



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL  
VALE DO ACARAÚ**  
Centro de Ciências da Saúde  
Mestrado Profissional em Saúde da Família

**JOSÉ JEOVÁ MOURÃO NETTO**

**ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO PARA SUBSIDIAR UMA PRÁTICA**

**SOBRAL**

**2014**

**JOSÉ JEOVÁ MOURÃO NETTO**

**ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO PARA SUBSIDIAR UMA PRÁTICA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Socorro de Araújo Dias

**SOBRAL**

**2014**

Mourão Netto, José Jeová

Atenção à saúde do Adolescente na Estratégia Saúde da Família: desenvolvimento de um protocolo para subsidiar uma prática. / José Jeová Mourão Netto. – Sobral, 2014.

95f.

Orientador: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Socorro de Araújo Dias.

Trabalho de Conclusão de Mestrado (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Estadual Vale do Acaraú, 2014.

1. Instrumento. 2. Protocolo. 3. Tecnologia em Saúde. 4. Saúde do Adolescente. 5. Estratégia Saúde da Família. I. Título.

CDU 616.24 – 002.5

**JOSÉ JEOVÁ MOURÃO NETTO**

**ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO PARA SUBSIDIAR UMA PRÁTICA**

Dissertação submetida à banca examinadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

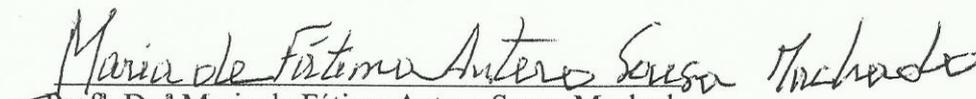
Aprovado em: 27/03/2014

Banca examinadora:



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Socorro de Araújo Dias  
Presidente

Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA (orientadora)



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Antero Sousa Machado  
Universidade Regional do Cariri - URCA



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mariza Silva de Oliveira  
Hospital Regional Norte - HRN

Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde que diariamente, com seu trabalho, contribuem para uma melhoria na qualidade de vida dos adolescentes.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, pela inspiração e força para seguir, mesmo diante de todos os empecilhos.

Aos colegas, pelo incentivo, apoio e pelos momentos maravilhosos e inesquecíveis, vivenciados nesta experiência única de nossas vidas.

À orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Socorro de Araújo Dias, pelos ensinamentos e o empenho no que diz respeito à conclusão do estudo.

Aos professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família, pela ousadia de seguirem com um mestrado desta dimensão no interior do Ceará. Certamente, muitas vidas foram transformadas com os ensinamentos e as iniciativas proporcionadas pelo programa.

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Mariza de Sousa Oliveira e Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado, por aceitarem participar da banca examinadora.

À Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, pelo apoio ao programa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Sobral, pela compreensão e apoio ao me liberar de parte de minhas atividades assistenciais, em especial a Luisa Fialho, à época gerente do Centro de Saúde da Família Terrenos Novos, Karen Sabóia e Tarciana Serafim, respectivamente, Diretora de Enfermagem e Diretora Administrativa da Unidade Mista de Saúde Dr. Thomaz Corrêa Aragão e, ainda, a toda Equipe de Enfermagem destes espaços.

Aos meus pais, irmãos, familiares, namorada e amigos, pelo apoio e compreensão. Foram muitas ocasiões ausentes em nome de um projeto de vida, o qual representou o Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Aos adolescentes, pais, professores e profissionais de saúde, que gentilmente contribuíram como sujeitos do estudo.

As expertises, que atenciosamente aceitaram colaborar com a pesquisa. Suas colaborações foram estruturantes ao estudo, em especial, a Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabiane do Amaral Gubert, pela presteza, contribuições e apoio ao desenvolvimento do estudo.

“Os adolescentes precisam de um sonho. Se você conseguir plantar um sonho no adolescente, ele vai mobilizar todos os seus recursos em busca dele”.

D. L. (Sujeito do Estudo)

MOURÃO NETTO, José Jeová. **Atenção à Saúde do Adolescente na Estratégia Saúde da Família**: desenvolvimento de um instrumento para subsidiar uma prática, 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 95p.

## RESUMO

O adolecer é uma etapa muito importante do desenvolvimento humano, pois é repleta de peculiaridades. A OMS define adolescência como a segunda década da vida, de 10 a 19 anos, diferindo do Estado Brasileiro, o qual se refere à adolescência como o período compreendido entre 12 a 18 anos. A atenção dispensada a este grupo continua fragmentada, apresentando fortes evidências de práticas voltadas para o assistencialismo que se opõem às concepções promotoras de saúde. Na busca por novas perspectivas para a abordagem ao adolescente, os instrumentos emergem como uma estratégia potente para promover saúde. O interesse pela temática surgiu a partir das vivências como Especialista em Saúde do Adolescente e enfermeiro da ESF. O trabalho também se justifica pela insipiência da literatura quanto à produção de instrumentos e protocolos sem fim psicométrico. O objetivo foi desenvolver um protocolo orientador da Atenção à Saúde do Adolescente na ESF. O estudo é de caráter descritivo, com abordagem qualitativa e do tipo estudo metodológico. Para o desenvolvimento do protocolo utilizou-se o Método para Construção de Instrumentos Não Psicométricos (MCINP), método adaptado do Referencial de Pasquali. Os itens foram desenvolvidos a partir de buscas sistemáticas na literatura, da vivência do autor e da escuta de sujeitos. Os sujeitos que participaram do estudo foram: adolescentes, pais de adolescentes, professores e profissionais de saúde da ESF. A coleta de informações envolveu 47 sujeitos, no período de dezembro de 2013 e janeiro de 2014. Os itens levantados primariamente foram analisados por uma banca de expertises. Depois de atendidas as solicitações destes profissionais, chegamos ao construto, no formato de um *check list*. A literatura apresenta fragilidades quanto à existência de instrumentos sem fim psicométrico, bem como métodos que possibilitem sua produção. Os profissionais ainda apresentam fragilidades quando do manejo das situações que envolvem adolescentes. O instrumento proposto pode trazer uma contribuição significativa para prestação do cuidado em saúde. O estudo propõe um desdobramento dos estudos metodológicos: Estudos Metodológicos Não Psicométricos. Estes compreenderiam a criação de instrumentos sem fim psicométrico.

**Palavras-chave:** Instrumento. Protocolo. Tecnologia em Saúde. Saúde do Adolescente. Estratégia Saúde da Família.

MOURÃO NETTO, José Jeová. **Attention to the Adolescent's Health in the Family Health Strategy**: development of a protocol with the purpose of subsidise a practice, 2004. Dissertation (Professional Master's in Family Health Education) - Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 95p.

## ABSTRACT

Becoming an adolescent is, indeed, a stage of the human development filled with peculiarities. The WHO (World Health Organization) defines adolescence as the second decade of one's life, from 10 to 19 years, differing from the Brazilian State, which refers to adolescence as the period within 12 to 18 years. The attention given to this group remains shred, presenting strong evidences of practices concerning assistencialism, which goes against the promoting conceptions of health. In searching new perspectives in order to approach the adolescent, the instruments emerge as potent health promoting strategy. The interest for the topic bloomed during the period of the author's practice as a Specialist in the Adolescent's Health and from being an ESF's nurse. The present work is also justified due to the incipience of the literature concerning the production of tools and instruments without psychometric purpose. This work aimed the development of a guiding instrument regarding the Attention to the Adolescent's health at ESF. The study is developed descriptively, with a qualitative approach and methodological study type. The Method to Construction of Non-Psychometric Instruments (MCNPI) was used in order to develop the protocol, Method adapted from Pasquali's Referential. The items were developed as from searches in the bibliography, in the author's own practice and from participants talk sessions. The participants were adolescents, parents, teachers and health professionals from ESF. The gathering of data involved 47 participants, on December 2013 and January 2014. The data gathered were firstly analyzed by an expert's group. After the demands made from the experts were obtained, we reached the construct, in the format of a check list. The bibliography presents soft spots concerning the existence of instruments without psychometric purpose, as well as methods that allow their production. The professionals still have weaknesses in the handling of situations involving adolescents. The proposed instrument may contribute expressively in the health care provision. The study proposes an offshoot of methodological studies: methodological Studies Non Psychometric. These would include the creation of endless psychometric instruments.

**Keywords:** Instruments. Protocols. Health Technology. Adolescent's Health. Family Health Strategy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. 1 – Número de artigos distribuídos por base de dado e descritores, no período de 01 a 06 de abril de 2013.....	20
Quadro 1. 2 – Distribuição dos artigos selecionados por autor, ano de publicação, base de dado e forma de publicação.....	21
Figura 3. 1 – Diagrama para elaboração de medida psicológica.....	27
Quadro 3. 1 – Marcos históricos e legais da Atenção à Saúde dos Adolescentes no Brasil e no mundo. Organização em ordem cronológica.....	30
Quadro 4. 1 – Comparativo entre os passos do método proposto por Pasquali para estudos metodológicos e o proposto para este estudo.....	37
Figura 4.1 – Descrição das etapas do Método para Construção de Instrumentos Não Psicométricos proposto (MCINP).....	38
Figura 4.2 – Distribuição dos Centros de Saúde da Família em Sobral.....	40
Quadro 5.1 – Itens propostos pelos pesquisadores com base na vivência e busca na literatura.....	48
Quadro 5.2 – Número e distribuição por categoria de sujeitos do estudo: pais, profissionais de saúde e professores.....	49
Quadro 5.3 – Adolescentes entrevistados: distribuição por faixa etária.....	50
Quadro 5.4 – Itens abstraídos das entrevistas.....	51
Quadro 5.5 – Itens selecionados extraídos das entrevistas. Distribuição por domínios.....	52
Quadro 5.6 – Lista final de itens após a etapa Mesclagem. Organização por faixa etária.....	53
Quadro 5.7 – Caracterização das expertises.....	55
Quadro 5.8 – Recomendações específicas das expertises e as respectivas adequações na última versão do instrumento (preliminar). Distribuição por item.....	57
Quadro 5.9 – Orientações de caráter geral. Organização por recomendação e respectiva adequação.....	59
Quadro 5.10 – Itens do instrumento após adequações. Faixa etária de 10-13 anos.....	61
Quadro 5.11 – Itens do instrumento após adequações. Faixa etária de 14-16 anos.....	62
Quadro 5.12 – Itens do instrumento após adequações. Faixa etária de 17-19 anos.....	63

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADOLEC	Biblioteca Virtual em Saúde do Adolescente
AIDS	<i>Acquired Immunology Disease Syndrome</i>
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIEE	Centro de Integração Empresa-escola
CLAP	Centro Latino-americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva
CSF	Centro de Saúde da Família
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada da Assistência Social
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EFSFVS	Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MCINP	Método para Construção de Instrumentos Não Psicométricos
MEDLINE	<i>Health Science International Literature</i>
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NESSA	Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente
NESCON	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCG	Prevenção do Câncer Ginecológico
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
PROUNI	Programa Universidade para Todos
PSE	Programa Saúde na Escola

SAAJ	Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNICEF	United Nations Educational, Cientific and Cultural Organization
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
USM	<i>University Sistem Maryland</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>1.1</b>	<b>O Adolescente e as políticas públicas de saúde</b> .....	13
<b>1.2</b>	<b>Delineando o objeto de estudo face à atenção à saúde do adolescente</b> .....	16
<b>1.3</b>	<b>Instrumentos orientadores da atenção à saúde do adolescente: um resgate da literatura</b> .....	18
<b>1.4</b>	<b>Justificativa e relevância do estudo</b> .....	21
<b>2</b>	<b>OBJETIVO</b> .....	24
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral</b> .....	24
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	25
<b>3.1</b>	<b>O uso de instrumentos no campo da saúde</b> .....	25
<b>3.2</b>	<b>Novas perspectivas para a atenção à saúde do adolescente</b> .....	28
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	34
<b>4.1</b>	<b>Caracterização do estudo</b> .....	34
<b>4.2</b>	<b>Cenário</b> .....	38
<b>4.3</b>	<b>Participantes</b> .....	40
<b>4.4</b>	<b>Período de desenvolvimento</b> .....	42
<b>4.5</b>	<b>Coleta e organização das informações</b> .....	42
<b>4.6</b>	<b>Estratégia de desenvolvimento</b> .....	43
<b>4.6.1</b>	<i>Coleta das informações</i> .....	43
<b>4.6.2</b>	<i>Composição dos itens</i> .....	43
<b>4.6.3</b>	<i>Estruturação dos itens</i> .....	44
<b>4.6.4</b>	<i>Análise por expertises</i> .....	44
<b>4.6.5</b>	<i>Estruturação do instrumento</i> .....	44
<b>4.6.6</b>	<i>Teste do instrumento</i> .....	45
<b>4.6.7</b>	<i>Desenvolvimento da versão preliminar</i> .....	45
<b>4.7</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	45
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	46
<b>5.1</b>	<b>Procedimentos iniciais</b> .....	46
<b>5.2</b>	<b>Consulta à literatura</b> .....	46
<b>5.3</b>	<b>Primeiro levantamento de itens</b> .....	46
<b>5.4</b>	<b>Segundo levantamento de itens</b> .....	48

<b>5.5</b>	<b>Mesclagem.....</b>	<b>52</b>
<b>5.6</b>	<b>Análise por expertises .....</b>	<b>54</b>
<b>5.7</b>	<b>Estruturação do instrumento.....</b>	<b>58</b>
<b>5.7.1</b>	<b><i>Faixa etária 10-13 anos.....</i></b>	<b>59</b>
<b>5.7.2</b>	<b><i>Faixa etária 14-16 anos.....</i></b>	<b>60</b>
<b>5.7.3</b>	<b><i>Faixa etária 17-19 anos.....</i></b>	<b>62</b>
<b>5.8</b>	<b>Desenvolvimento da versão preliminar.....</b>	<b>62</b>
<b>5.9</b>	<b>O caminho, os juízes e o produto: reflexões sobre o processo.....</b>	<b>63</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>64</b>
<b>6.1</b>	<b>Desenvolvimento do instrumento.....</b>	<b>64</b>
<b>6.2</b>	<b>Dimensão da saúde do adolescente .....</b>	<b>65</b>
<b>6.3</b>	<b>Dificuldades e limitações.....</b>	<b>66</b>
<b>6.4</b>	<b>Recomendações .....</b>	<b>67</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>68</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>73</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>84</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 O Adolescente e as políticas públicas de saúde

A adolescência é definida, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como a segunda década da vida, de 10 a 19 anos (UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION - UNICEF, 2011), diferindo do Estado Brasileiro, o qual, em sua legislação, refere-se à adolescência como o período compreendido entre 12 a 18 anos, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990).

Comungamos com estudiosos da área ao relativizarem que a adolescência não se limita a um corte cronológico, constituindo-se em um período da vida humana caracterizada por uma série de transformações de cunho biológico, sociológico e psicológico. Tal contexto impõe ao adolescente a necessidade de adaptação as outras dimensões para integrá-las no seu cotidiano (MANDÚ, 2006; FERREIRA *et al.*, 2007; GUBERT *et al.*, 2013). Estas mudanças que naturalmente ocorrem, aliadas a um acelerado crescimento físico, geram alterações de comportamento e instabilidade na forma de se relacionar, pensar e agir (CROSSETI, 2009).

Nesse contexto, essas transformações constituem a síndrome da adolescência normal, que se caracteriza pela busca de identidade, pela tendência grupal, pelo desenvolvimento do pensamento conceitual, pela vivência temporal singular e pela evolução da sexualidade. Tais características situam os adolescentes em um contexto de vulnerabilidade, muitas vezes, podendo estar associado ao desejo de autoafirmação. Como consequência, descobertas e acontecimentos vividos nesta fase poderão repercutir ao longo da vida adulta (ALMEIDA; CENTA, 2009, UNICEF, 2011).

Estatísticas evidenciam a expressiva representatividade deste segmento populacional, perfazendo um total de 1,2 bilhão de adolescentes no mundo, sendo 34 milhões só no Brasil, representando 18% da população. No Ceará, a população de 10 a 19 anos corresponde a 20%. No município de Sobral, este segmento representa 19% da população, completando um total de 35.764 adolescentes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGEa, 2010; UNICEF, 2011).

Um dado a ser destacado neste segmento populacional é a taxa de fecundidade, particularmente entre as meninas de até 15 anos, apresentando uma tendência oposta a de mulheres nas demais faixas etárias. Dados revelam que, em 2004, eram 8,6 nascidos vivos por grupo de mil entre adolescentes menores de 15 anos. Cinco anos mais tarde, a taxa verificada foi de 9,6 por mil. Ressalta-se que, pela legislação brasileira em vigência, as relações sexuais antes dos 14 anos são classificadas como estupro de vulnerável. O sexo sem o uso de preservativos é outro problema a ser considerado na adolescência e constitui um dos fatores que ajuda a compreender o avanço da infecção do HIV na faixa etária de 13 a 24 anos – de 35%, em 2000, para 42,7%, em 2008. Estudo revelou que 1/3 dos 40 milhões de pessoas infectadas pelo HIV no mundo tem menos de 24 anos. Ainda no contexto da adolescência, outro fato chama a atenção: no Brasil, ao contrário da maioria dos outros países, os homicídios superam os acidentes de trânsito como primeira causa de mortalidade na adolescência (IBGEb, 2010; UNICEF, 2011).

O adolescer compreende uma etapa deveras importante no desenvolvimento humano, repleta de peculiaridades, dúvidas, preconceitos, ansiedades, paixões, dentre outros, e quando inserimos esta situação, o adolescer, no cenário das dinâmicas de vida atuais, entendemos que grande parte destes adolescentes encontra-se em uma situação de vulnerabilidade iminente e constante, necessitando de orientação, apoio e empatia dos serviços de saúde, das escolas, de pais e cuidadores.

Considerando o contexto da adolescência delineado até o momento, passamos a examinar, em um percurso histórico (ainda que breve), as políticas, projetos e ações institucionais voltadas ao adolescente no Estado Brasileiro.

Os marcos legais que norteiam as ações voltadas aos adolescentes têm seu nascedouro na Constituição Brasileira de 1988, sendo O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) elaborado para regulamentar, em 1990, as conquistas asseguradas a crianças e adolescentes pela Constituição Federal. Este representou uma mudança no paradigma da atenção à saúde deste grupo. O ECA trouxe uma nova concepção de direitos sociais, dentre eles a saúde, e teve como objetivo transformar crianças e adolescentes em sujeitos de direito, com prioridade absoluta (NÚCLEO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO ADOLESCENTE - NESA, 2012).

No campo da saúde, partiremos do Marco da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>1</sup>, a qual vem se firmando como política de saúde e se constitui cenário no qual se

---

<sup>1</sup>Inicialmente um Programa, em 1994, passa, a partir de 2006, a se configurar Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2010).

concretizam muitas das Políticas Públicas em Saúde, sendo considerada o centro organizador do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2007).

Dentre as iniciativas ensejadas pela ESF, encontra-se o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD). Este se insere como um potencializador da atenção à saúde deste segmento populacional. Porém, ao considerarmos os princípios da ESF – universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social – elucida-se uma contradição pelo fato de esta não responder a contento às demandas dos adolescentes, as quais se revelam peculiares e requerem manejo de caráter mais singular (BRASIL, 2007). Tal situação pode corroborar para o distanciamento do adolescente aos serviços de saúde e, assim, situando-os, muitas vezes, à margem destes mesmos serviços.

Nesse contexto, de acordo com Carvacho (2008), quando da análise do acesso de adolescentes grávidas aos serviços de saúde, foram encontradas poucas barreiras de acesso nas dimensões geográfica, econômica, administrativa e de informação. No entanto, o indicador psicossocial, expresso pela vergonha, medo, desconhecimento da necessidade de cuidados, questões de gênero, revelou barreiras significativas de acesso.

Embora o PROSAD buscasse favorecer as ações de prevenção às doenças e incentivasse atividades de promoção da saúde, o que ainda observamos são profissionais que não estão capacitados para oferecer uma abordagem integral na atenção ao adolescente (BRASIL, 2008).

Ainda no contexto das ações institucionais do Estado Brasileiro com vistas a promover a atenção integral ao adolescente, em 2003, os Ministérios da Saúde e da Educação instituíram o projeto Saúde e Prevenção na Escola (SPE), na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos/adolescentes da rede pública de ensino visando ao fortalecimento e à valorização das práticas no campo da promoção dos direitos sexuais, reprodutivos e da prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/HIV/Aids. Em 2007, o SPE foi incorporado a uma proposta de maior abrangência, o Programa Saúde na Escola (PSE), concebido com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de Educação Básica por meio de ações de prevenção a agravos, promoção e atenção à saúde. Neste contexto, o PSE amplia o escopo de atuação do SPE perpassando a dimensão da sexualidade e se estendendo para a prevenção do uso de drogas, promoção de alimentação saudável, convívio familiar, cidadania, saúde mental, dentre outras, mostrando-se como um potencializador para a melhoria da qualidade de vida dos adolescentes (BRASIL, 2007, 2008).

Em estudo realizado por Gomes (2012) objetivando analisar o processo de implementação do PSE sob a ótica da intersetorialidade, visto que por essência este projeto assim se configura, foram destacados os aspectos estruturais, institucionais e conceituais como as grandes dificuldades para o avanço da articulação intersetorial. Em nosso entendimento, tais dificuldades afetam a base do programa, ainda que pese seu tempo de implementação, uma vez que a intersetorialidade deve ocorrer no desenvolvimento de todo o processo, desde o planejamento.

## **1.2 Delineando o objeto do estudo em face da atenção à saúde do adolescente**

A Atenção à Saúde do Adolescente, há mais de duas décadas, vem sendo orientada por projetos específicos a fim de garantir a singularidade que é peculiar nesta fase do ciclo de vida. No entanto, a atenção dispensada a este grupo etário continua fragmentada, apresentando fortes evidências de práticas voltadas para o assistencialismo, que se opõem às concepções promotoras de saúde (SANTOS *et al.*, 2012). Ainda assim, apontamos que novas propostas estão sendo implementadas como uma expressão do reconhecimento do Estado Brasileiro de superar as limitações expostas pelos autores, a exemplo do PSE, já referido anteriormente.

Existem evidências acumuladas que sinalizam para o fato de que investir no adolescente é um fator preditivo para romper o ciclo de pobreza e iniquidade que prejudica comunidades e países, colocando em perigo o desenvolvimento e os direitos de um número incontável de crianças (UNICEF, 2011). Assim, a operacionalização de ações que realmente se traduzam em uma melhoria da atenção ao adolescente deve ser gestada com base em uma mudança dos paradigmas, em que o adolescente migra de sua situação atual, considerado um problema e sinônimo de vulnerabilidade para os serviços de saúde, e passa a ser entendido como detentor de potencialidade e portador de uma capacidade inestimável de mudança e melhoria da qualidade de vida.

Crosseti (2009) infere que o grande desafio é desencadear movimentos de mudança nos serviços de saúde, tornando-os eficazes na produção do cuidado. Neste contexto, a abordagem ao adolescente deve ser diferenciada e utilizar-se de estratégias criativas de educação e promoção da saúde. Sob esta ótica, o uso de protocolos e outros instrumentos pode trazer uma contribuição importante para o saber fazer das equipes de saúde. Com base em uma consulta sistemática às bases de dados, apresentada posteriormente, inferimos que a literatura mostra insipiência quanto à produção científica acerca do desenvolvimento e uso de instrumentos voltados ao adolescente que orientem boas práticas no trabalho em saúde.

Para fins de entendimento deste estudo, compreendemos instrumento como um artefato orientador de uma prática profissional. Instrumento, portanto, será entendido nesta pesquisa enquanto expressão de um modo de organização do pensamento, que deflagra e norteia um processo de cuidado, servindo a uma finalidade específica, subsidiando e constituindo-se como/para registro, podendo ser representado como roteiro de consulta, escala, organograma funcional, protocolo, *checklist*, dentre outros.

