a organização das ações a partir dos dados levantados localmente, e sua implantação, descolada das questões locais.

Competências e possibilidade de parcerias no enfrentamento da problemática da gravidez na adolescência

Com a finalidade de levantar as possibilidades de parceria entre os envolvidos na questão, perguntou-se aos entrevistados a quem competia organizar e implementar ações de prevenção da gravidez na adolescência. Foram enumerados a família, a escola e os serviços de saúde como responsáveis:

“Todos os segmentos, família/escola/saúde” (agente escolar).

“Em primeiro lugar a família, depois a escola” (agente escolar).

“Conversar com os filhos, dar conselhos, mais a escola e saúde” (nutricionista).

“Todos os profissionais têm que se envolver com isso” (enfermeira do PACS).

“Na minha opinião, através da escola” (ginecologista).

“Aos serviços de saúde do município” (gestante).

Nessas respostas, está contida a noção de que a problemática da gravidez na adolescência requer uma atitude conjunta dos serviços de saúde e educação, sem esquecer a importância da família. Ribeiro & Uhling (24) afirmam que o contexto social e familiar no qual o adolescente está inserido tem um papel fundamental, propiciando valores, regras, expectativas e os meios concretos para o adolescente viabilizar seu projeto de vida.

A seguir, os entrevistados foram questionados diretamente sobre a possível contribuição de uma parceria entre escola e saúde na prevenção da gravidez na adolescência (Pergunta 11). Os depoimentos de todos os entrevistados foram altamente positivos, constituindo-se numa perspectiva dessa parceria:

“Me parece que este seja o grande caminho” (ginecologista).

“Sim. Mais parceria. Não responsabilidade da Secretaria de Saúde, mas a escola com comprometimento” (enfermeira do PACS).

“Com certeza, mais fortalecimento e conhecimento” (agente de saúde do PACS).

A parceria entre políticas de saúde e educação é uma das formas mais eficientes de fazer a prevenção da gravidez na adolescência, pois a população-alvo está na escola, e o serviço de saúde estará descentralizando através da mesma suas ações, alcançando essa população que hoje não busca o serviço oferecido nas unidades de saúde. Para Junqueira (22, p.1), “uma alternativa de otimizar ações numa gestão é integrar as diversas políticas sociais na solução do problema”. Na mesma direção, Maia & Rocha (20, p.1) afirmam que “o binômio Educação/Saúde sempre foi utilizado como condição fundamental no desenvolvimento de qualquer sociedade”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os problemas de saúde que são de natureza diversa - social, educacional, econômica, cultural, dentre outras - exigem ações também de diversas naturezas. A gravidez na adolescência, sendo um problema de saúde pública, requer programas integrados, envolvendo instituições como família, escola, serviços de saúde, conselhos comunitários, dentre outros órgãos que respondem direta ou indiretamente por esta problemática. As parcerias intersetoriais, as redes de interação de pessoas,

instituições, famílias, municípios, surgem como estratégias alternativas que têm potencial de viabilizar ações mais efetivas para a promoção da qualidade de vida da população, principalmente dos grupos mais marginalizados e excluídos do sistema.

A idéia de parceria entre serviços tem uma dimensão conceitual e um sentido instrumental. É tanto uma proposta de ação como um modo de funcionamento do social, um modo espontâneo de organização em oposição a uma dimensão formal e instituída, onde os processos rígidos e estereotipados cedem lugar a outros mais criativos, inventivos e emancipatórios (22). Pensar alternativas de prevenção da gravidez na adolescência a partir de ações em parcerias intersetoriais é uma construção social que depende da sensibilização dos diversos atores sociais para um objetivo comum, que melhor se viabiliza através da integração entre serviços, estabelecendo-se relações interpessoais e interinstitucionais que preservam as diferenças e as especificidades de cada componente na construção de uma proposta de intervenção.

Conclui-se que as ações direcionadas à prevenção da gravidez na adolescência na rede básica são praticamente inexistentes, mudando muito pouco ou quase nada os índices de gravidez na adolescência no município. As adolescentes desconhecem as ações oferecidas pelo serviço de saúde, e na escola, onde passam grande parte de sua vida, não recebem orientações que possam contribuir para prevenir a gravidez. Na grande maioria das vezes, são atendidas no momento em que procuram atendimento de pré-natal, quando a gestação, se não foi desejada e planejada, torna-se um problema.

O serviço oferecido está engessado em ações centralizadas, realizando atividades isoladas dentro das unidades de saúde, sem estabelecer relações intersetoriais, especialmente com as escolas, cuja parceria seria fundamental na abordagem da problemática da gravidez na adolescência. Os profissionais da saúde e da educação têm consciência da falta de qualquer ação efetiva para a prevenção do problema, entretanto, não têm senso crítico sobre a lógica do modelo que orienta seus serviços.

A proposta de uma nova modalidade assistencial se faz urgente, para semear novas ações dirigidas a essa população.

REFERÊNCIAS

1. Rio Grande do Sul, Secretaria da Saúde, Núcleo de Informações em Saúde. Estatísticas de Nascimento: nascidos vivos 1997/1998. Porto Alegre; 1999. Pp.238.
2. Rio Grande do Sul, Secretaria da Saúde, Núcleo de Informações em Saúde Estatísticas de

- Nascimento: nascidos vivos 1999/2000. Porto Alegre; 2001. Pp.207.
3. Rio Grande do Sul, Secretaria da Saúde, Núcleo de Informações em Saúde. Estatísticas de Nascimento: nascidos vivos 2001. Porto Alegre; 2002. Pp.208.
4. Rio Grande do Sul, Secretaria da Saúde, Núcleo de Informações em Saúde. Estatísticas de Nascimento: nascidos vivos 2002. Porto Alegre; 2003. Pp.177.
5. Ferraz EA, Ferreira IQQ. Início da atividade sexual e características da população adolescente que engravida. In: Vieira EM, et al. Seminário Gravidez na Adolescência. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família; 1998.
6. Costa M (org.) 100 dúvidas sobre sexo que você gostaria de resolver. 3ª ed. São Paulo: Editora Gente; 1993.
7. Granã RB (org.) Técnica psicoterápica na adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
8. Cano MAT, Ferriani MGC. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. Rev Latino-Am Enferm 2002;10:408-14.
9. Paim JS. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: Mendes (org). Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. HUCITEC/ABRASCO. São Paulo - Rio de Janeiro; 1993. Pp.187-220.
10. Paim JS. Construção de um modelo de atenção a saúde: implantação e implementação do SUS nos três níveis de governo. Palestra proferida no Encontro Regional do CONASEMS, Porto Seguro, Bahia, 11/6/98.
11. Paim JS. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia & Saúde, 5ª Ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999b. Pp.489-503.
12. Raggio A, Giacomini CH. A permanente construção de um modelo de saúde. Div Saude Debate 1996;16:9-16.
13. Elias P. Por uma refundação macropolítica do SUS: a gestão para a equidade no cotidiano dos serviços. Saúde e Sociedade 2002; 11.
14. Organização da atenção à Saúde. "Vamos resgatar o ativismo na saúde esquecido desde a 8ª". Radis. Comunicação em Saúde; 2004.
15. Paim JS. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI; 1994b. Pp. 455-466.
16. Gaiarsa JA. O ritual da comunhão. São Paulo: Editora Gente; 1995.
17. Guia de Orientação Sexual: Diretrizes e metodologia da pré-escola ao 2º grau. Grupo de Trabalho e Pesquisa em Orientação Sexual, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, Centro de Estudos e Comunicação em Sexualidade e reprodução e Reprodução Humana. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1994.
18. Tomás PM, Cosme P. Compreender a sexualidade. São Paulo: Paulinas; 1999.
19. Zaminsky B. Gravidez precoce. As adolescentes são maior grupo de risco [série online]. Disponível em: <http://www.educaomoral.hpg.ig.com.br/aprende/aprende8.htm>. Acessado em 16 de julho de 2004.
20. Maia D, Rocha S. Saúde na escola [série online]. Disponível em: <http://www.tvebrasil.com.br/salto/boletins2002/seq/teimp/htm>. Acessado em 21 de junho de 2004.
21. Schraiber LB. Epidemiologia em Serviços: Uma tecnologia de que tipo? In: MS. FNS.CENEPI. Informe Epidemiológico do SU 1993;2:5-32.
22. Junqueira L. Descentralização, intersetorialidade e rede como estratégias de gestão da cidade. Anais do IX Colóquio Internacional sobre o Poder local, Salvador, junho 2003.
23. Teixeira CF, Paim JS, Vilas Boas AL. SUS: Modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico do SUS 1998;7(2).
24. Ribeiro ACL, Uhling RFS. A gestação na adolescência e a importância da atenção à saúde do adolescente. Div Saude Debate 2003;26:30-6.