No referente a protocolo, entendemos que este pode se constituir como instrumento, uma vez que também se configura como uma forma de organização do pensamento e do processo de trabalho, no entanto, o protocolo permite uma flexibilidade quanto à forma de sua apresentação, não necessariamente em forma de construto, podendo ser expresso como texto. Essa conceituação está assentada nas inferências do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (2009) ao referir que protocolos são considerados importantes ferramentas para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços, sendo orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, ao passo que têm como foco a padronização de condutas, podendo ser denominados como protocolos de atenção, protocolos de cuidado, protocolos de acompanhamento e avaliação, protocolos de organização da atenção, entre outras denominações.

É importante salientar que os protocolos, por seguirem as diretrizes do SUS, não são neutros e exercem marcada influência na construção do modelo de atenção. São estratégias fundamentais, tanto no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações quanto na padronização das ações e do processo de trabalho. Desta forma, podem ser considerados elementos importantes para a obtenção de qualidade dos serviços (UFMG, 2009).

É preciso, ainda, que haja a compreensão de que uma linguagem padronizada sobre a prática faz-se necessária, mas não se configura como fator restritivo, que delimite e engesse a capacidade crítica e criativa de quem dele faz uso, concernente às palavras de Cruz (2000 *apud* Pina; Mello; Lunardelo, 2006), ao fazer referência ao uso de instrumentos no trabalho da Enfermagem. Entendemos que esta premissa pode ser traduzida para as outras categorias profissionais no âmbito da saúde. Assim, compreendemos o uso de instrumentos como uma alternativa que pode contribuir para uma melhoria da atenção à saúde.

Relativizamos, no entanto, que a intencionalidade na elaboração de um instrumento é por nós vista como recurso orientador para a atenção à saúde do adolescente, não se constituindo, portanto, em mecanismo de controle ou engessamento de possibilidades de inovação do cuidado.

No processo de definição e refinamento do objeto de estudo, realizamos busca em base de dados acerca do uso de protocolos e outros instrumentos na promoção da Atenção à Saúde do Adolescente que nos orientasse a respeito do estado da questão. O texto, a seguir, apresenta os resultados encontrados.

### **1.3 Instrumentos orientadores da atenção à saúde do adolescente: um resgate da literatura**

Para a realização de um resgate da literatura quanto a instrumentos orientadores da Atenção à Saúde do Adolescente, estabelecemos como questionamento norteador: “Existem, nas bases de dados, estudos que tratem de protocolos e outros instrumentos voltados para a Atenção Integral/promoção da saúde do adolescente?”.

Atentos a este questionamento, consultamos as seguintes bases: Biblioteca Virtual em Saúde do Adolescente (ADOLEC), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Health Science International Literature* (MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Biblioteca Virtual em Saúde/Ministério da Saúde (BVS/MS). Essa última base permite o acesso aos textos e documentos produzidos pelo Ministério da Saúde.

Trabalhamos com os descritores combinados controlados, “adolescente” e “promoção da saúde”, e descritores não controlados, “atenção à saúde do adolescente”, “instrumento” e “protocolo”. A busca foi realizada considerando-se estas expressões combinadas aos pares nos títulos dos artigos. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: (1) artigos que entendiam instrumento enquanto construto e (2) escritos em português ou espanhol. A filtragem não levou em consideração: (1) o ano de publicação e (2) a disposição dos artigos integralmente. A busca foi realizada entre 01 e 06 de abril de 2013.

Quadro 1.1 - Número de artigos distribuídos por base de dado e descritores, no período de 01 a 06 de abril de 2013.

Descritores	BASE DE DADOS						TOTAL
	ADOLEC	BDENF	MEDLINE	LILACS	SCIELO	BVS/MS	
“instrumento” e “adolescente”	02	00	00	02	00	07	11
“instrumento” e “promoção da saúde”	00	00	00	10	02	00	12
“protocolo” e “adolescente”	01	00	00	01	00	02	04
“protocolo” e “promoção da saúde”	00	00	00	00	00	00	00
“protocolo” e “atenção à saúde do adolescente”	00	00	00	00	00	00	00
“instrumento” e “atenção à saúde do adolescente”	00	00	00	00	00	00	00
<b>TOTAL</b>							<b>27</b>

Fonte: próprio autor.

Conforme o Quadro 1.1, foi encontrado 27 trabalhos nas bases de dados, sendo que 04 se repetiram, restando 23. Desses, 19 não tratavam a expressão instrumento na concepção de um construto, mas, sim, com o significado de método, forma ou maneira, sendo descartados, restando apenas 04 textos. A tabela 02, a seguir, apresenta a estratificação dos artigos.

Quadro 1.2 – Distribuição dos artigos selecionados por autor, ano de publicação, base de dado e forma de publicação.

<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Ano/publicação</b>	<b>Base</b>	<b>Publicação</b>
<i>Análisis de la confiabilidad y validez de un instrumento que mide el rol protector familiar en las conductas de riesgo adolescente</i>	Rodríguez <i>et al.</i>	1996	ADOLEC	<i>Cuadernos. Médicos Sociales (Chile)</i>
Família e adolescência: indicadores de saúde: manual de aplicação de instrumentos e instrumento abreviado	Hernandez e Angela	1999	BVS/MS	Livro
Roteiro de avaliação dos modelos assistenciais PAISM, PAISC E PROSAD.- v.2	Ministério da Saúde	1995	BVS/MS	Livro
Protocolo eletrônico de fisioterapia respiratória em pacientes com escoliose idiopática do adolescente	Cano <i>et al.</i>	2011	LILACS	Colégio Brasileiro de Cirurgia

Fonte: próprio autor.

Dos 04 estudos, 02 estavam disponíveis integralmente. No entanto, através da leitura, concluímos que as publicações que tratam de protocolos e outros instrumentos na área da Atenção à Saúde do Adolescente, ou mesmo na Promoção da Saúde, assumem uma característica essencialmente psicométrica ou avaliativa, sempre na intenção de propor uma quantificação ou avaliação da situação a qual é destinada. Apenas o instrumento proposto por Cano *et al.* (2011) mostrou uma abordagem norteadora da prestação de um cuidado. Esse instrumento serve à condução de um processo de cuidado para adolescentes com escoliose idiopática, auxiliando, assim, na definição da melhor fisioterapia respiratória para cada caso.

Analisando os resultados da busca, inferimos que há uma insipiência da literatura quanto à produção científica de instrumentos voltados à promoção da atenção à saúde do adolescente. No concernente a protocolos, esta insipiência se acentua, haja vista que apenas um estudo foi encontrado.

Os instrumentos utilizados no campo da saúde, em sua grande maioria, buscam atender a uma perspectiva psicométrica. Neste sentido, para além da busca em base de dados, realizamos busca de estudos resultantes de dissertações e teses do Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Ceará, dos quais destacamos os estudos de Joventino (2010), que trabalharam uma escala destinada a mensurar a autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil, e o de Gubert (2011), que traduziu, adaptou e validou as escalas *Parent-Adolescent Communication Scale* e a *Partner Communication Scale*, ambas destinadas a avaliar a percepção da adolescente sobre a frequência de comunicação de temas relacionados à sexualidade com seus pais e parceiros.

Em face do exposto, destaca-se a citação de Rocha *et al.* (2007), ao afirmarem que a busca de referenciais teórico-metodológicos que fundamentem o cuidado de enfermagem com adolescentes ainda é recente e, embora já se possa dispor de conhecimentos e práticas importantes, faz-se necessário aprofundamentos, discussão e divulgação ampliada, para a capacitação de trabalhadores, nos mais diversos contextos assistenciais ou campos de trabalho.

Reconhecendo as contribuições dos estudos mencionados, anunciamos a intenção deste trabalho em particular, o qual visa ao desenvolvimento de um protocolo para orientar a atenção ao adolescente no contexto da ESF, ou seja, encerrando-se no ineditismo ao diferenciar-se dos estudos encontrados por: se distanciar de uma perspectiva psicométrica, não selecionar uma situação específica da vida/saúde do adolescente e não se limitar à categoria profissional do enfermeiro em razão do seu caráter multiprofissional.

#### **1.4 Justificativa e relevância do estudo**

O interesse pela temática emerge da observação prática, como enfermeiro da ESF e após as vivências na Especialização em Atenção Integral à Saúde do Adolescente, do grande quantitativo de adolescentes acometidos por DST, grávidas na adolescência, em uso e abuso de drogas, em conflitos com a lei, bem como seu distanciamento da ESF. Nos últimos dois anos, a experiência na condução de um grupo de adolescentes, de um território da ESF, e as vivências proporcionadas por essa inserção possibilitaram a este reconhecer a importância da premência de ações multiprofissionais voltadas à promoção da atenção à saúde daquele grupo populacional, bem como da necessidade da sistematização destas ações, as quais, ocasionalmente, se dão de modo compartilhado, às vezes, individualizadas, considerando campo e núcleo das profissões e condições próprias do cotidiano de trabalho no contexto da ESF.

Nesse ínterim, inferia-se que os adolescentes necessitavam de uma atenção ao mesmo tempo singular e integral e que a consecução desta atenção exigiria uma reorganização nas práticas de Atenção à Saúde do Adolescente. Também emergia a necessidade de se pensar em novas tecnologias que pudessem contribuir para a qualificação da atenção aos adolescentes de modo a desenvolver uma prática de cuidado integral; considerando as possibilidades de tecnologias possíveis e as vivências no Mestrado Profissional em Saúde da Família, propomos a desenvolver um instrumento norteador das práticas de atenção à saúde do adolescente no contexto da Estratégia Saúde da Família, visto que esta, como já referido, constitui-se importante porta de acesso ao Sistema de Saúde.

As vivências proporcionadas pela inserção no Mestrado Profissional em Saúde da Família também contribuíram significativamente para o desenho do estudo, constituindo-se o mesmo coerente com o propósito dos Programas de Mestrados Profissionais, uma vez que intencionam uma reflexão sobre os problemas que surgem da prática, possibilitando, assim, formas de enfrentamento calcadas no método científico, sendo factíveis e coerentes com as diferentes realidades.

Este estudo está ancorado no que regem as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, as quais estão estruturadas em dois grandes eixos: (1) fortalecimento da promoção da saúde nas ações para o cuidado integral à saúde de adolescentes e jovens e (2) reorientação dos serviços de saúde para favorecer a capacidade de respostas para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens (BRASIL, 2010). Assim, a proposição de desenvolver um instrumento na ESF pode contribuir para o desenvolvimento de uma Atenção Integral, no sentido de que esta última pressupõe a organização de serviços e a execução de práticas de saúde que integrem um conjunto de estratégias para a prevenção de agravos, promoção da saúde e para as ações curativas e de reabilitação (BRASIL, 2005).

Reafirmamos o propósito de desenvolver um instrumento que tem a intencionalidade de se configurar como um dispositivo fomentador da sistematização dos processos de cuidados dos adolescentes e, ao mesmo tempo, indutor de uma abordagem integral na condução deste processo. A realização desta investigação se reveste, portanto, de relevância ao contribuir no preenchimento desta lacuna existente na promoção da Atenção Integral à Saúde do Adolescente, como já elucidado nos tópicos anteriores.

O exposto tende a denotar a relevância da presente proposta, consonante às premissas apresentadas por Dias (2001) ao afirmar que a relevância de um estudo repousa sobre duas bases epistemológicas, uma se refere à produção do conhecimento e a outra à contribuição deste para a prática. Neste sentido, a estruturação de um instrumento que vise a orientar e sistematizar um processo de cuidar do adolescente com vistas a sua Atenção Integral no contexto da ESF tem seu caráter de ineditismo, em face da busca bibliográfica apresentada, e revela um potencial qualificativo para a prática. Neste contexto, intenciona identificar dimensões e itens para compor o instrumento a partir da vivência dos autores, literatura pertinente e da escuta a adolescentes, pais, profissionais da ESF e professores do Ensino Fundamental e Médio.

A proposta emerge do contexto até aqui descrito e tem a intencionalidade de subsidiar os profissionais de saúde na coordenação do processo de cuidar de um segmento populacional que vivencia uma fase complexa do desenvolvimento humano, suprimindo carências e identificando vulnerabilidades, contribuindo dessa forma para uma melhoria da Atenção à Saúde do Adolescente no contexto da ESF.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo geral**

Desenvolver um instrumento orientador da Atenção à Saúde do Adolescente na Estratégia Saúde da Família.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 O Uso de instrumentos no campo da saúde

O trabalho em saúde envolve o uso de tecnologias. Para Merhy (2002), as tecnologias se dividem em leves, leve-duras e duras. Debruçando-nos sobre essas expressões, observamos que quando as classificamos como leves nos referimos às relações entre os sujeitos, acolhimento, gestão de serviços; em leve-duras, quando nos referimos aos saberes bem estruturados, como o processo de enfermagem e uso de protocolos; e duras, quando envolvem os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas.

Ressaltamos a importância de todas as tecnologias para o trabalho em saúde, porém, no âmbito da Estratégia Saúde da Família, percebe-se uma predominância quanto ao uso de tecnologias leves e leve-duras. Logo, o uso de protocolos surge como tecnologia leve-dura. A partir da experiência do pesquisador, podemos inferir que existe uso de instrumentos na ESF, sendo esse associado a um maior aproveitamento do tempo e padronização dos registros. No entanto, estes instrumentos, em sua maioria, se configuram como psicométricos (escalas) ou para fim de registros (planilhas, cadastros, dentre outros).

Ainda sobre a interface entre a tecnologia e o campo da saúde, a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (2009) refere que para a criação de protocolos torna-se fundamental a compreensão do significado de tecnologia, uma vez que ela significa tanto o conhecimento científico e técnico (as pessoas, seus conhecimentos, habilidades e implicações) quanto os processos e os medicamentos, aparelhos, formulários, documentos e outros instrumentos e recursos materiais e financeiros (insumos). Schneid *et al.* (2003 *apud* UFMG 2009) enfocam a relação entre avanço tecnológico, benefícios à saúde e os recursos existentes no setor público. Para eles, no campo da saúde, os protocolos são recursos de tecnologia tão importantes quanto os recursos humanos, físicos ou materiais.

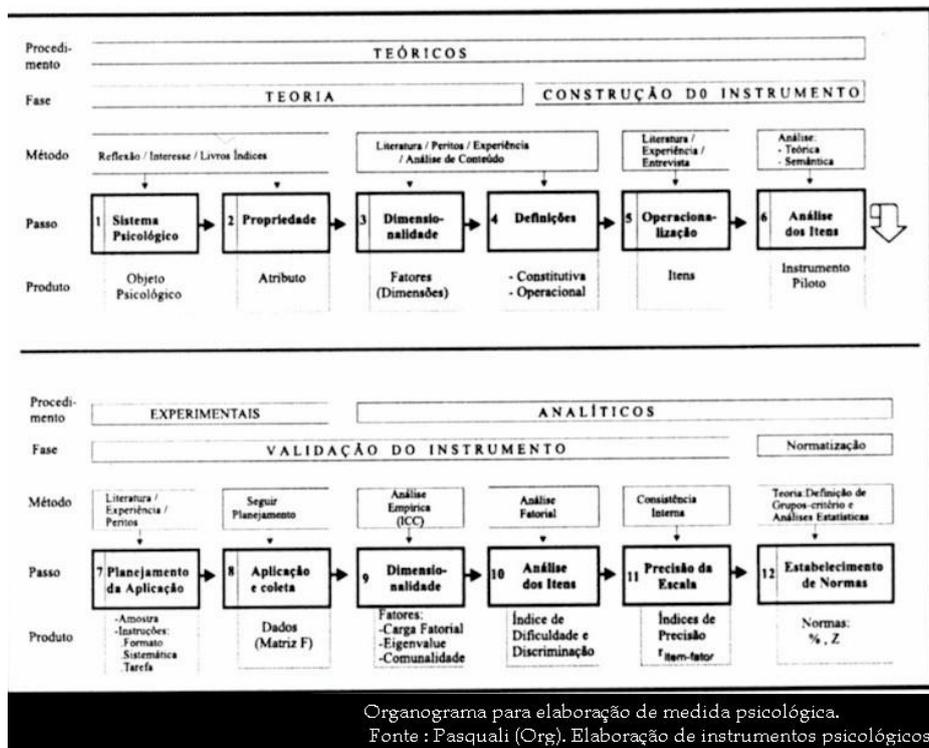
Ainda nesse sentido, Moleiro (2013) aponta os instrumentos internacionais de maior relevância no contexto da saúde do adolescente atualmente: (1) *Multidimensional Adolescent Satisfaction Scale* (GARDAND *et al.*, 2000); (2) *Young Adult Health Care Survey* (BARTELL *et al.*, 2001); (3) *Picker Patient Experience Questionnaire* (JENKINSON *et al.*, 2002); (4) *YFHS-WHO* (HALLER *et al.*, 2012) e *Assessment of Youth-Friendly Health Care: A Systematic Review of Indicators Drawn From Young People's Perspectives* (AMBRESIN *et al.*, 2013).

É preciso, ainda, que haja a compreensão de que uma linguagem padronizada sobre a prática faz-se necessária, mas não se configura como restritor. Ao contrário, visa colocar o fazer do profissional sob observação de forma ordenada, favorecendo, assim, seu refinamento, desenvolvimento e transformação constantes (CRUZ, 2000, *apud* PINA; MELLO; LUNARDELO, 2006).

Joventino (2010) afirma que, atualmente, sabe-se que diversos investigadores têm utilizado instrumentos de medição, muitos dos quais são construídos, traduzidos, adaptados ou validados. Baseando-se nisso, a criação de escalas, sobretudo as de avaliação psicométrica, mostra-se como uma realidade cada vez mais necessária aos profissionais de saúde.

No contexto da produção de construtos, o referencial para desenvolvimento de instrumentos psicométricos proposto por Pasquali (2009) emerge da literatura como preponderante para o uso no desenvolvimento de instrumentos psicométricos e/ou sua validação. Esse referencial propõe a construção de instrumentos psicométricos estruturando o processo em três grandes polos: teórico, empírico ou experimental e analítico ou estatístico.

Figura 3.1 – Diagrama para elaboração de medida psicológica.



Fonte: PASQUALI, 1999.

Segundo Joventino *et al.* (2013), esses três polos se dividem em doze etapas necessárias para uma progressiva sistematização na elaboração de um instrumento de medida psicológica: sistema psicológico, propriedade do sistema psicológico, dimensionalidade do atributo, definição do construto, operacionalização do construto, análise teórica dos itens, planejamento da aplicação, aplicação e coleta, dimensionalidade do instrumento, análise empírica dos itens, fidedignidade do instrumento e normatização.

Como se pode notar na figura, o polo teórico enfoca o embasamento teórico que fundamenta qualquer empreendimento científico, ou seja, a explicitação da teoria sobre o construto ou objeto psicológico para o qual se quer desenvolver um instrumento de medida, bem como a operacionalização do construto em itens (JOVENTINO, 2010).

O polo teórico compreende as seis primeiras etapas para a construção de instrumentos de medida: sistema psicológico, propriedade do sistema psicológico, dimensionalidade do atributo, definição do construto, operacionalização do construto e análise teórica dos itens. As três primeiras etapas se relacionam à teoria propriamente dita, a quarta etapa contempla tanto a teoria quanto a construção do instrumento e as duas últimas etapas se referem especificamente à sua construção (PASQUALI, 1999).

No polo empírico ou experimental, definem-se as etapas e técnicas da aplicação do instrumento piloto e da coleta, valendo-se de informação empírica para proceder à avaliação da qualidade psicométrica do instrumento. Esse polo corresponde a duas etapas: planejamento da aplicação e aplicação e coleta (JOVENTINO *et al.*, 2013).

Quanto ao polo analítico ou estatístico, observa-se o estabelecimento de procedimentos de análises estatísticas a serem efetuadas sobre os dados visando à obtenção de um instrumento válido, preciso e, se for o caso, normatizado. Esse polo é composto por quatro etapas: dimensionalidade do instrumento, análise empírica dos itens, fidedignidade do instrumento e normatização (JOVENTINO, 2010).

Uma análise inicial desse referencial permite-nos inferir a pouca aplicabilidade em instrumentos/protocolos que suplantam a perspectiva avaliativa/psicométrica. Esta é uma lacuna existente e já evidenciada outrora neste estudo.

### 3.2 Novas perspectivas para a atenção à saúde do adolescente

As mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais, que ocorreram no mundo desde o século XIX e que se intensificaram no século passado, produziram alterações significativas para a vida em sociedade. Concomitante a estes processos, tem-se a criação de tecnologias cada vez mais precisas e sofisticadas em todas as atividades humanas e o aumento dos desafios e dos impasses colocados ao viver (BRASIL, 2006).

Nas últimas décadas, tornou-se mais e mais importante cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que o meio seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e população. Neste contexto, emerge a promoção da saúde como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, que contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006).

A Promoção da Saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20-25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe articulação de saberes técnicos e populares, bem como a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

Consonante com as novas estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde, assentadas na Promoção da Saúde, as Políticas Públicas de Saúde voltadas para a Atenção à Saúde do Adolescente também se encontram em constante reestruturação, haja vista as mudanças dos contextos político, social e econômico, no Brasil e no mundo.

Desde a Declaração de Genebra, em 1924, que se destinava a crianças, mas também contemplava adolescentes em alguns de seus itens, até a definição das diretrizes para Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens (*Youth-Friendly Services*), que parece ser a estratégia mais atual nesta perspectiva, percebemos que muito foi produzido para tensionar uma mudança efetiva nos serviços de saúde, na busca por espaços mais adequados para oferecer atenção a este público.

O quadro a seguir apresenta as várias iniciativas desenvolvidas na tentativa de redirecionar a Atenção à Saúde do Adolescente, subsidiando mudanças significativas na atenção fornecida a este público.

Quadro 3.1 - Marcos históricos e legais da Atenção à Saúde dos Adolescentes no Brasil e no mundo. Organização em ordem cronológica.

ANO	MARCO HISTÓRICO
1924	Declaração de Genebra sobre os Direitos da Criança.
1948	Declaração Universal dos Direitos Humanos.
1959	Declaração dos Direitos da Criança, adotada por 78 países com 10 princípios.
1979	Brasil: lei 6697. Código de Menores.
1980	Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação.
1984	Convenção contra a Tortura e Outras Formas Cruéis de Degradação Humana.
1985	Regras Mínimas para Administração da Justiça da Infância e Juventude.
1986	Regras Mínimas para a Proteção dos Jovens Privados da Liberdade.
1988	Diretrizes para a Prevenção da Delinquência Juvenil. Diretrizes de Riad.
1989	Convenção dos Direitos da Criança das Nações Unidas.
1988	Constituição do Brasil, Cap. 7, artigo 227.
1990	Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança e do Adolescente no Encontro Mundial de Cúpula pela Criança das Nações Unidas.
1990	Leis Orgânicas da Saúde, 8.080 e 8.142.
1990	Estatuto da Criança e do Adolescente.
1993	Lei 8.742 de Assistência Social, LOAS.
1996	Lei 9.394 de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.
1996	Lei 9.623 do Planejamento Familiar, saúde sexual e reprodutiva.
2000	Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil.
2001	Consenso sobre as características de Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens, OMS.
2005	Marco Legal: Saúde um Direito de Adolescente. Editora MS: DF, Brasil.
2006	Lei "Maria da Penha", 11.340 cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e seus filhos.
	Código de Ética Médica (artigos 103 e 107) sobre segredo profissional.

Fonte: EISENSTEIN, 2007.

No entanto, o que observamos é um considerável descompasso entre as políticas e estratégias propostas e o que de fato é oferecido a este grupo no âmbito dos mais diversos serviços de saúde, em especial o ofertado pela Estratégia de Saúde da Família, uma vez que tem como princípio a promoção da saúde, mas tem situado seus adolescentes à margem desta atenção.

O Ministério da Saúde corrobora com o exposto anteriormente ao considerar que sob os princípios da ESF (universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social) elucida-se uma contradição pelo fato de esta não responder a contento às demandas dos adolescentes, as quais se revelam peculiares e requerem manejo de caráter mais singular (BRASIL, 2007).

Os adolescentes se configuram em um grupo etário peculiar, que necessita ser conduzido adequadamente. Logo, é necessário que os recursos humanos dos serviços de saúde desenvolvam competências que permitam o oferecimento de uma atenção de qualidade que possa contribuir efetivamente para a melhoria da qualidade de vida.

Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde (2000) infere que serviços a este grupo etário devem ser prestados por profissionais qualificados, conhecedores dos problemas de saúde e do desenvolvimento dos adolescentes, sabendo como os abordar, pois, para este grupo, a paciência, o respeito mútuo e uma atitude benevolente, por parte dos profissionais de saúde, são critérios muito importantes.

Assim sendo, em busca de novas possibilidades para a Atenção à Saúde do Adolescente, algumas estratégias apresentam um grande potencial para uma contribuição contundente. As diretrizes para Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens (SAAJ), a Estratégia 5S e o Programa Saúde na Escola (PSE), atualmente, configuram-se como estratégias de grande repercussão, sendo a primeira e segunda no contexto mundial e a terceira, no panorama nacional.

A estratégia Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens (*Youth-Friendly Services*) representa uma estratégia desenvolvida pela OMS para adequar e melhorar serviços de saúde na perspectiva do atendimento ao adolescente, com vistas a responder às necessidades específicas deste grupo populacional, tornando os serviços mais equitativos, acessíveis, aceitáveis, apropriados e efetivos (OMS, 2001).

Segundo Moleiro (2013), os componentes dos Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens são:

- a) acesso aos serviços de saúde e oportunidade de atendimento;
  - espaço exclusivo, bem sinalizado e com bom ambiente.
  - horários de atendimento adequados aos momentos em que os

adolescentes possam, para eles, deslocar-se, sozinhos ou acompanhados.

– tempo de consulta não inferior a 30 minutos.

– divulgação dos Serviços à Comunidade.

– mensagens nos serviços: devem animar os adolescentes/jovens e seus pares e informar da confidencialidade no atendimento.

b) profissionais e pessoal de saúde;

– bons conhecimentos e práticas.

– habilidades para a promoção da autonomia e para a tomada de decisão livre e responsável.

c) procedimentos administrativos e de gestão;

d) disponibilidade de uma ampla gama de serviços;

e) participação dos adolescentes/jovens e da comunidade.

Como observado, é necessário um novo arranjo dos serviços de saúde para atender às necessidades dos adolescentes. Este grupo populacional deve receber maior atenção dos serviços, pois apresentam um grande potencial: (1) compreendem uma força demográfica, pois representam 1,2 bilhão de pessoas no mundo; (2) são uma força econômica porque contribuem significativamente como força de trabalho, seja ele remunerado ou não e (3) são o futuro da saúde, uma vez que compreende um período de formação e talvez a única oportunidade para mudar o comportamento e as atitudes sociais (OMS, 2002).

Em uma mesma perspectiva, a OMS/Europa (2014, tradução nossa) desenvolveu uma abordagem sistemática visando melhorar a atenção à saúde do adolescente: a abordagem 5S (*5S Approach*). Esta abordagem infere que um programa de saúde que visa contribuir para o mais alto padrão possível de saúde e desenvolvimento dos adolescentes precisa fornecer:

- a) *Supportive* (suporte): políticas de suporte que garantam o respeito, a proteção e os direitos dos adolescentes à saúde;
- b) *Strategic* (estratégia): informação estratégica para monitorar a situação de saúde e avaliar as tendências de saúde, bem como para planejar, monitorar e avaliar as políticas e intervenções;
- c) *Service* (serviço): serviços modelos que estejam adequados aos princípios dos Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens, incluindo os serviços de saúde escolar e a Atenção Primária à Saúde;
- d) *Sustainability* (sustentabilidade): serviços sustentáveis, com garantia de continuidade, com a formação adequada de pessoal e mecanismos de proteção financeira;
- e) *Sectorial* (setorial): abordagem multisetorial para contemplar os determinantes sociais da saúde e reduzir as desigualdades.

No Brasil, como estratégia de maior amplitude, tem se destacado o Programa Saúde na Escola, concebido com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de Educação Básica através de ações de prevenção a agravos, promoção e atenção à saúde. Neste contexto, o PSE amplia o escopo de atuação do programa antecessor, Saúde e Prevenção na Escola, perpassando a dimensão da sexualidade e se estendendo para a prevenção do uso de drogas, promoção de alimentação saudável, convívio familiar, cidadania, saúde mental, dentre outras, mostrando-se como um potencializador para a melhoria da qualidade de vida dos adolescentes (BRASIL, 2007, 2008).

No entanto, entraves significativos têm sido evidenciados pelas equipes da ESF quando da implementação de ações do PSE. Gomes (2012), em um trabalho que analisa o PSE a partir da intersetorialidade, concluiu que a comunicação e a articulação entre os atores locais apresentaram-se frágeis e descontinuadas, com sobreposição de algumas ações no território e à sua interrupção.

O mesmo estudo aponta os aspectos estruturais, institucionais e conceituais como as grandes dificuldades para o avanço da articulação intersetorial. Em nosso entendimento, tais dificuldades afetam a base do programa, ainda que pese seu tempo de implementação, visto que a intersetorialidade deve ocorrer no desenvolvimento de todo o processo, desde o planejamento, sinalizando, assim, a necessidade de se repensar dinâmicas e processos para o fortalecimento dessas ações locais, de forma mais articulada e sustentável, tais como a viabilização da capacitação de técnicos, a partir de metodologias participativas, e o estímulo à participação comunitária na construção das ações e atividades voltadas para as reais necessidades da comunidade escolar (GOMES, 2012).

Apesar dos entraves, observamos um movimento crescente de ações e políticas voltadas à saúde do adolescente. Neste sentido, talvez o desafio que se apresente agora seja o de romper com o abismo existente entre o que se prega, representado pelos textos das políticas, suas normas, diretrizes, dentre outros, e o que de fato os profissionais têm capacidade para executar, uma vez que para a incorporação de novas tecnologias nos serviços é preciso financiamento, capacitação de recursos humanos, ampliação e melhoria da estrutura física e articulação e apoio político da gestão.

## **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **4.1 Caracterização do estudo**

Os princípios que orientaram este estudo estão ancorados na epistemologia da abordagem qualitativa. Quanto a sua tipologia, o estudo assenta-se nos princípios dos estudos metodológicos e descritivos.

Sobre estudos qualitativos, Bosi (2012) os concebe em uma lógica na qual demarca qualidade/qualitativo(a) na interface com a subjetividade. Tal delimitação resulta em que a referida adjetivação, quando aplicada à pesquisa, caracteriza aquela cujo objeto exige respostas não traduzíveis em números, haja vista tomar como material a linguagem em suas várias formas de expressão. Assim, a pesquisa necessitará abstrair do campo dimensões não quantificáveis, como percepções, desejos, opiniões, dentre outros.

O exposto sobre estudos de fundamentos qualitativos apresenta uma intrínseca coerência com a intencionalidade deste estudo ao buscar desenvolver um instrumento a partir de uma escuta dos profissionais, dos pares, pais dos adolescentes e de educadores com vistas a apresentar uma orientação para a captura de elementos que possam orientar uma abordagem integral ao adolescente por meio de linguagem coerente a este.

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 2002). O componente descritivo emerge fortemente do estudo, visto que para a elaboração do instrumento proposto foram necessários a identificação e o registro do elenco de temáticas de interesse dos grupos de sujeitos envolvidos, representando um esforço estruturante para a realização do estudo. Polit, Beck e Hungler (2004) afirmam que a finalidade dos estudos descritivos é a de observar, descrever e documentar os aspectos do campo. As autoras citadas parecem seguir uma mesma linha de pensamento quando discorrem sobre a pesquisa descritiva e sua finalidade.

No que concerne aos estudos metodológicos, conforme Lobiondo-Wood e Haber (2001), estes se caracterizam pelo desenvolvimento de instrumentos de coleta de dados visando definir um construto, formular os itens do instrumento, desenvolver as instruções para usuários e respondentes, além de testar a confiabilidade e a validade do instrumento.

Polit, Becker e Hungler (2004) concordam por considerarem esse tipo de pesquisa ideal para a verificação de métodos de obtenção, organização e análise de dados, bem como devido à elaboração, validação ou avaliação de instrumentos e técnicas para a pesquisa ou para a prática. Além disso, complementam que há uma carência de procedimentos para a coleta de dados referentes à maioria dos conceitos que interessam à Enfermagem.

O estudo metodológico encontra-se estreitamente relacionado com a psicometria, já que esta trata do aspecto mais significativo e criticamente expressivo da pesquisa metodológica: a mensuração. Consiste em um conjunto de técnicas utilizadas para avaliar comportamentos e conceitos de forma adequada e comprovada experimentalmente. Para tanto, a psicometria lida com a teoria e o desenvolvimento de instrumentos de mensuração (questionários) ou técnicas de medição (ferramentas de observação), por conta disso, nas últimas décadas, pesquisadores têm adotado seus princípios para desenvolver e testar instrumentos de medição (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Esta estreita aproximação entre psicometria e pesquisa metodológica, observada pelos autores, pode servir como explicação para o fato de quase a totalidade dos estudos metodológicos ser destinada à construção e/ou validação de instrumentos psicométricos. Neste contexto, reiteramos a escassez da literatura quanto a métodos para a construção de instrumentos não psicométricos. Diante desse cenário, a seguir, propomos um desdobramento dos estudos metodológicos em face da lacuna existente, já evidenciada anteriormente, quanto à carência de métodos e até dos próprios construtos, sem fim psicométrico.

Em face das questões emergidas, entendemos **Estudos Metodológicos Não Psicométricos** como sendo a sistematização das etapas necessárias ao alcance de um construto que não guarde finalidade psicométrica, podendo servir a um fim educativo, de registro, condução de uma prática, dentre outros. Podemos exemplificar: construção de cadernetas de gestantes, álbuns seriados, *folders* explicativos, criação de protocolos clínicos, dentre outros.

Este estudo, ao propor a criação de um instrumento/protocolo orientador para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente, enseja contribuir para estudos metodológicos em diálogos com características mais próximas da abordagem qualitativa, superando a elaboração de instrumentos psicométricos. A seguir, apresentamos um paralelo entre o método proposto por Pasquali para a criação de instrumentos psicométricos e a intenção de elaborar um instrumento orientado por características do campo da subjetividade.

Quadro 4. 1 - Comparativo entre os passos do método proposto por Pasquali (1999) para estudos metodológicos e o proposto para este estudo. (*Continua.*)

POLOS	MÉTODO DE PASQUALI PARA A CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTOS PSICOMÉTRICOS	MÉTODO ADAPTADO PARA A CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTOS NÃO PSICOMÉTRICOS
P O L O  T E Ó R I C O	1 Sistema psicológico: escolha do tema. 2 Propriedade do sistema psicológico: definição do objeto e seu recorte.	1. <b>Procedimentos Iniciais:</b> escolha da área de abrangência/tema e sua delimitação (saúde do adolescente).
	3 Dimensionalidade do atributo: apreensão de dimensões descritas em outros construtos sobre o mesmo objeto.	2. <b>Consulta à literatura:</b> a) busca na literatura de orientação das temáticas pertinentes à atenção integral à saúde do adolescente; b) identificação de instrumentos neste mesmo tema.
	4. Definição dos construtos: - definição constitutiva - definição operacional Abstração dos termos que irão representar as características analisadas pelo construto. 5 Operacionalização do construto: construção dos itens.	3. <b>Primeiro Levantamento de Itens:</b> levantamento preliminar dos itens que irão compor o instrumento, a partir da vivência do autor e do abstraído da literatura. 4 <b>Segundo Levantamento de Itens:</b> elaboração dos itens a partir dos discursos dos sujeitos ao qual o instrumento será destinado.
	---	5. <b>Mesclagem:</b> confronto entre os itens do primeiro e do segundo levantamentos.
	6. Análise teórica dos itens: análise por <i>expertises</i> .	6. <b>Análise por <i>expertises</i>.</b>
POLO EMPÍRICO	7. Planejamento da aplicação: definição da amostra. 8. Coleta de dados propriamente dita: aplicação do piloto.	7. <b>Estruturação do Instrumento:</b> escolha do formato (múltipla escolha, álbum seriado, protocolo clínico, escala de <i>likert</i> , dentre outros).
POLO ANALÍTICO	9. Dimensionalidade do instrumento: aplicação da análise fatorial do construto.	---
	10. Análise empírica dos itens: Teoria da Resposta ao Item (TRI).	8. <b>Teste do Instrumento:</b> aplicação na população alvo.
	11. Fidedignidade do instrumento: análise da precisão ou confiabilidade dos itens.	---

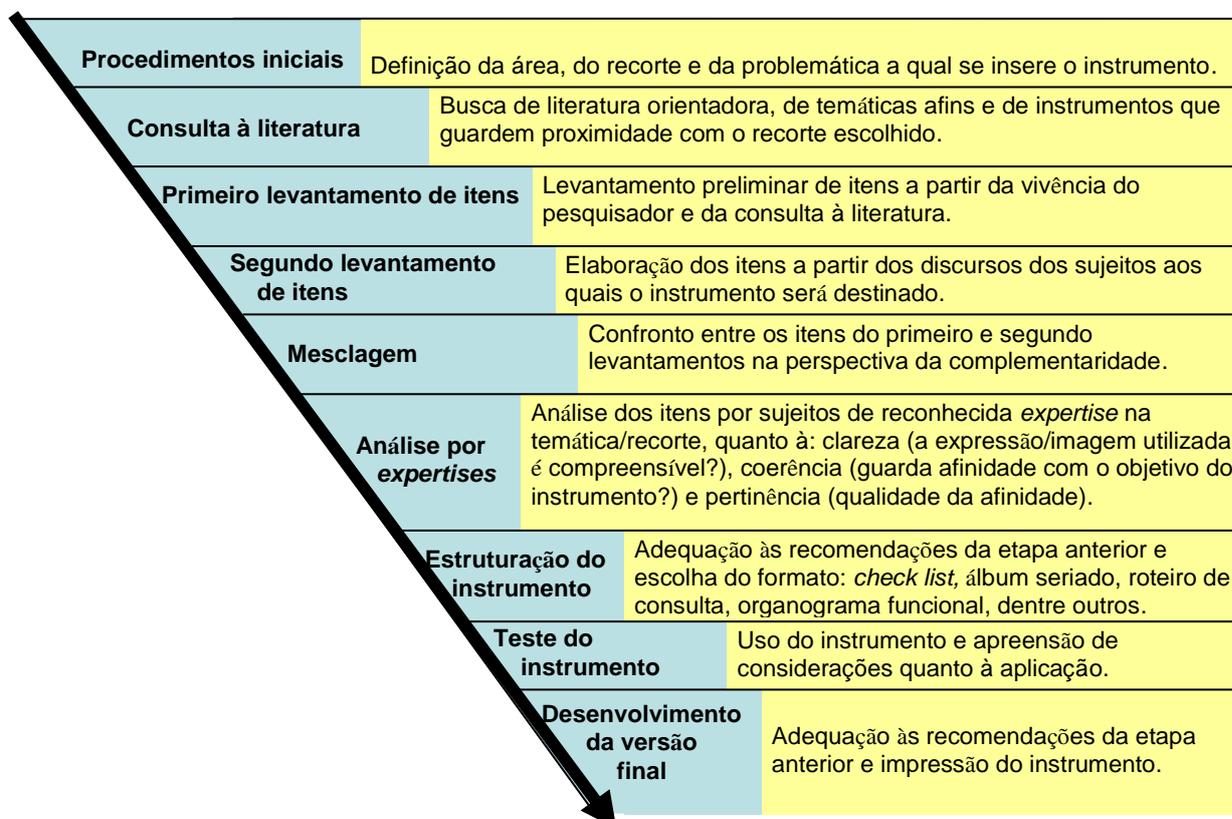
Quadro 4.1 - Comparativo entre os passos do método proposto por Pasquali para estudos metodológicos e o proposto para este estudo. (*Conclusão*)

	<p><b>12.</b> Normatização: estabelecimento de como os resultados ou escores devem ser interpretados.</p>	<p><b>9. Desenvolvimento da Versão Final:</b> adequação e produção do construto (fase permanente, uma vez que a adequação deve ser contínua e sistemática de acordo com a necessidade de melhorias do instrumento).</p>
--	---	---

Fonte: MOURÃO NETTO; DIAS (2013) adaptado de PASQUALI (1999).

Atentamos para o fato de que é limitada a possibilidade de construção de um instrumento, sem fim psicométrico, seguindo o método proposto por Pasquali, em face da estreita relação guardada entre o método e a psicometria, uma vez que este foi concebido essencialmente para esta finalidade.

Figura 4.1 – Descrição das etapas do Método para Construção de Instrumentos Não Psicométricos (MCINP).



Fonte: MOURÃO NETTO; DIAS (2013) adaptado de PASQUALI (1999).

Sobre a classificação de estudos que apresentam um delineamento próximo ao que os autores deste estudo descrevem como **Estudos Metodológicos Não Psicométricos**, inferimos, pela literatura acessada, que autores têm buscado subsídios em outras tipologias de estudo para apresentá-los e/ou atêm-se a apresentarem a descrição dos passos metodológicos, sem, no entanto, classificarem os estudos.

No estudo de Cano *et al.* (2011) sobre o desenvolvimento de um protocolo eletrônico de fisioterapia respiratória para adolescentes com escoliose idiopática, descrevem o método/caminho desenvolvido para a construção do referido instrumento, sem classificar o tipo de estudo.

O estudo realizado por Reberte, Hoga e Gomes (2012) apresentou os passos para o desenvolvimento de uma caderneta para gestantes e classificou o referido estudo como Pesquisa-Ação.

Portanto, salientamos que o percurso metodológico a ser seguido neste estudo guarda consonâncias com as características do método proposto por Pasquali, conforme demonstrado no quadro, ao passo que modifica, inclui e exclui alguns passos metodológicos.

## 4.2 Cenário

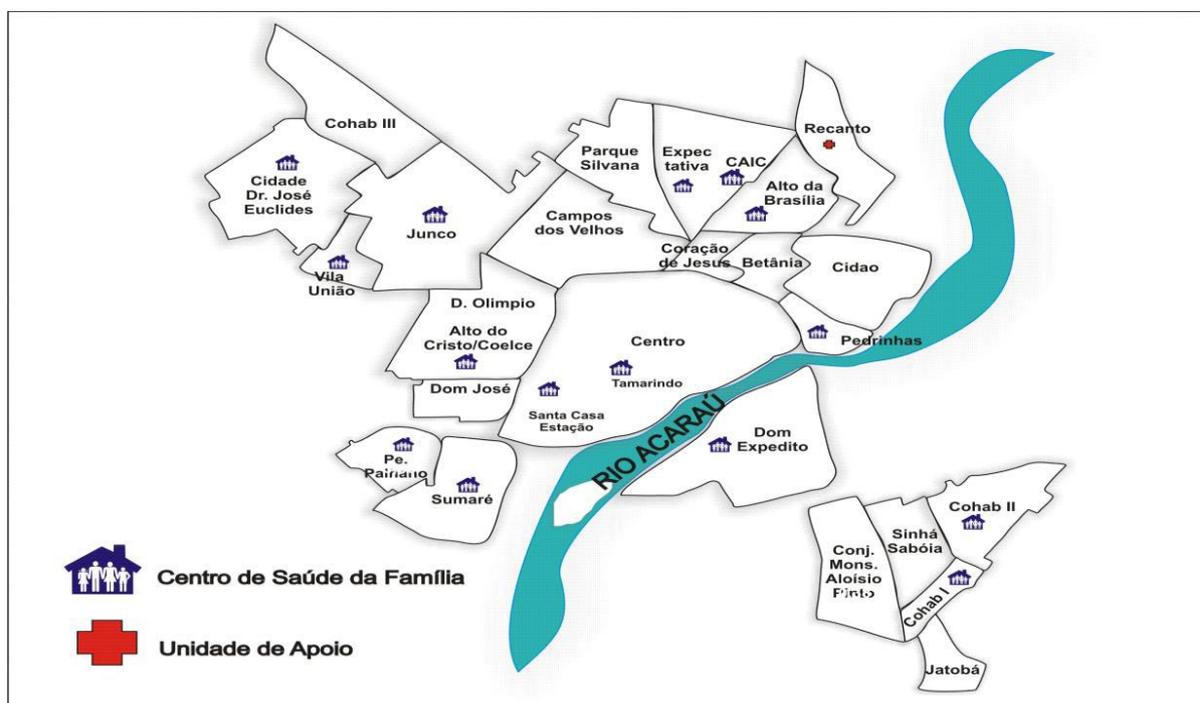
Sobral é a principal cidade do noroeste do estado do Ceará e a segunda mais importante do estado em termos econômicos e culturais, sendo a terceira maior região metropolitana, atrás somente da capital Fortaleza e de Juazeiro do Norte, na região sul. Sobral localiza-se a 238 quilômetros de Fortaleza. O acesso rodoviário é feito pela BR-222, que liga o Ceará ao Piauí e, conseqüentemente, ao Maranhão e ao Pará. A cidade tem clima tipicamente tropical, quente e seco. Suas características geográficas são as seguintes: Sobral tem uma área de 2.122,989 km<sup>2</sup> com uma população de 188.233 habitantes, sendo 91.462 do sexo masculino e 96.771 do sexo feminino, comportando ainda 35.764 adolescentes (IBGEa, 2010; SOBRAL, 2012).

O município de Sobral mantém 28 Centros de Saúde da Família (CSF) distribuídos em 15 unidades na sede e 13 unidades nos distritos. Existem 48 equipes da Estratégia Saúde da Família com 410 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Ainda compõem as unidades de saúde 06 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com 40 profissionais distribuídos em 10 categorias.

O estudo foi desenvolvido na área adscrita aos Centros de Saúde da Família dos bairros Terrenos Novos e Padre Palhano. A opção por estes territórios baseou-se no registro da Secretaria de Saúde de Sobral, que os identifica como territórios de maior fluxo de usuários e quantitativo de profissionais. Todos os CSF comportam 04 equipes da ESF. Neste contexto, teremos a possibilidade de desenvolver o estudo em territórios de maior abrangência e diversidade de profissionais da ESF, adolescentes, professores e pais/cuidadores.

No bairro Padre Palhano, identificamos duas escolas, sendo uma de Ensino Médio e outra de Ensino Fundamental. Em Terrenos Novos, registramos duas escolas de Ensino Fundamental. Todas as escolas serviram como campo de coleta.

Figura 4.2 – Distribuição dos Centros de Saúde da Família em Sobral.



Fonte: SOBRAL. Secretaria da Saúde e Ação Social. Relatório de Territorialização: Vila União e Terrenos Novos. Sobral. 2012.

### 4.3 Participantes

Os bairros em questão são considerados áreas de risco social, onde problemas como uso de drogas, gravidez na adolescência, violência intrafamiliar e adolescentes em conflito com a lei são situações introjetadas ao cotidiano da comunidade e dos profissionais de saúde.

Participaram do estudo: adolescentes, pais de adolescentes, profissionais de saúde e professores de escolas dos referidos bairros.

Consonante com a intencionalidade do instrumento, de viabilizar atenção integral, foi relevante considerar a variedade de sujeitos, de forma que contemplasse o máximo possível das múltiplas dimensões que permeiam a vida dos adolescentes. Assim, foram constituídos quatro grupos, compostos por pais de adolescentes, adolescentes, professores e profissionais da ESF. Estes foram abordados nos CSF e nas escolas.

Para definição do quantitativo de sujeitos, utilizamos o método da saturação das respostas, uma vez que este ocorre quando os dados obtidos passavam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, ou seja, quando as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados (FONTENELLA; RICAS; TURATO, 2008).

O processo de inclusão para cada segmento está descrito a seguir:

- (a) profissionais da ESF: solicitamos aos gerentes dos CSF a indicação de um profissional de cada categoria para contribuir com o estudo. Estes deveriam aceitar e ter disponibilidade para participar do estudo. Ao todo foram 17 profissionais;
- (b) professores: solicitamos a indicação da diretora da escola, priorizando os que estivessem/estavam envolvidos em atividades com adolescentes, aceitassem e tivessem disponibilidade para participar do estudo. Este grupo foi composto por 03 professores de cada bairro, totalizando 06 professores.

(c) adolescentes: para critérios de inclusão, o adolescente deveria estar matriculado em escolas do bairro, estar domiciliado no bairro e inserir-se na faixa etária de 10 a 19 anos. Em cada um desses grupos, contemplamos uma faixa etária correspondente a uma das três fases do desenvolvimento do adolescente: inicial (10-14), intermediária (13 a 16) e final (15 a 21), uma vez que é sabido que há uma diferença maturacional entre estes três momentos do desenvolvimento que pode se traduzir em diferenças de interesses quanto às temáticas que se deseja identificar (BRASIL, 2008). Todos devem ainda aceitar e ter disponibilidade para participar do estudo. Este grupo foi constituído por 09 adolescentes de cada bairro, sendo 03 correspondentes a cada uma das fases do desenvolvimento, perfazendo um total de 18 participantes;

(d) pais/ cuidadores: os participantes deste grupo foram encontrados no CSF. A partir da Indicação dos Agentes Comunitários de Saúde, abordamos os pais que tinham filhos adolescentes, que aceitassem e tivessem disponibilidade para participar do estudo. Ao todo foram 06 pais de adolescentes;

(e) *expertises*: para fins de definição das *expertises*, utilizamos da técnica da bola de neve, a qual se configura em uma forma de amostra não probabilística usada em pesquisas sociais em que os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes que por sua vez indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto (BALDIN; MUNHOZ, 2011). Os profissionais contemplaram os seguintes critérios de inclusão: possuir reconhecida experiência na Atenção à Saúde do Adolescente e/ou ter formação em Atenção à Saúde do Adolescente e/ou ter formação e experiência em construção de instrumento, aceitar e ter disponibilidade para participar do estudo.

#### 4.4 Período de desenvolvimento

A pesquisa teve seu início em agosto de 2012, logo quando os pesquisadores se voltaram para o aprimoramento e refinamento da proposta, sendo que esta etapa findou em fevereiro de 2013. A partir de novembro de 2013, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), dedicamo-nos ao desenvolvimento do instrumento propriamente dito, iniciando a coleta de dados/informações e, a partir de dezembro desse mesmo ano, à fase de análise e desenvolvimento final do instrumento. A pesquisa foi concluída em março de 2014.

#### 4.5 Coleta e organização das informações

Para oportunizar o encontro com os sujeitos, utilizamos os espaços das escolas, para o encontro com professores e adolescentes, e dos Centros de Saúde da Família, para encontro dos profissionais e dos pais de adolescentes.

Para a coleta das informações, foi utilizada a entrevista estruturada, a qual foi gravada em dispositivo eletrônico. O instrumento de coleta foi construído com base no *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* ou Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (GRUPO WHOQOL, 2012, tradução nossa).

As gravações foram transcritas e posteriormente organizadas em categorias analíticas a partir dos domínios e facetas propostos pelo Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde.

O instrumento supracitado tem por intenção abranger aspectos relevantes da vida do indivíduo e que influenciam em sua qualidade de vida. Estrutura-se em 06 (seis) domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais) e 24 facetas (dor/desconforto, energia/fadiga, sono/repouso, sentimentos positivos, pensar/aprender/memorizar/concentrar, autoestima, imagem corporal/aparência, sentimentos negativos, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicamento ou de tratamento, capacidade de trabalho, relações pessoais, suporte/apoio social, atividade sexual, segurança física/proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidade de desenvolver atividades de recreação e lazer, ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima), transporte, espiritualidade/religião/crenças pessoais (GRUPO WHOQOL, 2012).

Consideramos que este referencial se configurou oportuno a este estudo em face da estreita relação entre qualidade de vida e Atenção Integral à Saúde. Diante do exposto, confrontamos os dados coletados com os domínios e facetas elencados pela OMS, constatando assim que as falas contemplavam todas as facetas as quais mencionava tal referencial.

O instrumento que norteou a entrevista foi construído com base no instrumento que mede a qualidade de vida da OMS, como anteriormente explicitado. O teste do instrumento de coleta ocorreu com 03 sujeitos: uma professora, um profissional de saúde e um adolescente e possibilitou ajustes significativos no instrumento de coleta de informações, principalmente no sentido da adequação do conteúdo ao entendimento dos sujeitos.

#### **4.6 Estratégia de desenvolvimento**

As etapas seguintes foram organizadas de acordo com o método proposto, desenvolvido a partir do referencial de Pasquali (1999) para construção de instrumentos psicométricos, assim como expressado na figura: 4.1, página 38.

##### ***4.6.1 Coleta das informações***

Esta etapa compreendeu a coleta de informações que se traduziram nos itens que compuseram a versão preliminar do instrumento, objetivo do estudo. Para que os fenômenos observáveis e relevantes, sob uma visão integral, fossem contemplados, quatro fontes distintas de informação foram utilizadas: adolescentes, pais de adolescentes, professores e profissionais de saúde. Também é descrita nesta etapa as abstrações da vivência dos autores e o que emergiu da busca na literatura quanto a instrumentos ou literaturas afins à temática Atenção Integral à Saúde do Adolescente. Com os sujeitos, utilizamos o instrumento de coleta de dados.

##### ***4.6.2 Composição dos itens***

Os itens emergidos da etapa anterior foram analisados e posteriormente compuseram o instrumento. Nesta etapa, foram eliminados itens semelhantes ou correspondentes.

### **4.6.3. Estruturação dos itens**

De posse dos dados coletados e já organizados, seguimos com a elaboração da primeira descrição dos itens do instrumento. Optamos pelo modelo *checklist*, por ser este um formato de maior afinidade com os propósitos do estudo, pois permite o registro dos itens trabalhados por cada profissional, sendo de fácil manuseio e entendimento.

### **4.6.4 Análise por expertises**

O objetivo da análise dos *experts*, ou juízes, é verificar a adequação da representação comportamental dos atributos, sendo um número de seis juízes o recomendável para essa tarefa (PASQUALI, 1999).

Nesse contexto, o protocolo foi encaminhado à análise de *expertises*, de forma que estes ofereçam parecer sobre diversas perspectivas do instrumento, como clareza, disposição e agrupamento das informações, exequibilidade do instrumento, qualidade e quantidade do conteúdo.

Para compor a relação de peritos, utilizamos a técnica da bola de neve. A cada perito, disponibilizamos uma cópia do protocolo proposto junto com um questionário, onde foram anotadas as fragilidades e potencialidades identificadas. O grupo foi composto por 10 *expertises*.

Pasquale infere que para o grupo de juízes um número mínimo de seis seja o adequado. No contexto deste estudo, após a identificação dos seis primeiros juízes, consideramos a introdução de mais quatro, em face de suas reconhecidas contribuição e *expertise* no tema, de forma que os 10 componentes se mostram estruturantes para o bom desenvolvimento da pesquisa.

### **4.6.5 Estruturação do instrumento**

Após as inferências dos juízes, realizamos as adequações pertinentes e construímos a versão preliminar do instrumento na forma de um *checklist*.

#### ***4.6.6 Teste do instrumento***

Para a realização desta etapa, deve ser solicitado que os profissionais, participantes do estudo, apliquem o instrumento e ofereçam seu parecer.

Ressaltamos que, para fins deste trabalho de dissertação, esta etapa não foi realizada por considerar que o tempo necessário para a sua execução é superior à disponibilidade de tempo para conclusão do MPSF.

Nesse sentido, a pesquisa até aqui sinaliza que estudos futuros podem ser realizados para fins de validação.

#### ***4.6.7 Desenvolvimento da versão preliminar***

Este momento envolveu um trabalho de diagramação, análise dos aspectos gramaticais por profissional habilitado e impressão do material.

### **4.7 Aspectos éticos**

Quanto aos princípios éticos da pesquisa, estes foram respeitados, garantindo-se a veracidade dos resultados e o sigilo das identidades. O estudo foi regido pela Resolução 466/12 sobre pesquisas envolvendo seres humanos. De acordo com os termos da Resolução, o caráter ético da pesquisa implica em: (1) autonomia: os participantes tiveram liberdade de abandonar o estudo em qualquer etapa do processo, se assim tomarem como necessário, sem incorrer em nenhum dano para os mesmos; (2) beneficência: houve ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais quanto potenciais, de forma que nos comprometemos com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; (3) não maleficência: garantimos que danos previsíveis fossem evitados; (4) justiça e equidade: justificamos a realização do estudo em sua relevância social.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos e ocorrer no município de Sobral, esta, primeiramente, foi analisada pela Comissão Científica do Município de Sobral para em seguida ser enviada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sendo aprovada (parecer n°470.653). Aos adultos que participaram, solicitamos a leitura e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Aos adolescentes, disponibilizamos o Termo de Assentimento e o TCLE aos pais.

## **5 RESULTADOS**

### **5.1 Procedimentos iniciais**

Consonantes aos propósitos do Mestrado Profissional em Saúde da Família e fiéis ao contexto e problemáticas vivenciadas no âmbito da ESF, a área temática escolhida foi a Saúde do Adolescente, sendo o recorte a fragilidade da ESF quanto à promoção de uma atenção integral a este grupo populacional.

### **5.2 Consulta à literatura**

No sentido de construir o arcabouço teórico, o qual se assenta o estudo, realizamos uma extensa e sistemática busca nas bases de dados. Assim, estabelecemos o Estado da Questão para a seguinte pergunta norteadora: Existem, nas bases de dados, estudos que tratem de protocolos e outros instrumentos voltados para a atenção integral/promoção da saúde do adolescente? A descrição completa desta busca encontra-se no capítulo de introdução deste texto, no subitem 1.3, intitulado: Instrumentos Orientadores da Atenção à Saúde do Adolescente: o estado da questão.

A partir desses procedimentos, constatamos a insipiência da literatura quanto à produção de instrumentos nas áreas temáticas Saúde do Adolescente e Promoção da Saúde, bem como a ausência de métodos validados de produção de instrumentos sem fim psicométrico. Apenas um instrumento encontrado se aproximou do que propõe este trabalho.

### **5.3 Primeiro levantamento de itens**

O primeiro levantamento de itens ocorreu a partir da vivência dos pesquisadores e do que foi abstraído das bases de dados, durante a realização da revisão de literatura necessária ao desenvolvimento do estudo, bem como do estabelecimento do estado da questão. No que se refere à experiência do mestrando, este atuou na ESF por quatro anos, é especialista em Saúde da Família e em Atenção Integral à Saúde do Adolescente.

Quadro 5.1 - Itens propostos pelos pesquisadores com base na vivência e busca na literatura.

Nº	ITENS
1.	“Para você, o que é ser adolescente?” Incentivar a reflexão e orientar.
2.	Surgimento das características sexuais secundárias: pelos, barba, mudança da voz, menstruação, aumento das mamas e testículos.
3.	Higiene pessoal: banho, escovação dos dentes, dentre outros.
4.	Família, amigos e escola: estimular boa convivência nestes espaços e fazer refletir sobre sua importância.
5.	Esquema vacinal: sem comprovação, iniciar. Se incompleto, completar. Hepatite B (0 – 1 – 6 ), dT (0 – 2 – 4 ), febre amarela (se necessário) e tríplice viral (dose única).
6.	Atentar para problemas nutricionais.
7.	Tratar verminoses, se necessário.
8.	Questionar sobre possíveis problemas na família, escola, amigos ou namoro.
9.	Encaminhar para avaliação odontológica.
10.	Estimular e acompanhar a inserção em grupos.
11.	Tratar sobre abuso, violência, assédio.
12.	Ensino: uso da camisinha.
13.	Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – direitos e deveres.
14.	Função do Conselho Tutelar, CRAS, CREAS e outros pontos de interesse na Rede de Atenção.
15.	Questões de gênero, etnia.
16.	Órgão e programas direcionados a adolescentes: Jovem Aprendiz, CIEE, dentre outros.
17.	Protagonismo Juvenil.
18.	Prevenção ao uso de drogas: <i>crack</i> , cocaína, cola, álcool e tabaco.
19.	Aparecimento, tratamento e cuidados com a acne.
20.	Sexualidade: namorar, ficar, beijar, transar, engravidar.
21.	Investigar o relacionamento com a família.
22.	Vestibular, universidade e profissão: estimular a reflexão.
23.	Agendar exame de Prevenção do Câncer Ginecológico, se vida sexual ativa ou queixa que o justifique.
24.	Fortalecer a autoestima.
25.	Incentivar e explicar o processo de registro e documentação (RG, CPF, reservista, título de eleitor, carteira de trabalho, dentre outros).
26.	O que é liberdade? Provocar reflexão.
27.	O que é independência? Provocar reflexão.
28.	Qual seu projeto de vida? Provocar reflexão.
29.	Investigar DST.
30.	Fisiologia básica do processo reprodutivo.
31.	Sexo, masturbação e poluição noturna.
32.	Planejamento familiar e métodos contraceptivos.
33.	Contracepção de emergência.
34.	Homoafetividade.
35.	Aborto.
36.	Trabalho e universidade.
37.	O que é maioridade?
38.	Namorar, casar, engravidar, parir: provocar reflexão.
39.	Os desafios da vida adulta.
40.	“Qual a importância deste acompanhamento para sua vida?”
41.	Deixar claro que, mesmo ultrapassando a faixa etária dos 19 anos, o serviço continua disponível para ele e que você, profissional, permanece a sua disposição.

Fonte: dados do estudo.

#### 5.4 Segundo levantamento de itens

Para a realização do segundo levantamento, entrevistamos quatro grupos de sujeitos: adolescentes, pais de adolescentes, profissionais da ESF e professores. No total, foram 47 sujeitos entrevistados, sendo 06 pais de adolescentes, 06 professores, 29 adolescentes e 17 profissionais de saúde, contemplando 10 categorias profissionais distintas.

Quadro 5.2 – Número e distribuição por categoria de sujeitos do estudo: pais, profissionais de saúde e professores.

CATEGORIA		QUANTIDADE
Professor		06
Pai de Adolescente		06
<i>P r o f. d e S a ú d e</i>	Assistente Social	01
	Médico	02
	Nutricionista	02
	Fisioterapeuta	02
	Enfermeiro	02
	Agente Comunitário de Saúde	02
	Psicólogo	01
	Odontólogo	02
	Farmacêutica	01
	Educador Físico	02
TOTAL		29

Fonte: dados do estudo.

Os profissionais foram abordados durante o expediente de trabalho, em suas respectivas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A abordagem inicial ocorreu com a gerente da UBS, de forma que esta indicou um profissional de cada categoria que pudesse contribuir com o estudo.

Ao todo, foram 29 profissionais. Porém ainda tivemos a ausência de uma farmacêutica, pois um dos campos de coleta não dispunha deste profissional, como também um assistente social e um psicólogo, uma vez que os mesmos encontravam-se em período de férias.

Quanto aos adolescentes, estes foram abordados na escola. Para tal acesso, realizamos contato com a Secretaria de Educação do Município e Secretaria de Educação do Estado. Seguindo as orientações destes órgãos, a autorização para a realização da pesquisa foi concedida mediante ofício entregue às diretoras das escolas. As entrevistas ocorreram em salas reservadas, concedidas pela direção.

Aos adolescentes com 18 e 19 anos, após esclarecimentos, solicitamos que lessem e, se concordassem em participar, assinassem o TCLE. Aos menores de 18 anos, explicamos a natureza do estudo, seus objetivos e como seria a participação do sujeito. Posteriormente, orientamos que levassem o Termo de Assentimento e TCLE para casa e, se aceitassem participar do estudo, o trouxessem no dia seguinte, assinados por eles e pelo pai ou responsável. Foi disponibilizado o número telefônico para contato no intuito de esclarecer possíveis dúvidas.

Quadro 5.3 - Adolescentes entrevistados: distribuição por faixa etária.

IDADE (EM ANOS)	QUANTIDADE
10	03
11	01
12	02
13	-
14	01
15	04
16	02
17	01
18	03
19	01
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>

Fonte: dados do estudo.

A partir do quadro, podemos inferir que as três fases do desenvolvimento do adolescente foram contempladas, bem como quase todas as faixas etárias que correspondem à adolescência.

Durante a coleta, os adolescentes mostraram-se receptivos, sem haver maiores dificuldades dessa natureza durante esta etapa.

O resultante das entrevistas foram itens que evidenciaram um escopo variado de pontos de abordagem com o adolescente, expressando contundentemente a variabilidade e riqueza de pensamentos dos sujeitos.

Quadro 5.4 - Itens abstraídos das entrevistas.

Nº	ITEM
1.	Estimular a inserção política (eleições, movimentos, partidos).
2.	Importância da estrutura, respeito, diálogo e boa convivência familiar.
3.	Liberdade e autonomia.
4.	Sexualidade: virgindade.
5.	Mudanças na adolescência: modificações do corpo, menstruação, alteração do humor, convívio em grupos, rebeldia.
6.	Estimular os sonhos, perspectivas, metas, objetivos.
7.	Ida ao ginecologista.
8.	Direitos e deveres dos adolescentes.
9.	Convivência nos espaços coletivos.
10.	Prevenção ao uso de drogas lícitas e ilícitas.
11.	Mercado de trabalho.
12.	Inclusão produtiva.
13.	Protagonismo juvenil.
14.	Como usar a camisinha.
15.	Homossexualidade.
16.	Aborto.
17.	Planejamento familiar: métodos anticoncepcionais e prevenção da gravidez na adolescência.
18.	Estimular o desenvolvimento de novas habilidades e aquisição de conhecimentos.
19.	Cuidados com a higiene oral: prevenção de cáries.
20.	Alterações posturais.
21.	Prostituição, abuso sexual.
22.	Atividade física.
23.	Racismo, preconceito.
24.	Dor e desconforto: dores mais comuns (pernas e joelhos). Diferenciar os tipos de dor, quando procurar o serviço de saúde.
25.	Qualidade e importância do sono e repouso.
26.	Estimular pensamentos positivos.
27.	Importância/aumento da autoestima.
28.	Afetividade.
29.	Higiene pessoal (cortar cabelo, tomar banho, lavar a farda, escovar os dentes).
30.	Estimular a concentração, memória, atenção, aprendizado.
31.	Alimentação saudável: reeducação alimentar, tabus alimentares.
32.	Imagem corporal, aparência, aceitação do corpo.
33.	Identificar e desconstruir complexos de inferioridade.
34.	Estimular a criticidade.
35.	Explicar sobre doenças para adolescentes em uso de medicamentos controlados, efeitos dos remédios, cuidados.
36.	Investigar e estimular perspectivas de trabalho e estudo: profissão, universidade, vocação.
37.	Estimular inserção no mercado de trabalho, ajudar em afazeres domésticos.
38.	Cotidiano (valorizar atividades da vida cotidiana e a importância de cada ação para o adolescente).
39.	Suporte social: equipamentos e atividades que compõem a rede e que podem dar suporte ao adolescente.
40.	Explicar/apresentar o ECA.
41.	Cultura de paz.
42.	Relativizar entre experiência no mundo virtual e mundo real: redes sociais, <i>web</i> , etc.
43.	Estimular oportunidades de aprender coisas novas.
44.	Estimular a leitura.
45.	Qualidade do lazer e recreação (relativizar a ida para festas e brincadeiras de rua, entre amigos, conversar).
46.	Poluição do ambiente, reciclagem, poluição sonora, visual.
47.	Educação monetária/economia doméstica.
48.	Segurança: evitar relações e atividades arriscadas e perigosas.
49.	Estimular lazer e recreação saudáveis.
50.	Estimular inserção em grupos operativos.
51.	Interferência do lar e da estrutura do lar na vida do adolescente.
52.	Espiritualidade e importância/necessidade de seguir uma religião.

Fonte: dados do estudo.

O quadro a seguir demonstra que o conjunto de itens atendeu ao desejo inicial de contemplar os domínios e facetas propostos no instrumento que mede a qualidade de vida. A utilização dos domínios ocorreu a título de validar o alcance de uma perspectiva integral, de forma que não pareceu necessária sua utilização na formatação final do instrumento.

Quadro 5.5 - Itens selecionados extraídos das entrevistas. Distribuição por domínios.

DOMÍNIO	ITEM
Domínio Físico	- Dor e desconforto: dores mais comuns (pernas e joelhos). Diferenciar os tipos de dor, quando procurar o serviço de saúde.
	- Qualidade e importância do sono e repouso.
	- Estimular pensamentos positivos.
	- Direcionar a energia, aproveitar melhor para evitar a fadiga.
Domínio Psicológico	- Perspectiva de vida.
	- Estimular pensamentos positivos.
	- Objetivos de vida.
	- Importância/aumento da autoestima.
	- Afetividade.
	- Higiene (cortar cabelo, tomar banho, lavar a farda, escovar os dentes).
	- Estimular a concentração, memória, atenção, aprendizado.
	- Imagem corporal.
	- Alimentação saudável.
	- Imagem corporal e aparência.
- Complexo de inferioridade.	
- Estimular a criticidade.	
- Aceitação do corpo.	
Domínio Nível de Independência	- Explicar sobre doenças para pacientes em uso de medicamentos controlados, efeitos dos remédios, cuidados.
	- Investigar e estimular perspectivas de trabalho e estudo.
	- Estimular inserção no mercado de trabalho ou desenvolver algum trabalho.
	- Estimular a identificação com uma profissão.
	- Estimular a ajudar em afazeres domésticos.
	- Trabalho, estudo, disciplina.
- Cotidiano (valorizar atividades da vida cotidiana e a importância de cada ação para o adolescente).	
Domínio Relações Sociais	- Saber conviver em grupo na escola.
	- Saber se portar em ambientes públicos.
	- Relações sexuais: momento adequado, prevenção de doenças e gravidez.
	- Educação, boas maneiras.
	- Suporte social: equipamentos que compõem a rede e que podem dar suporte ao adolescente.
	- Explicar/apresentar o ECA.
	- Cultura de paz.
	- Estimular a relação funcional com a família.
- Relativismo entre experiências do mundo virtual e mundo real.	
Domínio Ambiente	- Relação com a família.
	- Estimular oportunidades de aprender coisas novas.
	- Qualidade do lazer e recreação (relativizar a ida para festas e brincadeiras de rua, entre amigos, conversar).
	- Atividades disponibilizadas pelas redes de atenção.
	- Evitar poluição do ambiente, reciclagem, poluição sonora, visual.
	- Desenvolver a consciência de lar.
- Interferência do lar, das condições das relações e da estrutura do lar na vida do adolescente.	
Domínio Religião e Espiritualidade	- Espiritualidade.
	- Importância/necessidade de seguir uma religião.

Fonte: dados do estudo.

## 5.5 Mesclagem

Esta etapa abrangeu o processo de fusão dos itens emergidos no primeiro e no segundo levantamentos. Para tanto, os itens eram comparados, sendo que os itens que guardavam caráter singular e inédito, no contexto dos dois grupos de itens, de imediato compunham a lista final. Para os itens que apresentavam ideias iguais ou próximas, criamos um único item que contemplasse a concepção expressada nos dois. Se foram repetidos, um foi eliminado.

A partir da etapa Primeiro Levantamento de Itens, emergiram 41 itens. No Segundo Levantamento de Itens, 52 itens. Concluída a fase Mesclagem, 66 itens compunham a lista final que seria encaminhada para a avaliação das *expertises*.

O quadro a seguir expressa a junção dos itens abstraídos da primeira e segunda etapas de coleta.

Quadro 5.6 - Lista final de itens após a etapa Mesclagem. Organização por faixa etária. (Continua.)

FAIXA ETÁRIA	Nº	ITEM
10 – 13 Anos	1.	“Para você, o que é ser adolescente?” Incentivar a reflexão e orientar.
	2.	Surgimento das características sexuais secundárias: pelos, barba, mudança da voz, menstruação, aumento das mamas e testículos.
	3.	Higiene pessoal: banho, escovação dos dentes, dentre outros.
	4.	Família, amigos e escola: estimular a boa convivência nestes espaços e fazer refletir sobre sua importância.
	5.	Esquema vacinal: sem comprovação, iniciar, se incompleto, completar. Hepatite B (0 – 1 – 6 ), dT (0 – 2 – 4 ), febre amarela (se necessário) e tríplice viral (dose única).
	6.	Atentar para problemas nutricionais.
	7.	Tratar verminoses, se necessário.
	8.	Questionar sobre possíveis problemas na família, escola, amigos ou namoro.
	9.	Encaminhar para avaliação odontológica.
	10.	Estimular e acompanhar a inserção em grupos.
	11.	Tratar sobre abuso, violência, assédio, prostituição.
	12.	Ensino: uso da camisinha.
	13.	Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – direitos e deveres.
	14.	Função do Conselho Tutelar, CRAS, CREAS e outros pontos de interesse da Rede de Atenção.
	15.	Questões de gênero e raça.
	16.	Suporte social: expor iniciativas que podem dar suporte ao adolescente (Jovem Aprendiz, PROUNI, CIEE).
	17.	Protagonismo Juvenil.
	18.	Prevenção ao uso de drogas: <i>crack</i> , cocaína, cola, álcool e tabaco.
	19.	Aparecimento, tratamento e cuidados com a acne.
	20.	Fortalecer a autoestima.
	21.	Sexualidade: namorar, ficar, beijar, transar, engravidar.
	22.	Hábitos de vida saudáveis: exercícios físicos e alimentação.
	23.	Dor e desconforto: dores mais comuns (cefaleia, pernas e joelhos). Quando procurar o serviço de saúde?
	24.	Qualidade e importância do sono e repouso.
	25.	Estimular a concentração, memória, atenção, aprendizado.
	26.	Identificar problemas com imagem corporal, aparência e aceitação do corpo.

Quadro 5.6 - Lista final de itens após a etapa Mesclagem. Organização por faixa etária. (Conclusão)

	27. Estimular Cultura de Paz.
14 – 16 Anos	28. Investigar o relacionamento com a família e estimular a boa convivência e a afetividade.
	29. Vestibular, universidade, vocação e profissão: estimular a reflexão.
	30. Agendar exame de PCG, se vida sexual ativa ou queixa que o justifique.
	31. Fortalecer a autoestima.
	32. Investigar participação nos grupos.
	33. Aplicação de teste vocacional.
	34. Incentivar e explicar o processo de registro e documentação (RG, CPF, Carteira de Reservista, Título de Eleitor etc.).
	35. O que é liberdade? O que é independência? O que é autonomia? Provocar reflexão.
	36. Qual seu projeto de vida? Provocar reflexão.
	37. Investigar uso de drogas. Prevenir uso de drogas.
	38. Investigar DSTs.
	39. Fisiologia básica do sistema reprodutivo.
	40. Sexo, masturbação e poluição noturna.
	41. Planejamento familiar e métodos contraceptivos.
	42. Contracepção de emergência.
	43. Homoafetividade.
	44. Aborto.
	45. Estimular a inserção política (eleições, movimentos sociais, partidos).
	46. Estimular a Inclusão Produtiva.
	47. Estimular o desenvolvimento de novas habilidades e aquisição de conhecimentos.
	48. Prevenir alterações posturais.
	49. Adolescentes com doenças agudas ou crônicas: explicar doença, tratamento, fármacos, cuidados.
	50. Estimular a inserção no mercado de trabalho e a ajudar em afazeres domésticos.
	51. Valorizar atividades da vida cotidiana: estudar, afazeres domésticos, se relacionar, ir à escola.
	52. Relativizar experiência no mundo virtual e mundo real: redes sociais, <i>web</i> etc.
	53. Estimular a leitura.
	54. Estimular lazer e recreação saudáveis.
	55. Poluição do ambiente, poluição sonora e visual, reciclagem.
	56. Educação monetária/economia doméstica.
57. Segurança: evitar relações e atividades arriscadas e perigosas.	
58. Interferência do lar e de sua estrutura na vida do adolescente.	
59. Espiritualidade e importância de seguir uma religião.	
17 – 19 Anos	60. Trabalho e universidade.
	61. O que é maioridade?
	62. Namorar, casar, engravidar.
	63. Os desafios da vida adulta.
	64. “Qual a importância deste acompanhamento para sua vida?”
	65. Deixar claro que o serviço continua disponível para ele e que você permanece a sua disposição.
	66. Agendar exame de PCG, se vida sexual ativa ou queixa que o justifique.

Fonte: dados do estudo.

## 5.6 Análise por *expertises*

A participação das *expertises* se configurou estruturante para a construção do instrumento. Todos os peritos tinham formação e experiência no trabalho com adolescentes. Onze peritos foram convidados a participar do estudo. A estes foram entregues a lista final de itens (Quadro 5.6), a carta de apresentação do estudo (APÊNDICE G), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), a ficha de identificação da *expertise* (APÊNDICE H) e o instrumento de avaliação dos itens (APÊNDICE I).

A entrega dos documentos supracitados ocorreu por correio eletrônico ou por material impresso. Aos que receberam por correio eletrônico, solicitamos que o termo fosse assinado, digitalizado e enviado ao pesquisador. Apenas 01 *expertise* convidada não pôde participar.

Quadro 5.7 – Caracterização das *expertises*. (Continua.)

NOME	RELAÇÃO COM O TEMA SAÚDE DO ADOLESCENTE	DIMENSÃO DA RELAÇÃO COM O TEMA
<b>Fabiane do Amaral Gubert</b>	Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem (UFC), com área de concentração em Saúde do Adolescente. Professora do Módulo Processo de Cuidar do Adolescente da Faculdade de Enfermagem da UFC. Enfermeira Assistente em ambulatório voltado para adolescentes. Experiência em produção de instrumentos.	Ensino Pesquisa Atenção
<b>Almir de Castro Neves Filho</b>	Médico. Especialista em Pediatria (FIOCRUZ). Mestre e Doutor em Saúde Coletiva (UFC). Consultor da Área Técnica de Saúde do Adolescente e Jovem do Ministério da Saúde e Membro do Comitê Consultivo da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), seção Saúde do Adolescente (adolec). Professor da disciplina Saúde do Adolescente da Faculdade de Medicina da UFC. Realiza atendimento ambulatorial de adolescentes.	Ensino Pesquisa Atenção
<b>Márcia Lessa Fernandes Ribeiro</b>	Enfermeira. Especialista em Enfermagem Pediátrica (UFF) e Saúde Pública (UNIFOR). Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente (UECE). Coordenadora da Atenção à Saúde do Adolescente do Estado do Ceará. Autora de diversos volumes no tema Saúde do Adolescente.	Pesquisa Gestão

Quadro 5.7 – Caracterização das *expertises*. (Conclusão)

<b>Evelyn Eisenstein</b>	Médica. Especialista em Saúde do Adolescente (USM) e Pediatria (SBP). Mestre em Endocrinologia (UERJ). Doutora em Nutrição (UNIFESP). Editora Científica da Revista Adolescência e Saúde. Membro da <i>Internacional Society for Prevention of Child Abuse and Neglect</i> . Consultora da <i>Medical Missions for Children</i> . Prof.ª da UFRJ, onde supervisiona os atendimentos no NESA.	Ensino Pesquisa Atenção
<b>Francisca Júlia dos Santos Sousa</b>	Enfermeira. Especialista em Saúde da Família (EFSFVS) e Atenção Integral à Saúde do Adolescente (UVA). Mestranda em Saúde da Família (UFC). Enfermeira assistente de ambulatório de gestantes adolescentes.	Atenção
<b>Valéria Araújo Lima Mesquita</b>	Assistente Social. Especialista em Atenção Integral à Saúde do Adolescente (UVA). Assistente de ambulatório direcionado para adolescentes grávidas e puérperas.	Atenção
<b>Heliandra Linhares Aragão</b>	Assistente Social. Especialista em Atenção Integral à Saúde do Adolescente (UVA). Assistente de ambulatório voltado para adolescentes grávidas e puérperas.	Atenção
<b>Francisca Joelina xavier</b>	Pedagoga. Especialista em Atenção Integral à Saúde do Adolescente (UVA). Mestranda em Educação (UFF). Vivência com movimentos populares e grupos juvenis.	Pesquisa Atenção
<b>Maria do Socorro Teixeira de Sousa</b>	Enfermeira. Tutora do Sistema de Saúde Escola de Sobral/CE pela ESFVS. Especialista em Atenção Integral à Saúde do Adolescente (UVA). Mestranda em Saúde da Família (UVA/RENASF/FIOCRUZ).	Atenção
<b>Glaucieni Nunes de Sousa</b>	Enfermeira. Especialista em Atenção Integral à Saúde do Adolescente (UVA). Coordenadora do PSE no município de Sobral/CE.	Atenção

Fonte: dados do estudo.

As recomendações envolveram mudanças e melhorias quanto à disposição dos itens nas faixas etárias, adequação dos termos, conteúdos, pertinência, especificidade, abrangência, organização, compreensão e factibilidade da aplicação do instrumento.

Quadro 5.8 – Recomendações específicas das *expertises* e as respectivas adequações na última versão do instrumento (preliminar). Distribuição por item. (*Continua.*)

ITEM	SUGESTÃO	ADEQUAÇÃO	Nº DO NOVO ITEM
2	“Usará algum parâmetro para avaliar? Pode colocar no protocolo as pranchas de avaliação da maturação sexual..”	Acatamos a recomendação e orientaremos que para um melhor aproveitamento deverá vir este instrumento acompanhado da ficha CLAP-OPAS (ANEXO A) e das fichas que compõem o documento “Orientações para o Atendimento à Saúde do Adolescente” (ANEXO D).	-
3	“Verificar pediculose e escabiose(...)”	Banho, escovação dos dentes, pediculose, escabiose, higiene das roupas: orientar quanto à higiene pessoal.	4
4	Estimular a boa convivência comunitária.  “Abordar este item na faixa acima de 14-16 anos: como você se vê dentro da sua família, seu papel, sua importância.”	Investigar interação com família, amigos (gangues), namorado(a), comunidade e escola ( <i>Bullying</i> ). Estimular a boa convivência nestes espaços e fazer refletir sobre a importância desta inserção: positiva ou negativa.  “Como você se vê dentro da sua família? Qual o seu papel, sua importância?”	2  23
5	“Inserir a vacina para HPV.”  “Inserir o esquema de vacinação atualizada para o profissional só checar.”	Esquema vacinal: sem comprovação: iniciar. Se incompleto: completar. Hepatite B: ( )0 ( )1m ( )6m; dT: ( )0 ( )2m ( )4m; ( ) febre amarela (se necessário); tríplice viral (dose única) e HPV (Sexo Fem. 11-13a): ( )0 ( )6m ( )5ª.	5
6	“Acho que poderia citar quais os problemas nutricionais pois muitos profissionais acham que é somente sobrepeso ou desnutrição: déficit de cálcio, anorexia, bulimia e anemia (...).”  “Inserir bulimia e anorexia na faixa de 14-16 anos.”	Magreza, sobrepeso, obesidade, déficit de cálcio, anorexia, bulimia e anemia: investigar desvios nutricionais.  Incluído na faixa etária 14-16 anos.	6
8	“Eu acho que o protocolo poderia abordar a interação família e não direcionar somente para o problema em si.”  Investigar <i>Bullying</i> .	Retirado o item 8, uma vez que as recomendações foram contempladas pelo item 2 do instrumento preliminar.  Inserida investigação para <i>Bullying</i> no item 2.	2
10	É necessário definir o conceito de grupo que serve ao instrumento.	Inserção em grupos conduzidos por profissionais de saúde, educadores ou lideranças comunitárias: estimular e acompanhar.	17
11	Substituir a palavra “prostituição” por “exploração sexual comercial”.	Abuso, violência, assédio e exploração sexual comercial: explicar e orientar.	21
12	1 “Substituir ‘ensino: uso da camisinha’ por ‘conhecimento sobre o uso da camisinha’.”  2 “Substituir ‘uso da camisinha’ por ‘uso de métodos contraceptivos’.”  3 Substituir este item por “informações sobre métodos contraceptivos” e introduzi-lo na faixa de 14-16 anos.	1 Não acatamos esta recomendação por compreender que o ensino transcende o conhecer, uma vez que o primeiro necessita de esforços mais complexos para sua efetivação.  2 Métodos contraceptivos (ênfase na camisinha) e planejamento familiar: orientar e ensinar o uso.  3 Introduzido na faixa de 14-16 anos. Camisinha: ensino de como usar.	-  22  40
14	“Substituir ‘função do’ por ‘conhecimento sobre’ ou ‘atribuições do conselho tutelar’.”  “Transferir para faixa de 17-19 anos”.	Conselho Tutelar, CRAS, CREAS e outros pontos de interesse na Rede de Atenção: informar sobre atribuições.	53
15	Substituir a palavra “raça” por “etnia”.  Transferir para faixa de 17-19 anos.	Questões de gênero e etnia: estimular reflexão.  Transferido para faixa etária de 17-19 anos.	54

Quadro 5.8 – Recomendações específicas das *expertises* e as respectivas adequações na última versão do instrumento (preliminar). Distribuição por item. (*Conclusão*)

16	Abordar espiritualidade e religião na faixa etária de 10-13 anos.	Não acatamos. Justificativa: no sentido da factibilidade do uso do instrumento, os itens devem se repetir o minimamente possível. Assim, consideramos que uma orientação sobre espiritualidade e religião seja mais fértil para a faixa de 17-19 anos.	-
20	“Melhor detalhar o que vem a ser ‘fortalecer a autoestima’.”	Autoestima: fortalecer na perspectiva de estratégias saudáveis. Orientamos a aplicação da Escala de Rosenberg (ANEXO C).	18
21	“O item está muito confuso.”	Sexualidade: orientar ao nível de entendimento do adolescente.	15
22	Promoção de hábitos de vida saudáveis “deve estar na fase de 14-16 anos também”.	Introduzido na faixa etária de 14-16 anos. Hábitos de vida saudáveis: estimular exercícios físicos e alimentação balanceada.	19
23	Inserir “as dores e desconfortos mais prevalentes nas meninas: dismenorrea, amenorrea, algomenorrea e nos meninos: ginecomastia e mastodinia”.	Dor e desconforto: cabeça, pernas, joelhos e abdome. Meninas: dismenorrea, amenorrea, algomenorrea, mastodinia. Meninos: ginecomastia e mastalgia. Orientar quando procurar o serviço de saúde.	12
26	“Evite a palavra problemas. Substituir por ‘alterações’ (...)”	Autoimagem corporal e aceitação do corpo: identificar alterações.	13
37	Introduzir abordagem de anabolizantes neste item.	<i>Crack</i> , cocaína, cola, álcool, tabaco e anabolizantes: investigar e prevenir o uso.	44
44	“Substituir a palavra ‘aborto’ por ‘abortamento provocado ou espontâneo’.”	Abortamento provocado ou espontâneo: explicar com enfoque nos riscos.	41
48	“Isso deve estar na fase anterior (10-13 anos), pois a maioria dos problemas posturais começa na fase escolar(...)”  Inserir “identificar” no item.	Transferido o item para a faixa etária de 10-13 anos.  Hiperlordoses, hipercifoses, escolioses funcionais, cifo escolioses funcionais, escolioses estruturais, cifo escolioses estruturais, lordo escolioses e lordo escolioses funcionais: prevenir e identificar alterações posturais.	07
52	“Não seria interessante colocar na faixa anterior também?”	Inserido na faixa etária de 10-13 anos. <i>Internet</i> e redes sociais: relativizar entre experiências no mundo virtual e mundo real.	03
53	Direcionar sobre qual o tipo de leitura.	Leitura de textos literários e jornais: estimular.	49
59	“Parece conduzir o adolescente para uma religião, quando estamos em um estado laico.”	Espiritualidade e religião: orientar e provocar reflexão.	32
65	“Não está clara a orientação de que serviço, que acompanhamento e quem está à disposição e por quê?”	Deixar claro que o serviço onde você, profissional, se encontra, continua disponível para ele e que você permanece à disposição.	61

Fonte: dados do estudo.

Quadro 5.9 - Orientações de caráter geral. Recomendação e respectiva adequação. (Continua.)

RECOMENDAÇÃO	ADEQUAÇÃO
O parecer sinaliza a necessidade de diminuição na quantidade de itens com sugestão de 31 itens, obstantes aos 66 existentes.	<b>Acatado em parte.</b> <b>Justificativa:</b> esta solicitação foi acatada em parte, uma vez que haveria perdas significativas quanto à abrangência do instrumento, comprometendo seu caráter integral. Foram reduzidos de 66 para 61 itens.
<i>“Está confuso o que será perguntado ou avaliado, com os adolescentes, e os itens que serão solicitados a ser revistos pelos profissionais que estarão atendendo os adolescentes.”</i>	Tal recomendação evidencia a necessidade de um esclarecimento prévio sobre como usar o instrumento. Provavelmente, a <i>expertise</i> não compreendeu a operacionalização do mesmo. Tal explicação está contemplada no corpo do trabalho.
<i>“Muitos conteúdos deverão ser mais bem adequados para a faixa etária final 17-19 anos, incluindo estudo, escolha profissional, inserção no mercado e avaliação de riscos, como exclusão escolar, atraso no desenvolvimento educacional etc.”</i>	Inserido na faixa etária de 17-19 anos: (52) Exclusão escolar, atraso no desenvolvimento educacional e sintomas de transtornos mentais: identificar; (58) Trabalho e universidade: orientar o trabalho como uma necessidade e estimular inserção na universidade.
<i>“Muitos itens deverão ser mais bem redigidos, pois estão superficiais, abrangentes e genéricos.”</i>	Os itens foram adequados de forma que expressem significados menos abrangentes.
Abordar planejamento familiar na faixa etária de 10-13 anos.	Contemplado pelo item 22.
<i>“Abordar espiritualidade em todas as faixas etárias.”</i>	<b>Não acatado.</b> <b>Justificativa:</b> reconhecemos que muitos itens deveriam ser abordados em duas ou mesmo em todas as faixas etárias, no entanto, em defesa da exequibilidade do instrumento, optamos por abordar esta temática em apenas uma faixa, a de 17-19 anos, a qual consideramos ser mais fértil em face do nível cognitivo mais amadurecido dos adolescentes.
Incluir item que aborde a saúde Mental na fase de 14-16 anos. <i>“Incluir item que aborde sobre Saúde Mental.”</i>	<b>Acatado em parte.</b> <b>Justificativa:</b> entendemos que em muitos dos itens propostos esteja contemplada a Saúde Mental dos Adolescentes. Assim, optamos por abordar em apenas uma faixa etária: 17-19 anos, no item 52.
<i>“Os itens 28, 32, 51, 53, 54, 57 e 59 também devem ser abordados na faixa de 10-13 anos.”</i>	<b>Acatado em parte.</b> <b>Justificativa:</b> realizamos análise criteriosa para que, preferencialmente, cada item conste no instrumento uma única vez, para evitar que fique extenso, abrindo exceções para itens de maior expressão e relevância. Assim, apenas os itens 28 e 32 foram contemplados, respectivamente, nesta faixa pelos itens 2 e 17.
Incluir na faixa de 14-16 anos: <i>“Como você se sente como adolescente?”</i> .	<b>Acatado em parte.</b> <b>Justificativa:</b> uma pergunta semelhante é feita no item 1. O item 23 também faz investigação semelhante, assim a intencionalidade do questionamento já teria sido contemplada por outros itens.
<i>“26, 27, 28 e 32: Acho que as orientações devem ser estimuladas desde cedo, se possível ainda na infância, ou no ventre, pois influenciará por toda sua vida.”</i>	Contemplado em parte, visto que procuramos evitar redundâncias na alocação dos itens, como já expressado anteriormente.
Para contemplar os adolescentes com atraso puberal, <i>“(…) resgatar o que foi colocado na fase anterior sobre caracteres sexuais secundários”</i> .	Incluído item que aborda este aspecto (35). Características sexuais secundárias: pelos, barba, mudança da voz, menstruação, aumento das mamas e testículos: orientar e investigar atraso puberal.
<i>“(…) sugiro que coloque outros dados, como idade, menarca, sexarca, se houver avaliação de Tunner, peso, altura, IMC.”</i> <i>“Senti falta da abordagem clínica.”</i>	Estas carências serão sanadas a partir do uso de outros instrumentos já sinalizados, que complementarão o instrumento proposto, como a ficha CLAP-OPAS (ANEXO A e B).
<i>“...colocar as questões mais reflexivas e que não sejam de fórum íntimo primeiro e, ao final, colocar aquelas mais relacionadas à sexualidade e drogas (item 2, 12, 18, 21)(...)”</i>	Os itens foram reorganizados no sentido da recomendação.

Fonte: dados do estudo.

**Quadro 5.9 - Orientações de caráter geral. Organização por recomendação e respectiva adequação. (Conclusão)**

<p>“Os itens devem estar agrupados seguindo alguma orientação. Acho os itens desorganizados. Muito misturados.”</p>	<p>Realizada a alteração recomendada. Os itens foram mais bem agrupados em blocos temáticos.</p>
<p>“Transferir alguns itens para da faixa de 10-13 anos para a 14-16 anos, pois acho que estes são de difícil entendimento para os adolescentes da primeira faixa etária.”</p>	<p>Realizada a alteração recomendada. Os itens que expressavam conteúdos mais complexos foram transferidos para a faixa de 17-19 anos.</p>
<p>Transferir o item 27 para a faixa de 14 – 16 anos e os itens 14 e 15 para a faixa de 17-19 anos.</p>	<p>Realizado.</p>

Fonte: dados do estudo.

## 5.7 Estruturação do instrumento

Além das fragilidades apontadas especificamente para cada item, também houve considerações de cunho geral, abrangendo toda a composição do instrumento. As alterações nos itens foram realizadas considerando as recomendações das *expertises* referentes: (1) a itens que deveriam ser transferidos de uma para outra faixa etária; (2) à organização dos itens de uma forma que mostrasse uma inter-relação; (3) a reduzir o número de itens eliminando redundâncias e (4) à extensa abrangência de alguns itens, deixando-os mais específicos.

A escrita dos itens ganhou uma perspectiva mais direcionada e específica, distanciando-se do caráter abrangente identificado pelas *expertises*. Os itens também foram dispostos em uma nova ordem que considerou a proximidade dos temas de cada item.

A descrição e análise a seguir foram divididas por faixas etárias para favorecer o entendimento das alterações realizadas.

### 5.7.1 Faixa etária 10-13 anos

Para esta faixa etária, transferimos 04 itens para a faixa etária de 17-19 anos, uma vez que podem apresentar uma dificuldade de entendimento para os adolescentes da primeira faixa etária de 10-13 anos. Os itens transferidos foram: (14) função do Conselho Tutelar, Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e outros pontos de interesse da Rede de Atenção; (15) questões de gênero e raça; (16) suporte social: expor iniciativas que podem dar suporte ao adolescente (Jovem Aprendiz, PROUNI, CIEE) e (17) protagonismo juvenil. Também eliminamos o item 08, visto que este se aproxima do conteúdo do item 04. O item 12 foi substituído pelo item 24 na nova

composição. O item 27 foi transferido para a faixa de 14-16 anos por recomendação de um dos peritos. O item 25 foi retirado, uma vez que se apresentava abrangente e, por mais que guardasse relevância no contexto da Saúde do Adolescente, sua abordagem se configurava pouco factível no contexto da ESF.

Consonante com as recomendações, foram ainda incluídos 03 itens provenientes de outras faixas etárias: (3) relativizar experiências no mundo virtual e mundo real: uso da *internet* e das redes sociais; (7) hiperlordoses, hipercifoses, escolioses funcionais, cifo escolioses funcionais, escolioses estruturais, cifo escolioses estruturais, lordo escolioses e lordo escolioses funcionais: prevenir e identificar alterações posturais e (22) Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA): provocar reflexão sobre direitos e deveres. Ao final, dos 27 itens propostos inicialmente, restaram 22.

Quadro 5.10 – Itens do instrumento após adequações. Faixa etária de 10-13 anos.

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>Nº</b>	<b>ITEM</b>
<b>10 – 13 Anos</b>	1.	“Para você, o que é ser adolescente?” Incentivar a reflexão e orientar.
	2.	Investigar interação com família, amigos (gangues), namorado(a), comunidade e escola ( <i>Bullying</i> ). Estimular a boa convivência nestes espaços e fazer refletir sobre a importância desta inserção: positiva ou negativa.
	3.	<i>Internet</i> e redes sociais: relativizar entre experiências no mundo virtual e mundo real.
	4.	Banho, escovação dos dentes, pediculose, escabiose, higiene das roupas: orientar quanto à higiene pessoal.
	5.	Esquema vacinal: sem comprovação: iniciar. Se incompleto: completar. Hepatite B ( )0 ( )1m ( )6m; dT ( )0 ( )2m ( )4m; ( ) febre amarela (se necessário), tríplice viral (dose única) e HPV (Sexo Fem. 11-13a): ( )0 ( )6m ( )5a.
	6.	Magreza, sobrepeso, obesidade, déficit de cálcio, anorexia, bulimia e anemia: investigar alterações nutricionais.
	7.	Hiperlordoses, hipercifoses, escolioses funcionais, cifo escolioses funcionais, escolioses estruturais, cifo escolioses estruturais, lordo escolioses e lordo escolioses funcionais: prevenir e identificar alterações posturais.
	8.	Tratar verminoses, se necessário.
	9.	Acne: aparecimento, tratamento e cuidados.
	10.	Avaliação odontológica: encaminhar.
	11.	Sono e repouso: refletir sobre importância.
	12.	Dor e desconforto: cabeça, pernas, joelhos e abdome. Meninas: dismenorrea, amenorrea, algomenorrea, mastodinia. Meninos: ginecomastia e mastalgia. Orientar quando procurar o serviço de saúde.
	13.	Autoimagem corporal e aceitação do corpo: identificar alterações.
	14.	Características sexuais secundárias: pelos, barba, mudança da voz, menstruação, aumento das mamas e testículos: orientar.
	15.	Sexualidade: orientar ao nível de entendimento do adolescente.
	16.	<i>Crack</i> , cocaína, cola, álcool, tabaco: investigar e prevenir o uso.
	17.	Inserção em grupos conduzidos por profissionais de saúde, educadores ou lideranças comunitárias: estimular e acompanhar.
	18.	Autoestima: fortalecer na perspectiva de estratégias saudáveis. Aplicar Escala de Rosenberg.
	19.	Hábitos de vida saudáveis: estimular exercícios físicos e alimentação balanceada.
	20.	Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA): provocar reflexão sobre direitos e deveres.
	21.	Abuso, violência, assédio e exploração sexual comercial: orientar.
	22.	Métodos contraceptivos (ênfase na camisinha) e planejamento familiar: orientar e ensinar o uso.

Fonte: dados do estudo.

### 5.7.2 Faixa etária 14-16 anos

Os itens 28, 42 e 52 foram retirados desta faixa etária, uma vez que, respectivamente, poderiam ser contemplados pelos itens 58, 41 e 03. Considerando a grande abrangência, a dificuldade de se trabalhar alguns itens na prática e o fato de seus conteúdos estarem contemplados em outros itens do instrumento, na perspectiva das recomendações das *expertises*, excluímos do instrumento os itens 47, 51 e 56. O item 48 foi transferido para a faixa de 10-13 anos, assim como recomendado.

Foram incluídos ainda 03 itens: 22, 34 e 39. Os itens 29, 32 e 42 se repetem nesta faixa etária devido a sua representação marcante e necessária também na faixa etária de 14-16 anos. Ressaltamos que a ordem e agrupamento dos itens também foram reformulados. Ao final, dos 32 itens iniciais, restaram 25 após as adequações.

Quadro 5.11 – Itens do instrumento após adequações. Faixa etária de 14-16 anos.

FAIXA ETÁRIA	Nº	ITEM
14 - 16 anos	23.	“Como você se vê dentro da sua família, seu papel, sua importância.”
	24.	Liberdade? Independência? Autonomia? Provocar reflexão.
	25.	Qual seu projeto de vida? Provocar reflexão.
	26.	Vestibular, universidade, vocação e profissão: estimular a reflexão.
	27.	Inclusão Produtiva: estimular.
	28.	Inserção no mercado de trabalho, exploração do trabalho infantil e ajuda nos afazeres domésticos: investigar e orientar.
	29.	Interferência do lar e de sua estrutura na vida do adolescente: estimular a valorização da família e afetividade.
	30.	Inserção em grupos conduzidos por profissionais de saúde, educadores ou lideranças comunitárias: estimular e acompanhar.
	31.	Inserção política (eleições, movimentos sociais, partidos, grêmios estudantis): estimular.
	32.	Espiritualidade e religião: orientar e provocar reflexão.
	33.	Autoestima: fortalecer na perspectiva de estratégias saudáveis. Aplicar Escala de Rosenberg. “Vê defeitos em você mesmo? Gostaria de modificar alguma parte do seu corpo?”
	34.	Fisiologia básica do sistema reprodutor: ensinar.
	35.	Características sexuais secundárias: pelos, barba, mudança da voz, menstruação, aumento das mamas e testículos: orientar e investigar atraso puberal.
	36.	Sexo, masturbação e poluição noturna: orientar e explicar.
	37.	Homoafetividade.
	38.	Planejamento familiar, métodos contraceptivos e contracepção de emergência: orientar.
	39.	DSTs: investigar.
	40.	Camisinha: ensino de como usar.
	41.	Abortamento provocado ou espontâneo: explicar com enfoque nos riscos.
	42.	Agendar exame de PCG, se vida sexual ativa ou queixa que o justifique
	43.	Magreza, sobrepeso, obesidade, déficit de cálcio, anorexia, bulimia e anemia: investigar desvios nutricionais.
	44.	Crack, cocaína, cola, álcool, tabaco e anabolizantes: investigar e prevenir o uso.
	45.	Segurança: evitar relações e atividades arriscadas e perigosas.
	46.	Estimular lazer e recreação saudáveis.
	47.	Suporte social: expor iniciativas que podem dar suporte ao adolescente (Jovem Aprendiz, PROUNI, CIEE).
48.	Poluição do ambiente, poluição sonora e visual, reciclagem do lixo: orientar e estimular.	
49.	Leitura de textos literários e jornais: estimular.	
50.	Adolescentes com doenças agudas ou crônicas: explicar doença, tratamento, fármacos, cuidados.	
51.	Cultura de Paz: estimular.	

Fonte: dados do estudo.

### 5.7.3 Faixa etária 17-19 anos

Foram retirados 02 itens: (62) namorar, casar, engravidar e (66) agendar exame de PCG, se vida sexual ativa ou queixa que o justifique, pois já havia sido contemplado o conteúdo em outros itens do instrumento. Incluímos 01 item: (52) exclusão escolar e atraso no desenvolvimento educacional: identificar. Quatro itens foram trazidos de outras faixas etárias: 53 e 54 eram da faixa 10-13 anos e 55 e 57 da faixa 14-16 anos. Dos 07 itens iniciais para esta etapa do desenvolvimento, agora constam 10.

Quadro 5.12 – Itens do instrumento após adequações. Faixa etária de 17-19 anos.

FAIXA ETÁRIA	Nº	ITEM
17-19 Anos	52.	Exclusão escolar e atraso no desenvolvimento educacional: identificar.
	53.	Conselho Tutelar, CRAS, CREAS e outros pontos de interesse na Rede de Atenção: informar sobre atribuições.
	54.	Questões de gênero e etnia: estimular reflexão.
	55.	Protagonismo Juvenil: estimular.
	56.	O que é maioridade?
	57.	Processo de registro e documentação (RG, CPF, Carteira de Reservista, Título de Eleitor etc.). Incentivar e explicar.
	58.	Trabalho e universidade: orientar o trabalho como uma necessidade e estimular inserção na universidade.
	59.	Os desafios da vida adulta: trabalho, casamento, filhos, dinheiro, estudo.
	60.	“Qual a importância do acompanhamento no CSF para sua vida?”
	61.	Deixar claro que o serviço onde você, profissional, se encontra, continua disponível para ele e que você permanece à disposição.

Fonte: dados do estudo.

Ao todo, dos 66 itens iniciais, restaram 61. Estes foram mais bem distribuídos entre as faixas etárias e suas descrições se apresentam mais detalhadas, específicas e mais direcionadas. Também houve melhora significativa com relação à disposição dos itens no instrumento, tornando mais fluida a leitura e, certamente, favorecerá a uma melhor aplicação.

### 5.8 Desenvolvimento da versão preliminar

O formato escolhido foi o *checklist*, uma vez que permite ao profissional assinalar qual o item que foi trabalhado, evitando redundâncias e paralelismos na prestação do cuidado ao adolescente. O instrumento proposto encontra-se no APÊNDICE J.

Ressaltamos que o produto deste estudo compreende uma versão preliminar que, de acordo com o método também proposto, ainda necessitará de estudos futuros para a realização da validação. No contexto do método utilizado, compreende a etapa de teste pelos profissionais da ESF e posterior parecer quanto a possíveis fragilidades do instrumento.

### **5.9 O caminho metodológico, os juízes e o produto: reflexões sobre o processo**

Considerando que certamente um evento ou uma descoberta são inovadores se tiverem incidência social, isto é, se uma comunidade inteira reconhecer uma melhora das próprias condições, sejam jurídicas, filosóficas, econômicas ou sanitárias (MADONATO; DELL'ORCO, 2010), o caminho metodológico proposto se apresenta como uma inovação e como estratégia factível para a construção de instrumentos de natureza qualitativa. Para tanto, muito esforço foi necessário para a adequação e estabelecimento de tal caminho. Seu entendimento é fácil e a realização de suas etapas factíveis.

A análise por juízes se configurou em passo estruturante para a realização do estudo. O olhar dos peritos trouxe uma contribuição que foi muito além do mero preenchimento do questionário. Os múltiplos olhares carregados de vivências possibilitaram vislumbres e conselhos para a vida pessoal e profissional do autor, trazendo uma reflexão sobre a responsabilidade que têm os profissionais de saúde sobre a vida dos indivíduos.

O construto atendeu ao desejo original do autor de produzir um instrumento abrangente, que contemplasse grande parte dos assuntos que permeiam a vida dos adolescentes e que pudesse servir como norteador aos profissionais de saúde que se mostram pouco afinados com as temáticas e abordagem ao público adolescente.

No entanto, a partir do construto produzido e concretizado, inicia-se uma nova etapa, provavelmente a mais difícil: a provocação de mudança no campo. Será necessária uma articulação política com rearranjos institucionais e mudanças cognitivas para a introdução do instrumento na dinâmica de trabalho das equipes.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

### 6.1 Desenvolvimento do instrumento

A dificuldade faz parte do método científico e está relacionada ao desbravamento do empírico para torná-lo científico. Dificilmente, encontraremos uma pesquisa de relevância que tenha tido pouco ônus ao ser realizada.

A literatura apresenta fragilidades quanto à existência de instrumentos sem fim psicométrico no campo da saúde, bem como métodos que possibilitem sua produção.

Na saúde, a produção de instrumentos sem fim psicométrico e metodologicamente respaldados, apresenta-se como um desafio, haja vista a carência de métodos e a íntima relação entre estudos metodológicos e a psicometria.

Propusemos um novo agrupamento entre os estudos metodológicos: (1) Estudos Metodológicos Psicométricos compreenderiam o grupo dos estudos voltados à produção de escalas e estudos de validação, uma vez que se utiliza de estratégias que permitem medir dimensões dos diferentes fenômenos e (2) Estudos Metodológicos Não Psicométricos que englobariam os estudos que intencionam produzir instrumentos sem fim psicométrico, visto que sua intencionalidade seria a de conduzir um processo, podendo contribuir para educação e/ou registro, tomando como exemplo os protocolos clínicos, os álbuns seriados, os *checklists*, as cadernetas, manuais, fluxogramas, algoritmos, dentre outros.

Também nos posicionamos quanto ao que seria instrumento para o campo da saúde. As buscas na literatura também não resultaram em um posicionamento claro sobre o que seria instrumento na perspectiva do trabalho em saúde. Esta inferência também é trazida na pesquisa.

O grupo de *expertises* compreendeu expoentes de nível municipal, estadual e nacional. Esta representatividade imprimiu ao instrumento uma abrangência e qualidade singulares.

## 6.2 Dimensão para a saúde do adolescente

Os profissionais ainda apresentam fragilidades referentes ao manejo das situações que envolvem adolescentes. Muitos profissionais apresentam-se inseguros e até mesmo avessos a este público. Provavelmente, esta insegurança seja a tradução de lacunas na formação e preparo dos profissionais para lidar com esta demanda.

Instrumentos utilizados na saúde podem trazer uma contribuição importante para a prestação do cuidado, uma vez que concorrem para a normatização de procedimentos. No entanto, esta mesma normatização pode colaborar para uma atenção pouco singular. Os profissionais de saúde devem estar sensíveis a esta peculiaridade.

No contexto da ESF, chama atenção o grande número de instrumentos utilizados a fim de sistematizar a atenção e agilizar o processo de trabalho, no entanto, poucos são os instrumentos que tenham sido produzidos sob percursos metodológicos válidos, assentados no método científico. Assim, a produção de instrumentos que subsidiem uma melhor atenção à saúde deve seguir percurso metodológico bem definido, rompendo com o empirismo nesta produção.

A partir dos discursos dos sujeitos, constatamos que as principais problemáticas inseridas ao contexto da Saúde do Adolescente envolvem a dimensão da sexualidade e das relações familiares disfuncionais.

Mediante as constantes buscas à literatura, entrevistas com sujeitos e considerando a vivência do autor, permite-se inferir que a adolescência é uma etapa do desenvolvimento humano caracterizada por transformações bruscas no campo biológico, psicológico e social, a qual, na grande maioria das pessoas, está concentrada na faixa etária entre 10 e 19 anos, porém, dificilmente podendo ser limitada cronologicamente por tratar-se, sobretudo, de uma experimentação humana.

Apesar da criação do PROSAD ter ocorrido em 1989, ainda percebemos que a atenção à saúde do adolescente necessita de ações mais contundentes, que de fato possam se traduzir em melhoria da qualidade de vida deste público. Todavia, observamos avanços significativos.

A utilização do instrumento proposto apresenta um potencial para melhorar significativamente a atenção voltada ao adolescente. Contudo, reconhecemos que para sua utilização é necessária uma reorganização dos serviços, bem como sensibilização dos profissionais, em busca da criação de um contexto favorável não somente para sua aplicação mas também para implementação adequada de outras estratégias destinadas aos adolescentes.

### **6.3 Dificuldades e limitações**

Muitas das dificuldades emergidas se deram pelo ineditismo do estudo. Como evidenciado no texto, existe uma lacuna na literatura quanto a Estudos Metodológicos Não Psicométricos, expressão trazida pelos pesquisadores e que certamente se configurará em uma contribuição importante para outros pesquisadores.

Surgiram dificuldades para alinharmos metodologicamente o estudo. Cogitamos ser uma pesquisa de intervenção ou estudo de desenvolvimento, no entanto, o que mais se aproximou da natureza da pesquisa foi a epistemologia dos estudos metodológicos.

Quanto ao percurso metodológico, não encontramos um método que pudesse ser seguido. O método preponderante, expresso pelo referencial de Pasquali (1999), não favorece a construção de um instrumento que não tenha fim psicométrico. Posto isso, a partir deste mesmo referencial, o adaptamos criando um caminho lógico que poderá ser seguido para que outros pesquisadores desenvolvam cadernetas, *folders*, álbuns seriados, *checklists*, protocolos clínicos, dentre outras possibilidades.

A coleta ocorreu em período próximo ao de férias escolares, assim tivemos que ter perspicácia e agilidade na realização das entrevistas. Dois profissionais da ESF não foram entrevistados, pois estavam em período de férias, entretanto, a categoria foi representada por pelo menos um profissional. Muitas vezes, a espera era demasiada para que ocorresse um encaixe na agenda atribulada dos profissionais da ESF.

Quanto aos alunos e professores, conseguimos concluir as entrevistas faltando apenas dois dias para o início das férias, em um período no qual quase já não conseguíamos encontrar os sujeitos. Não obstante, conseguimos realizar as entrevistas em tempo hábil e em número suficiente. Foram 47 sujeitos.

Para a construção do instrumento, não foram ouvidos sujeitos vinculados a escolas privadas. Acreditamos que o discurso destes sujeitos possa trazer perspectivas ainda não abordadas pelos sujeitos até aqui ouvidos.

#### **6.4 Recomendações**

O instrumento proposto deve ser anexado ao prontuário do adolescente e preenchido em momento específico e/ou aproveitando oportunidades de encontro com os adolescentes por outros motivos ou queixas, de forma que toda a equipe contribua para a realização das ações propostas pelo *checklist*. A realização das orientações ou investigações propostas deve ser implementada de acordo com a afinidade do profissional com o item escolhido e a depender da situação, não devendo passar de 03 (três) itens por consulta, evitando dessa forma a perda de qualidade e exaustão do processo.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.C. C. H.; CENTA, M. L. A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 71-76, jan./fev. 2009. disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000100012&script=sci_arttext)>. Acesso em: 25 set. 2013.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Rev Cien Saúd Colet.**, Rio de Janeiro, v.12, n.02, p. 455-464, 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63012219.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

BALDIN, N.; MUNHOZ, E. M. B. *SNOWBALL* (BOLA DE NEVE): UMA TÉCNICA METODOLÓGICA PARA PESQUISA EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL COMUNITÁRIA. In CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 10.; SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SUBJETIVIDADE E EDUCAÇÃO, 1., 2011, Curitiba. **Anais...**, Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC), 2011. Disponível em: <[http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4398\\_2342.pdf](http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4398_2342.pdf)>. Acesso em: 10 de fev. 2014.

BOMFIM, A. H. *et al.* **Territorialização e inserção nos serviços de Saúde da Família: conhecendo a realidade de Terrenos Novos e Vila União.** Sobral: UVA/EFSFVS, 2008. *apud* SOBRAL, Secretaria da Saúde e Ação Social. Relatório de Territorialização: Vila União e Terrenos Novos. Sobral, 2012. 55p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção da Saúde, Proteção e Recuperação da Saúde.** Editora MS: DF, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde do Adolescente: competências e habilidades.** Editora MS: DF, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Editora MS: DF, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia para a formação de profissionais de saúde e de educação: Saúde e Prevenção nas Escolas.** Editora MS: DF, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: orientações para a organização de serviços de saúde.** Editora MS: DF, 2005.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 5, n.01, p.163-177, 2000. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2013.

CANO, D. V. B. *et al.* Protocolo eletrônico de fisioterapia respiratória em pacientes com escoliose idiopática do adolescente. **Rev. Col. Bras. Cir.** Rio de Janeiro, v. 38, n.3, mai./jun. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912011000300007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912011000300007&script=sci_arttext)>. Acesso em: out. 2013.

CARVACHO, I. E. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 886-894, out. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000500014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500014)>. Acesso em: 20 set. 2013.

CROSSETTI, M. de A. Avaliação da Atenção Integral à Saúde do Adolescente por Profissionais de uma Unidade Básica de Saúde no Rio de Janeiro **Rev. Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 12, n. 4, p. 430-435, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=555334&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 set. 2013.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 176.

DIAS, Maria Socorro de Araújo. **Cuidado Especial de Enfermagem na Pessoa com Doença Renal Crônica**. Sobral: edições UVA/Edições UFC, 2001. 105p.

EISENSTEIN, E. Direitos de Saúde: é hora de implementar! *In* CONGRESSO BRASILEIRO DE ADOLESCÊNCIA, 10, 2007. Foz do Iguaçu. **Aula expositiva...** Paraná: Sociedade Brasileira de Pediatria.

FERREIRA, M. A. *et al.*. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 217-224, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a02v16n2.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2013.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003)>. Acesso em: 09 fev. 2013.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **PSF**: contradições e novos desafios. Disponível em: <<http://www.eaac.uff.br/professores/merhy/artigos-17.pdf> >. Acesso em: 08 fev. 2013.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação Mundial da Adolescência**: resumo executivo. 2011. Disponível em: <<http://www.unicef.org>>. Aces: 70  
25 jun. 2013.

GIL. Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, L. C.. **O desafio da intersetorialidade**: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola de saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2012.

GRUPO WHOQOL. **Versão em português dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL)**. Faculdade de Medicina da UFRGS, 1998. Departamento de Psiquiatria. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

GUBERT, F. A. **Tradução, adaptação e validação das escalas *Parent Adolescent Communication Scale* e *Partner Communication Scale***: tecnologia para prevenção de DST/HIV. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2011.

GUBERT, F. A. *et al.* Tradução e validação da escala *Partner Communication Scale* – versão brasileira com adolescentes do sexo feminino. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 822-829, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0822.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/Ceara.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/Ceara.pdf)>. Acesso em: 02 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. **Censo demográfico**. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo\\_Demografico\\_2010/Resultados\\_do\\_Universo/tabelas\\_pdf/tab1.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_do_Universo/tabelas_pdf/tab1.pdf)>. Acesso em: 02 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. **Censo demográfico**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ce#>>. Acesso em: 02 mar. 2013.

JOVENTINO, E. S. **Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2010. Dissertação (Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Fortaleza, 2010.

JOVENTINO, E.S; ORIÁ, M. O. B.; SAWADA, N. O.; XIMENES, L. B. Validação aparente e de conteúdo da escala de autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil do semi-árido cearense. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 1-9. jan/fev. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-11692013000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692013000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 20 set. 2013.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MAÇOLA, L.; VALE, I. N.; CARMONA, E. V. Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 570-577, set. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300004)> 71  
Acesso em: 02 nov. 2013.

MALDONATO, M.; DELL'ORCO, S. Criatividade, pesquisa e inovação: o caminho surpreendente da descoberta. **R. Educ. Prof.**, Rio de Janeiro, v. 36, n.1, jan./abr. 2010.

MANDÚ, E. N. T. **Saúde Reprodutiva**: abordagens para o trabalho de enfermeiros (as) em atenção básica. Cuiabá: Ed. UFMT, 2006.

MERHY, E. E.; ONOKO, R, (Org.). **Agir em Saúde**: um desafio, 2002. Acesso em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-03.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2013.

MOLEIRO, P. SAAJ - SERVIÇOS AMIGOS DOS ADOLESCENTES E JOVENS: Construção de um Questionário de Satisfação. In SEMINÁRIO IBEROAMERICANOS DE ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE, 2013, Cuba. **Aula Expositiva...**, La Habana: Conferación y Adolescencia e Juventud de Iberoamerica y el Caribe. Disponível em: <<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/SAAJ%20-%20Servi%C3%A7o%20Amigo%20dos%20Adolescentes%20e%20Jovens%20.%20%20Cons%20tru%C3%A7%C3%A3o%20de%20um%20Question%C3%A1rio%20de%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20Pascoal%20Moleiro.pdf>>. Acesso em: 22 de fev. 2014.

NÚCLEO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO ADOLESCENTE (NESA)/ UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO (UERJ). **Adolescência e Juventude**. Disponível em: <<portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/adolejuventu2.2swf>>. Acesso em: 23 ago. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Reforço a prestação de serviços de saúde amigos dos adolescentes para responder as necessidades de saúde e desenvolvimento dos adolescentes africanos**, 2000. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_FCH\\_CAH\\_01.16\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_CAH_01.16_por.pdf)>. Acesso em: 22 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. **GLOBAL CONSULTATION ON ADOLESCENT FRIENDLY HEALTH SERVICES A CONSENSUS STATEMENT GENEVA**, 2001. Disponível em: <[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/fch\\_cah\\_02\\_18/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_18/en/)>. Acesso em: 22 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. **Broadening the horizon Balancing protection and risk for adolescents**, 2002. Disponível em: <[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/fch\\_cah\\_01\\_20/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_01_20/en/)>. Acesso em: 20 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. **5S Approach**. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/adolescent-health/5s-approach>>. Acesso em: 23 fev. 2014.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos**: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999.

72

PINA, J. C.; MELLO, D. F.; LUNARDELO, S. R. Utilização de instrumento de regist dados da saúde da criança e família e a prática do enfermeiro em atenção básica à saú... **Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 270-273, maio/jun. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300004)>. Acesso em: out. 2013.

POLIT, D.F.; BECKER, C.T.; HUNGLE, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 1-8, jan./fev. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt\\_14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_14.pdf)>. Acesso em: set. 2013.

ROCHA, C. L. A. *et al.*. Uso de métodos anticoncepcionais em adolescentes sexualmente ativos de 15 a 18 anos em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2862-2868, dez. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007001200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001200007)>. Acesso em: out. 2013.

SANTOS, A. A. G. *et al.*. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1275-1284, mai. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000500021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500021)>. Acesso em: out. 2013.

SOBRAL, Secretaria da Saúde e Ação Social. **Relatório de Territorialização: Vila União e Terrenos Novos**. Sobral: Secretaria Municipal de Saúde, 2012. 55p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCON). **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro Sr.(a)

Sou **José Jeová Mourão Netto**, estudante do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA e estou desenvolvendo uma pesquisa para desenvolver um instrumento para ser utilizado durante consultas com adolescentes, sendo intitulada: **Atenção à Saúde do Adolescente na Estratégia Saúde da Família: desenvolvimento de um instrumento para subsidiar uma prática.**

Neste sentido, peço sua colaboração na participação da pesquisa. Para essa participação precisarei que seja respondida uma entrevista, que será gravada.

Quanto a divulgação dos resultados, pode ficar seguro (a) de que sob hipótese alguma será revelada qualquer identidade.

Segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 sobre pesquisa com seres humanos você tem o direito e a garantia de receber esclarecimento de qualquer dúvida acerca da pesquisa; o anonimato das informações; a liberdade de se retirar a qualquer momento da pesquisa; a segurança de que não haverá divulgação de informações identificadas e que não será prejudicado(a) em qualquer instância dentro de qualquer instituição, por responder com sinceridade às perguntas feitas pelo pesquisador.

**José Jeová Mourão Netto**

Rua do Horto, 140, Junco– Sobral/CE

Telefone: (88) 9911- 8966

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Socorro de Araújo Dias**

Rua maestro José Pedro, Centro – Sobral/CE. CEP: 62010-260

Telefone (88) 9638 -0484

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA**

Av. Comandante Mauro Célio Rocha Pontes, 150, CEP: 62041-630, Derby, Sobral, Ceará.

Telefone: 3677-4255.

#### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, realizado pelo pesquisador **José Jeová Mourão Netto**, entendi seus objetivos, concordo em participar da pesquisa e declaro que aceito que o pesquisador realize a entrevista.

Sobral, \_\_\_\_de\_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

**APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido oferecido aos pais de adolescentes**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – PAI DE ADOLESCENTE**

Caro Sr.(a)

Sou **José Jeová Mourão Netto**, estudante do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA e estou desenvolvendo uma pesquisa para desenvolver um instrumento para ser utilizado durante consultas com adolescentes, sendo intitulada: **Atenção à Saúde do Adolescente na Estratégia Saúde da Família: desenvolvimento de um instrumento para subsidiar uma prática.**

Neste sentido, peço sua colaboração na participação da pesquisa. Para essa participação precisarei que seja respondida uma entrevista, que será gravada.

Quanto a divulgação dos resultados, pode ficar seguro (a) de que sob hipótese alguma será revelada qualquer identidade.

Segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 sobre pesquisa com seres humanos você tem o direito e a garantia de receber esclarecimento de qualquer dúvida acerca da pesquisa; o anonimato das informações; a liberdade de se retirar a qualquer momento da pesquisa; a segurança de que não haverá divulgação de informações identificadas e que não será prejudicado(a) em qualquer instância dentro de qualquer instituição, por responder com sinceridade às perguntas feitas pelo pesquisador.

**José Jeová Mourão Netto**

Rua do Horto, 140, Junco– Sobral/CE

Telefone: (88) 9911- 8966

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Socorro de Araújo Dias**

Rua maestro José Pedro, Centro – Sobral/CE. CEP: 62010-260

Telefone (88) 9638 -0484

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA**

Av. Comandante Mauro Célio Rocha Pontes, 150, CEP: 62041-630, Derby, Sobral, Ceará.

Telefone: 3677-4255.

**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO**

Declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, realizado pelo pesquisador **José Jeová Mourão Netto**, entendi seus objetivos, autorizo a participação de meu/minha filho/filha na pesquisa e declaro que aceito que o pesquisador realize a entrevista.

Sobral, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido oferecido às expertises

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - EXPERTISE

Caro Sr.(a)

Sou **José Jeová Mourão Netto**, estudante do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA e estou realizando uma pesquisa que visa desenvolver um instrumento para ser utilizado durante consultas com adolescentes, sendo intitulada: **Atenção à Saúde do Adolescente na Estratégia Saúde da Família**: desenvolvimento de um instrumento para subsidiar uma prática.

Neste sentido, peço sua colaboração na participação da pesquisa como perito. Sua avaliação como perito será importante para analisarmos os itens propostos, realizando uma leitura crítica e preenchendo o questionário que será disponibilizado.

Informamos também que necessitaremos registrar e divulgar seu nome e sua formação no relatório final do estudo.

Segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 sobre pesquisa com seres humanos você tem o direito e a garantia de receber esclarecimento de qualquer dúvida acerca da pesquisa; o anonimato das informações; a liberdade de se retirar a qualquer momento da pesquisa; a segurança de que não haverá divulgação de informações identificadas e que não será prejudicado(a) em qualquer instância dentro de qualquer instituição, por responder com sinceridade às perguntas feitas pelo pesquisador.

**José Jeová Mourão Netto**

Rua do Horto, 140, Junco – Sobral/CE  
Telefone: (88) 9911- 8966

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Socorro de Araújo Dias**

Rua maestro José Pedro, Centro – Sobral/CE. CEP: 62010-260  
Telefone (88) 9638 -0484

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA**

Av. Comandante Mauro Célio Rocha Pontes, 150, CEP: 62041-630, Derby, Sobral, Ceará.  
Telefone: 3677- 4255.

### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, realizado pelo pesquisador **José Jeová Mourão Netto**, entendi seus objetivos e declaro que aceito que o pesquisador divulgue meu nome e minha formação acadêmica.

Sobral, \_\_\_\_de\_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

## APÊNDICE D – Termo de Assentimento

### TERMO DE ASSENTIMENTO

Sou José Jeová Mourão Netto, estudante do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA e estou desenvolvendo uma pesquisa para desenvolver um instrumento para ser utilizado durante consultas com adolescentes, sendo intitulada: **Atenção à Saúde do Adolescente na Estratégia Saúde da Família: desenvolvimento de um instrumento para subsidiar uma prática.**

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): inicialmente, realizaremos um levantamento de temáticas consideradas importantes para o adolescente, para em seguida, construirmos o instrumento.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo. Você será esclarecido(a) sobre qualquer dúvida e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não trará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) nos serviços de saúde ou na escola, pois sua identidade não será revelada. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

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

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

**José Jeová Mourão Netto**  
Rua do Horto, 140, Junco– Sobral/CE  
Telefone: (88) 9911- 8966

**Orientadora: Profª. Drª. Maria Socorro de Araújo Dias**  
Rua Maestro José Pedro, Centro – Sobral/CE  
Telefone (88) 9638 -0484

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA**  
Av. Comandante Mauro Célio Rocha Pontes, 150, CEP: 62041-630, Derby, Sobral, Ceará.  
Telefone: (88) 3677-4255.

## **APÊNDICE E – Roteiro de entrevista estruturada realizada com o adolescente**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA – ADOLESCENTE**

- 1) Que informações/orientações você considera importante, tem necessidade/curiosidade de saber e que poderiam ser trabalhadas por profissionais de saúde/ Estratégia de Saúde da Família?
- 2) Que aspectos são importantes no Domínio Físico
  - dor e desconforto
  - energia e fadiga
  - sono e repouso
- 3) Que aspectos são importantes no Domínio Psicológico?
  - pensamentos positivos
  - pensar, aprender, memória e concentração
  - auto-estima, imagem corporal e aparência
  - sentimentos negativos
- 4) Que aspectos são importantes no Domínio Nível de Independência?
  - mobilidade
  - atividades da vida cotidiana
  - dependência de medicação ou de tratamentos
  - capacidade de trabalho
- 5) Que aspectos são importantes no Domínio Relações Sociais?
  - relações pessoais
  - suporte (apoio) social
  - atividade sexual
- 6) Que aspectos são importantes no Domínio Ambiente?
  - segurança física e proteção
  - ambiente no lar
  - recursos financeiros
  - cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade)
  - oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
  - participação em, e oportunidades de lazer/recreação
  - ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima)
  - transporte
- 7) Que aspectos poderíamos trabalhar no Domínio Espiritualidade, Crenças Pessoais, Religião?
  - espiritualidade/religião/crenças pessoais

**APÊNDICE F – Roteiro de entrevista estruturada realizada junto aos professores, pais/cuidadores e profissionais de saúde**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA -  
PROFESSORES, PAIS, CUIDADORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

- 1) Que informações/orientações você considera importante abordar junto ao adolescente?
- 2) Que conhecimentos você percebe deficientes no adolescente e que poderiam ser abordados por profissionais de saúde?
- 3) Que aspectos são importantes no Domínio Físico
  - dor e desconforto
  - energia e fadiga
  - sono e repouso
- 4) Que aspectos são importantes no Domínio Psicológico?
  - pensamentos positivos
  - pensar, aprender, memória e concentração
  - auto-estima, imagem corporal e aparência
  - sentimentos negativos
- 5) Que aspectos são importantes no Domínio Nível de Independência?
  - mobilidade
  - atividades da vida cotidiana
  - dependência de medicação ou de tratamentos
  - capacidade de trabalho
- 6) Que aspectos são importantes no Domínio Relações Sociais?
  - relações pessoais
  - suporte (apoio) social
  - atividade sexual
- 7) Que aspectos são importantes no Domínio Ambiente?
  - segurança física e proteção
  - ambiente no lar
  - recursos financeiros
  - cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade)
  - oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
  - participação em, e oportunidades de lazer/recreação
  - ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima)
  - transporte
- 8) Que aspectos abordaríamos no Domínio Espiritualidade, Crenças Pessoais, Religião?
  - espiritualidade/religião/crenças pessoais

## APÊNDICE G – Carta de apresentação do estudo às expertises

### APRESENTAÇÃO DO ESTUDO ÀS EXPERTISES

Caro (a) Perito (a)

Obrigado por ter aceitado participar deste estudo. Sua participação será muito importante para a melhoria do instrumento.

Este instrumento é produto preliminar da dissertação intitulada **ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO PARA SUBSIDIAR UMA PRÁTICA**. Tem o objetivo de desenvolver um protocolo/instrumento orientador da Atenção à Saúde do Adolescente na Estratégia Saúde da Família (ESF).

O trabalho integra as ações pertinentes ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (UVA/RENASF/FIOCRUZ), sediado em Sobral/CE.

O instrumento apresentado encontra-se em seu estado preliminar. Para compor os itens descritos, realizamos um levantamento a partir da: (1) vivência do autor, (2) busca sistemática na literatura pertinente e (3) entrevistas a professores, profissionais da Estratégia Saúde da Família (assistente social, médico, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, educador físico, dentista, psicólogo e agente comunitário de saúde), pais de adolescentes e adolescentes.

Neste sentido, sua avaliação como perito/expertise será importante para analisarmos os itens propostos, realizando uma leitura crítica e preenchendo o questionário que será disponibilizado. Depois de realizados os ajustes sugeridos, a fase subsequente será a de teste do instrumento junto aos profissionais da ESF.

**APÊNDICE H – Instrumento de caracterização das expertises****CARACTERIZAÇÃO DAS EXPERTISES****NOME:** \_\_\_\_\_**IDADE:** \_\_\_\_\_

INSTRUÇÃO: ( ) NÍVEL MÉDIO OU TÉCNICO ( ) GRADUAÇÃO: \_\_\_\_\_

ÁREA DE ATUAÇÃO: ( ) ATENÇÃO ( ) ENSINO ( ) PESQUISA

LOCAL DE TRABALHO ATUAL: \_\_\_\_\_

RELAÇÃO COM O TEMA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE:

\_\_\_\_\_

( ) ESPECIALIZAÇÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( ) MESTRADO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( ) DOUTORADO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE I – Questionário para avaliação do instrumento por expertises****QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO POR EXPERTISES**

**No caso de existir algum tópico em que você assinalou “não” como resposta, indique a numeração do item, expresse sua opinião e dê as suas sugestões para o aperfeiçoamento do instrumento.**

a) As informações estão corretas?

sim  não

---

b) As informações são apropriadas ao público-alvo?

sim  não

---

c) O conteúdo é compreensível e conveniente?

sim  não

---

d) Na sua percepção, falta algum conteúdo importante na perspectiva da saúde do adolescente?

sim  não

---

e) Os itens estão descritos de forma clara e objetiva?

sim  não

---

f) Você observou algum erro ou ideia prejudicial?

sim  não

---

g) Você concorda com a organização do conteúdo em faixas etárias?

sim  não

---

h) Os conteúdos estão adequados as suas respectivas faixas etárias?

sim  não

---

i) Este espaço é destinado para considerações que não tenham sido contempladas nas questões anteriores.

---

---

---

**APÊNDICE J – Instrumento para subsidiar a Atenção à Saúde do Adolescente na ESF  
(anverso)**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ- UVA  
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF**

**INSTRUMENTO PARA SUBSIDIAR A ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE NA ESF**

**CSF:** \_\_\_\_\_ **PRONT.** \_\_\_\_\_  
**NOME:** \_\_\_\_\_ **IDADE:** \_\_\_\_\_  
**NASCIMENTO:** \_\_\_\_\_ **ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_

**10 aos 13 anos**

- 1 ( ) “Para você, o que é ser adolescente?” Incentivar a reflexão e orientar.
- 2 ( ) Investigar interação com família, amigos (gangues), namorado (a), comunidade e escola (bullying). Estimular boa convivência nestes espaços e fazer refletir sobre a importância desta inserção: positiva ou negativa.
- 3 ( ) *Internet*, redes sociais e TV: relativizar entre experiências no mundo virtual e mundo real.
- 4 ( ) Banho, escovação dos dentes, pediculose, escabiose, higiene das roupas: orientar quanto a higiene pessoal.
- 5 ( ) Esquema vacinal: sem comprovação: iniciar. Se incompleto: completar. Hepatite B: ( ) 0 ( ) 1m ( ) 6m; dT: ( ) 0 ( ) 2m ( ) 4m: ( ) febre amarela (se necessário); triplice viral (dose única) e HPV (Sexo Fem. 11-13a): ( ) 0 ( ) 6m ( ) 5a.
- 6 ( ) Magreza, sobrepeso, obesidade, déficit de cálcio, anorexia, bulimia e anemia: investigar desvios nutricionais.
- 7 ( ) Hiperlordoses, hipercifoses, escolioses funcionais, cifoescoliose funcionais, escolioses estruturais, cifoescolioses estruturais, lordoescolioses e lordoescolioses funcionais: prevenir e identificar alterações posturais.
- 8 ( ) Tratar verminoses, se necessário.
- 9 ( ) Acne: aparecimento, tratamento e cuidados.
- 10 ( ) Avaliação odontológica: encaminhar.
- 11 ( ) Sono e repouso: refletir sobre importância.
- 12 ( ) Dor e desconforto: cabeça, pernas, joelhos e abdome. Meninas: dismenorreia, amenorreia, algomenorréia mastodinia. Meninos: ginecomastia e mastalgia. Orientar quando procurar o serviço de saúde.
- 13 ( ) Autoimagem corporal e aceitação do corpo: identificar alterações.
- 14 ( ) Características sexuais secundárias: pêlos, barba, mudança da voz, menstruação, aumento das mamas e testículos: orientar.
- 15 ( ) Sexualidade: orientar ao nível de entendimento do adolescente.
- 16 ( ) Crack, cocaína, cola, álcool, tabaco: investigar e prevenir o uso.
- 17 ( ) Inserção em grupos conduzidos por profissionais de saúde, educadores ou lideranças comunitárias: estimular e acompanhar.
- 18 ( ) Autoestima: fortalecer na perspectiva de estratégias saudáveis. Aplicar Escala de Rosenberg.
- 19 ( ) Hábitos de vida saudáveis: estimular exercícios físicos e alimentação balanceada.
- 20 ( ) Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA): provocar reflexão sobre direitos e deveres.
- 21 ( ) Abuso, violência, assédio e exploração sexual comercial: orientar.
- 22 ( ) Métodos contraceptivos (enfoque na camisinha) e planejamento familiar: orientar e ensinar o uso.

## APÊNDICE L - Instrumento para subsidiar a Atenção à Saúde do Adolescente na ESF (verso)

14 aos 16 anos
<p>23( ) “Como você se vê dentro da sua família? Qual o seu papel, sua importância?”.</p> <p>24( ) Liberdade? Independência? Autonomia? Provocar reflexão.</p> <p>25( ) Qual seu projeto de vida? Qual o seu sonho? Provocar reflexão.</p> <p>26( ) Vestibular, universidade, vocação e profissão: estimular a reflexão.</p> <p>27( ) Inclusão Produtiva: estimular.</p> <p>28( ) Inserção no mercado de trabalho, exploração do trabalho infantil e ajuda nos afazeres domésticos: investigar e orientar.</p> <p>29( ) Interferência do lar e de sua estrutura na vida do adolescente: estimular valorização da família e afetividade.</p> <p>30( ) Inserção em grupos conduzidos por profissionais de saúde, educadores ou lideranças comunitárias: estimular e acompanhar.</p> <p>31( ) Inserção política (eleições, movimentos sociais, partidos, grêmio estudantil): estimular.</p> <p>32( ) Espiritualidade e religião: orientar e provocar reflexão.</p> <p>33( ) Autoestima: fortalecer na perspectiva de estratégias saudáveis. Aplicar Escala de Rosenberg. “Vê defeitos em você mesmo? Gostaria de modificar alguma parte do seu corpo?”</p> <p>34( ) Fisiologia básica do sistema reprodutor: ensinar</p> <p>35( ) Características sexuais secundárias: pêlos, barba, mudança da voz, menstruação, aumento das mamas e testículos: orientar e investigar atraso puberal.</p> <p>36( ) Sexo, masturbação e poluição noturna: orientar e explicar.</p> <p>37( ) Homoafetividade.</p> <p>38( ) Planejamento familiar, métodos contraceptivos e contracepção de emergência: orientar.</p> <p>39( ) DST: investigar.</p> <p>40( ) Camisinha: ensino de como usar.</p> <p>41( ) Abortamento provocado ou espontâneo: explicar com enfoque nos riscos.</p> <p>42( ) Agendar exame de prevenção do câncer ginecológico, se vida sexual ativa ou queixa que o justifique.</p> <p>43( ) Magreza, sobrepeso, obesidade, déficit de cálcio, anorexia, bulimia e anemia: investigar desvios nutricionais.</p> <p>44( ) Crack, cocaína, cola, álcool, tabaco e anabolizantes: investigar e prevenir o uso.</p> <p>45( ) Segurança: evitar relações e atividades arriscadas e perigosas.</p> <p>46( ) Estimular lazer e recreação saudáveis.</p> <p>47( ) Suporte social: expor iniciativas que podem dar suporte ao adolescente (Jovem Aprendiz, PROUNI, CIEE).</p> <p>48( ) Poluição do ambiente, poluição sonora e visual, reciclagem do lixo: orientar e estimular.</p> <p>49( ) Leitura de textos literários e jornais: estimular.</p> <p>50( ) Adolescentes com doenças agudas ou crônicas: explicar doença, tratamento, fármacos, cuidados.</p> <p>51( ) Cultura de Paz: estimular.</p>

17 aos 19 ANOS
<p>52( ) Exclusão escolar, atraso no desenvolvimento educacional e sintomas de transtornos mentais: identificar.</p> <p>53( ) Conselho Tutelar, CRAS, CREAS e outros pontos de interesse na Rede de Atenção: informar sobre atribuições.</p> <p>54( ) Questões de gênero e etnia: estimular reflexão.</p> <p>55( ) Protagonismo Juvenil: estimular.</p> <p>56( ) O que é maioridade?</p> <p>57( ) Processo de registro e documentação (RG, CPF, Carteira de Reservista, Título de Eleitor, etc.). Incentivar e explicar.</p> <p>58( ) Trabalho e universidade: orientar o trabalho como uma necessidade e estimular inserção na universidade.</p> <p>59( ) Os desafios da vida adulta: trabalho, casamento, filhos, dinheiro, estudo.</p> <p>60( ) “Qual a importância do acompanhamento no CSF para sua vida?”.</p> <p>61( ) Deixar claro que o serviço onde você, profissional, se encontra, continua disponível para ele e que você permanecerá à disposição.</p>

CSF – Centro de Saúde da Família

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social

PROUNI – Programa Universidade para Todos

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

CIEE – Centro de Integração Empresa-Escola

ANEXOS

ANEXO A – Ficha para identificação e cadastro de adolescentes em serviços de saúde (anverso)

FICHA PARA IDENTIFICAÇÃO E CADASTRO DE ADOLESCENTES EM SERVIÇOS DE SAÚDE (CLAP/OPAS)

<b>CLAP-OPS/OMS</b>		<b>HISTORIA DO ADOLESCENTE</b>										INSTITUIÇÃO		HC Nº								
NOME E SOBRENOME _____												DATA DE NASCIMENTO										
ENDEREÇO _____												dia		mês		ano						
CIDADE _____ Código: _____												TEL: _____		casa <input type="checkbox"/>		recados <input type="checkbox"/>						
LUGAR DE NASCIMENTO _____												SEXO f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>										
<b>CONSULTA PRINCIPAL</b>		Nº _____		DATA		IDADE		ACOMPANHANTE				ESTADO CIVIL										
		dia		mês		ano		anos		meses		solteiro <input type="checkbox"/>										
								sozinho <input type="checkbox"/>		mãe <input type="checkbox"/>		união estável <input type="checkbox"/>										
								parceiro <input type="checkbox"/>		pai <input type="checkbox"/>		separado <input type="checkbox"/>										
								companheiro <input type="checkbox"/>		amigo(a) <input type="checkbox"/>		parente <input type="checkbox"/>										
								outros <input type="checkbox"/>														
Motivos de consulta segundo adolescente:												Motivos de consulta segundo acompanhante:										
1 _____												1 _____										
2 _____												2 _____										
3 _____												3 _____										
Observações importantes																						
<b>ANTECEDENTES PESSOAIS</b>			VACINAS COMPLETAS		DOENÇAS CRÔNICAS		DOENÇAS INFECTO CONTAGIOSAS		ACIDENTES INTOXICAÇÃO		CIRURGIA HOSPITALIZAÇÃO		USO DE MEDICAMENTOS OU SUBSTÂNCIAS		TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS		MALTRATO		JUDICIAIS		OUTROS	
PERINATAIS normais			CRESCIMENTO normal		DESENVOLVIMENTO normal																	
sim não			sim não		sim não		sim não		sim não		sim não		sim não		sim não		sim não		sim não		sim não	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Observações																						
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>			CARDIOVASC. (HTA, cardiopatia, etc.)		ALERGIA		INFECÇÕES (TBC, HIV, etc.)		TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS		ÁLCOOL DROGAS		VIOLÊNCIA INTRA-FAMILIAR		MÃE ADOLESC.		JUDICIAIS		OUTROS			
DIABETES			OBESIDADE																			
não sim			não sim		não sim		não sim		não sim		não sim		não sim		não sim		não sim		não sim			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Observações																						
<b>FAMÍLIA</b>			NÍVEL DE INSTRUÇÃO				DIAGRAMA FAMILIAR				<b>HABITAÇÃO</b>											
CONVIVE COM			Pai ou substituto				Mãe ou substituto				ENERGIA ELÉTRICA											
mãe			analfabeto								sim não											
pai			1º grau incom.								ne case: fora de case											
madrinha			1º grau								ÁGUA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
padrasto			2º grau/técnico								DEJETOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
irmãos			universitário								NÚMERO DE QUARTOS _____											
companheiro(a)			TIPO DE TRABALHO								Observações :											
filho			Pai ou substituto																			
outros			nenhum																			
			não estável																			
			estável																			
VIVE			OCUPAÇÃO:																			
em instituição																						
na rua			PERCEPÇÃO FAMILIAR DO ADOLESCENTE																			
sozinho			Boa Regular Má Não há relação																			
COMPARTILHA A CASA			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																			

Edição 2013 ALBERTA

FORM-01-A-1000

**ANEXO B – Ficha para identificação e cadastro de adolescentes em serviços de saúde (verso)**

**FICHA PARA IDENTIFICAÇÃO E CADASTRO DE ADOLESCENTES EM SERVIÇOS DE SAÚDE (CLAP/OPAS)**

Esta cor significa ALERTA	<b>EDUCAÇÃO</b>		NIVEL	GRAU CURSO	ANOS APROVADOS	PROBLEMAS NA ESCOLA	ANOS REPETIDOS	ABANDONO	EDUCAÇÃO NÃO FORMAL	
	ESTUDA sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		Não escolariz. <input type="checkbox"/> 1º grau <input type="checkbox"/> 2º grau <input type="checkbox"/> Univ. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Causa _____ <input type="checkbox"/>	Causa _____ <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> Qual? _____ _____ _____
	Observações:									
	<b>TRABALHO</b>		ATIVIDADE	IDADE INICIO DO TRABALHO	TRABALHO	HORÁRIO DE TRABALHO	RAZÃO DO TRABALHO	TRABALHO LEGALIZADO	TRABALHO INSALUBRE	TIPO DE TRABALHO
	trabalha <input type="checkbox"/> não e não procura <input type="checkbox"/>		procurando 1ª vez <input type="checkbox"/> desocupado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	manhã <input type="checkbox"/> o dia todo <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noite <input type="checkbox"/> fim de semana <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	econômica <input type="checkbox"/> autonomia <input type="checkbox"/> porque gosta <input type="checkbox"/> outra <input type="checkbox"/> n/c	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____
	Observações:									
	<b>VIDA SOCIAL</b>		ACEITAÇÃO	NAMORADO(A)	ATIVIDADE DE GRUPO	ESPORTE	OUTRAS ATIVIDADES			
	Bem aceita <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> rejeitado <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/>		sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> AMIGOS <input type="checkbox"/>	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>	horas por semana <input type="checkbox"/> horas por dia <input type="checkbox"/>	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Qual? _____ _____ _____			
	Observações:									
	<b>HÁBITOS</b>		ALIMENTAÇÃO ADEQUADA	REFEIÇÕES POR DIA	REFEIÇÕES POR DIA COM A FAMÍLIA	FUMO	IDADE DE INICIO	ÁLCOOL	IDADE DE INICIO	OUTRO TÓXICO
SONO NORMAL sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cigarros por dia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	equivalente a litros de cerveja por semana <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> Frequência e tipo _____ Qual? _____	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>
Observações:										
<b>GINECO-UROLÓGICO</b>		DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO	CICLOS REGULARES	DISMENORREIA	FLUXO PATOLÓGICO/ SECREÇÃO PENIANA	DOENÇA DE TRANSMISSÃO SEXUAL	GESTAÇÕES	FILHOS	ABORTOS	
MENARCA/ESPERMARCIA anos _____ meses _____		não sabe <input type="checkbox"/> não corresp. <input type="checkbox"/> dia _____ mes _____ ano _____	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> Qual? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Observações:										
<b>SEXUALIDADE</b>		RELAÇÕES SEXUAIS	COMPANHEIRO(A)	IDADE INICIO REL. SEX.	PROBLEMAS NAS REL. SEX.	CONTRACEÇÃO	PRESERVATIVO	ABUSO SEXUAL		
necessita informação <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		hetero <input type="checkbox"/> homo <input type="checkbox"/> ambas <input type="checkbox"/>	companheiro único <input type="checkbox"/> vários companheiros <input type="checkbox"/> n/c	<input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	sempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> as vezes <input type="checkbox"/> n/c	sempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> as vezes <input type="checkbox"/> n/c	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>		
Observações:										
<b>SITUAÇÃO PSICOMOCIONAL</b>		IMAGEM CORPORAL	AUTO-PERCEÇÃO	ADULTO DE REFERÊNCIA	PROJETO DE VIDA					
		conforme <input type="checkbox"/> cria preocupação <input type="checkbox"/> impede relação com os demais <input type="checkbox"/>	triste <input type="checkbox"/> nervoso <input type="checkbox"/> alegre <input type="checkbox"/> muito ansioso <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/>	pai <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> outro fam. <input type="checkbox"/> fora de casa <input type="checkbox"/> nenhum <input type="checkbox"/>	claro <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/>					
Observações:										
<b>EXAME FÍSICO</b>		PESO (kg)	Centil peso/idade	Centil peso/altura	PELE E ANEXOS	CABEÇA	ACUIDADE VISUAL	ACUIDADE AUDITIVA	BOCA E DENTES	PESCOÇO E TIROÍDES
ASPECTO GERAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>
		ALTURA (mm)	Centil altura/idade							
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<b>TÓRAX E MAMAS</b>		CARDIO-VASCULAR	PRESSÃO ARTERIAL	ABDOMEN	GENITO-URINÁRIO	TANNER	VOLUME TESTICULAR	COLUNA	EXTREMIDADES	NEUROLÓGICO
normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	mamas <input type="checkbox"/> pelos pub. <input type="checkbox"/> genitais <input type="checkbox"/>	Dir. _____ cm <sup>3</sup> / Esq. _____ cm <sup>3</sup>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>
			FREQÜENCIA CARDÍACA batimentos/min <input type="checkbox"/>							
			<input type="checkbox"/>							
Observações:										
IMPRESSION DIAGNÓSTICA INTEGRAL										
INDICAÇÕES E CONSULTAS EXTERNAS										
Responsável _____ Data de próxima visita _____ dia _____ mes _____ ano _____										

**ANEXO C – Escala de Autoestima de Rosenberg para avaliação da autoestima**

1- No conjunto, eu estou satisfeito comigo.

*Concordo totalmente / concordo / discordo / discordo totalmente*

2- Às vezes, eu acho que não presto para nada.

*Discordo totalmente / discordo / concordo / concordo totalmente*

3- Eu sinto que tenho várias boas qualidades.

*Concordo totalmente / concordo / discordo / discordo totalmente*

4- Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.

*Discordo totalmente / discordo / concordo / concordo totalmente*

5- Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.

*Discordo totalmente / discordo / concordo / concordo totalmente*

6- Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes.

*Concordo totalmente / concordo / discordo / discordo totalmente*

7- Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos o mesmo nível que as outras pessoas.

*Concordo totalmente / concordo / discordo / discordo totalmente*

8- Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.

*Discordo totalmente / discordo / concordo / concordo totalmente*

9- No geral, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso.

*Concordo totalmente / concordo / discordo / discordo totalmente*

10- Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo.

*Discordo totalmente / discordo / concordo / concordo totalmente*

Fonte: MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010.

## ANEXO D – Orientações para o atendimento à saúde do adolescente

# ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

No atendimento à saúde de adolescente, alguns pontos devem ser considerados na abordagem clínica, destacando-se o estabelecimento do vínculo de confiança entre a equipe de saúde da família, o adolescente e sua família. Uma atitude acolhedora e compreensiva também possibilitará a continuidade de um trabalho com objetivos específicos e resultados satisfatórios no dia a dia.

Princípios importantes que facilitam a relação entre a equipe de saúde e o adolescente:

1. O adolescente precisa perceber que o profissional de saúde inspira confiança, que adota atitude de respeito e imparcialidade, restringindo-se às questões de saúde física. Não julga as questões emocionais e existenciais escutadas. Nesse terreno, o profissional de saúde não deve ser normativo.
2. O adolescente precisa estar seguro do caráter confidencial da consulta, mas ficar ciente também das situações nas quais o sigilo poderá ser rompido, o que, no entanto, ocorrerá sempre com o conhecimento dele. Essas situações estão relacionadas a riscos de morte do cliente e de outras pessoas.
3. É importante estar preparado não só para ouvir com atenção e interesse o que o adolescente tem a dizer, mas também ter sensibilidade suficiente para apreender outros aspectos que são difíceis de serem expressados oralmente por eles.
4. Geralmente, o atendimento de adolescente necessita de tempo e, na maioria das vezes, demanda mais de um retorno.
5. O modelo clássico de anamnese clínica mostra-se inadequado ao atendimento do adolescente na Unidade Básica de Saúde, pois não são considerados os aspectos da vida social, de trabalho, da sexualidade, da situação psicoemocional e violência, entre outros.
6. Na maioria das vezes, o adolescente não procura o médico espontaneamente, é levado pelos pais e, com certa frequência, contra a sua vontade. Assim, é comum defrontar-se com um jovem ansioso, inseguro, com medo ou, pelo contrário, assumindo uma atitude de enfrentamento, ou do mais absoluto silêncio.
7. Se o adolescente procurar a Unidade Básica de Saúde sem o acompanhamento dos pais, ele tem o direito de ser atendido sozinho. No entanto, a equipe poderá negociar com ele a presença dos pais ou responsáveis se for o caso.
- 8. A entrevista inicial poderá ser feita só com o adolescente, ou junto com a família. De qualquer forma, é importante haver momento a sós com o adolescente, que será mais de escuta, propiciando uma expressão livre, sem muitas interrogações, evitando-se observações precipitadas.**
9. O exame físico exige acomodações que permitam privacidade e propiciem ambiente em que o adolescente se sinta mais à vontade.

O exame é de grande importância, devendo ser completo e detalhado, possibilitando a **avaliação do crescimento, do desenvolvimento e da saúde como um todo.**

Alguns aspectos devem ser levados em conta pelo profissional:

- a) Esclarecimento sobre a importância do exame físico;
- b) Esclarecimento sobre os procedimentos a serem realizados;
- c) Respeito ao pudor;
- d) Compreensão do adolescente sobre as mudanças do seu corpo;
- e) Compreensão da imagem corporal que o adolescente traz.

Sempre, durante o exame físico, deverá ter um outro profissional presente para que preserve a ética em relação a interpretações diferentes por parte do adolescente, resguardando o profissional. Esclarecer ao adolescente, antes do exame, tudo o que vai ser realizado. O uso adequado de lençóis e camisolas torna o exame mais fácil.

O roteiro inclui:

- 1- Aspecto geral (aparência física, humor, pele hidratada, eupneico, normocorado, etc.);
- 2- Avaliação de peso, altura, IMC/idade e altura/idade – usar curvas e critérios da OMS (2007);
- 3- Verificação da pressão arterial (deve ser mensurada pelo menos uma vez/ano usar curvas de pressão arterial para idade);
- 4- Avaliação dos sistemas: respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, etc.;
- 5- Avaliação do estagiamento puberal – usar critérios de Tanner (masculino e feminino).

Aproveitar sempre este momento, após a consulta, para esclarecer o uso do preservativo (masculino e feminino) e dos contraceptivos para a prevenção da gravidez e das DSTs/AIDS, enfatizando a dupla proteção, que é o uso do preservativo masculino ou feminino, associado a outro método contraceptivo.

Observar o estágio de maturação sexual, e qualquer anormalidade, encaminhar à referência.

Encaminhar para **exame ginecológico** todas as adolescentes que já iniciaram atividades sexuais e/ou apresentarem algum problema ginecológico.

Em relação ao adolescente masculino que já iniciou as atividades sexuais ou apresentaram algum problema geniturinários esclarecer suas dúvidas, orientando para o autocuidado e para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez.

Ao final da consulta devem ser esclarecidos os dados encontrados e a hipótese diagnóstica. A explicação da necessidade de exames e de medicamentos pode prevenir possíveis resistências aos mesmos.



Secretaria de  
Atenção à Saúde

Ministério  
da Saúde

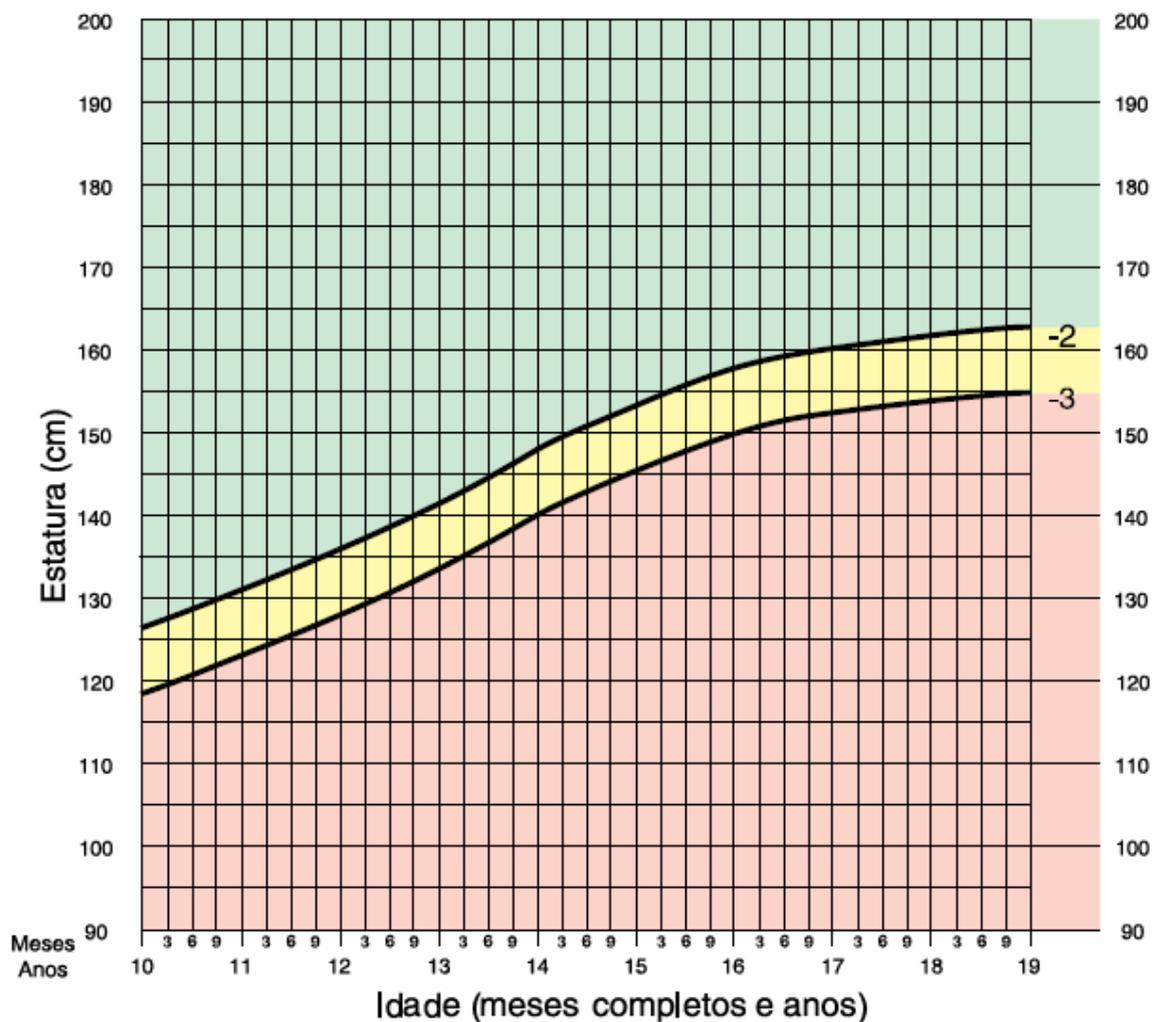


## ANEXO E – Gráfico de estatura por idade do adolescente

## ANTROPOMETRIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

### Gráfico de estatura por idade

Dos 10 aos 19 anos (escores-z)



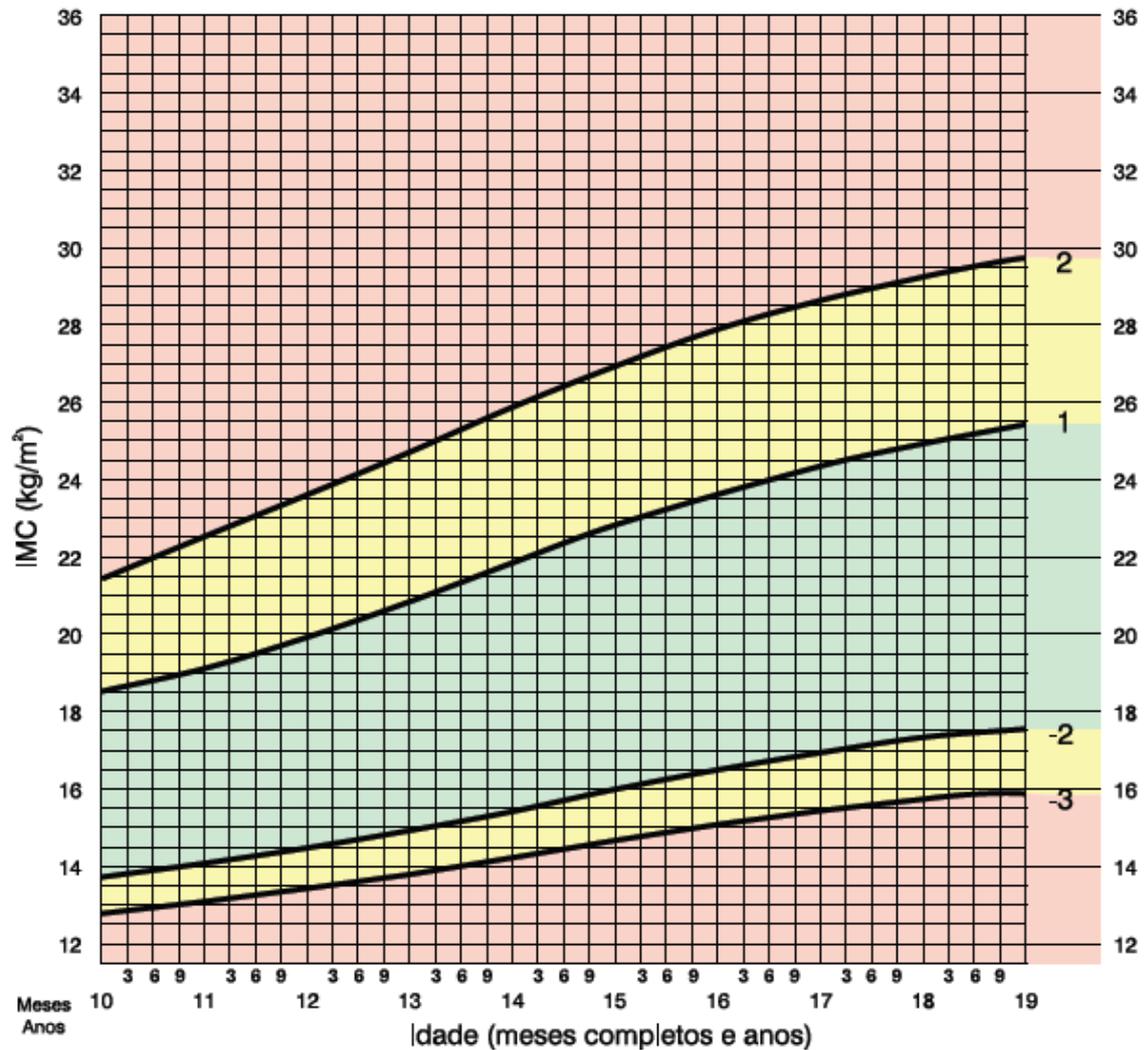
VALORES CRÍTICOS	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
$\geq$ Escore-z -2	Estatura adequada para a idade
$\geq$ Escore-z -3 e $<$ Escore-z -2	Baixa estatura para a idade
$<$ Escore-z -3	Muito baixa estatura para a idade

## ANEXO F – Gráfico de índice de massa corporal (IMC) por idade do adolescente

## ANTROPOMETRIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

### Gráfico de IMC por idade

Dos 10 aos 19 anos (escores-z)



Valores Críticos DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	
> Escore-z +2	Obesidade
> Escore-z +1 e < Escore-z +2	Sobrepeso
> Escore-z -2 e < Escore-z +1	Eutrofia (IMC Adequado para a idade)
> Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
< Escore-z -3	Magreza acentuada



Secretaria de  
Atenção à Saúde

Ministério  
da Saúde



## ANEXO G – Orientações para realização de medidas antropométricas do adolescente

### ANTROPOMETRIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Durante a adolescência, os dados antropométricos se tornam ainda mais importantes e valiosos para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, apesar de mais difíceis de se obter, devido à característica única do estirão puberal e da velocidade rápida de mudanças corporais que ocorrem neste período.

Cerca de 20 a 25% da altura do indivíduo adulto cresce neste período e 40 a 50% do seu peso final. Estes parâmetros são alcançados em média, durante o intervalo de 3 a 5 anos no estirão da puberdade.

Alguns pontos importantes devem ser observados visando facilitar a atenção ao crescimento e a avaliação da antropometria nesta fase. Em todas as consultas clínicas, deve-se avaliar:

- 1- Estatura, IMC/idade e os Estágios puberais de Tanner em todos os adolescentes que compareçam ao serviço de saúde.
- 2- Medir a altura em antropômetro/estadiômetro de parede, com o adolescente descalço, segundo técnicas de antropometria (OMS).
- 3- Pela recomendação deve-se colocar o adolescente de pé, sem sapatos, tão ereto quanto possível, com os olhos e as orelhas alinhados horizontalmente. Colocar a prancha ou prancheta na cabeça, fazendo um ângulo de 90 graus, firmemente sobre a cabeça do adolescente, enquanto o examinador exerce uma pressão suave de baixo para cima sobre o seu queixo, e lembra a ele que deve manter seus calcanhares sobre o piso e fazer uma inspiração profunda para manter a medição de sua altura. Anotar o dado no gráfico de Estatura/Idade (OMS).
- 4- Pesar em balança eletrônica ou balança mecânica (balança de braço aferida e sempre zerada e tarada) pesar com o adolescente vestindo roupas leves, sem sapatos ou adereços, celulares, etc.
- 5- O peso deve ser utilizado para avaliar o Índice de Massa Corporal (IMC, usando a fórmula:  $P/E^2$ ) e colocar nas curvas da OMS de IMC/idade.
- 6- Observar para os estágios de Tanner que o início da puberdade ocorre nas meninas entre 8 a 13 anos, com o aparecimento do broto mamário, e nos meninos, entre 9 a 14 anos, com o aumento do volume dos testículos.
- 7- A velocidade máxima do estirão puberal também é variável de adolescente para adolescente, ocorre 18 a 24 meses antes nas mulheres do que nos homens, com uma variação média de 2 cm por ano, menor nas mulheres.
- 8- Os meninos crescem em média de 9,5 cm/ano no estirão puberal e as meninas em média 8,0 cm/ano.
- 9- Um parâmetro importante para avaliar o estirão de crescimento puberal é a avaliação da Velocidade de Crescimento (VC/ano) que pode ser feita instantaneamente, avaliando-se por uma regra de três simples. Exemplo: adolescente de 12 anos, avaliado em um período de 04 meses de intervalo entre a consulta, cresceu 4 cm neste período, ele tem uma velocidade média de 12 cm/ano, portanto está no estirão puberal normal.
- 10- O máximo do ganho ponderal coincide com o estirão puberal nos homens, mas ocorre 6 a 9 meses após o estirão puberal nas mulheres.
- 11- Os adolescentes podem apresentar um aspecto de excesso de peso no período anterior ao estirão pubertário, sem que seja necessária a rotulagem de risco de obesidade. Porém o valor de excesso de peso não pode ultrapassar 20% em relação ao esperado para a altura/idade.
- 12- No início do estágio do estirão pubertário, a adolescente pode apresentar um aspecto longilíneo e emagrecido podendo ser classificada como de baixo peso pelos indicadores peso e altura.
- 13- Investigar as principais causas de atraso caso o crescimento pré-puberal seja menor que 4 cm/ano ou menor que 6 cm/ano em adolescentes na fase puberal.
- 14- Avaliar sempre a perda (Desnutrição) ou ganho (Sobrepeso / Obesidade) de peso em adolescentes.
- 15- Acompanhar semestralmente os adolescentes, e em caso de rastreamento de riscos, acompanhar a cada 2-3 meses.

## ANEXO H – Estágios do desenvolvimento de Turner no adolescente

## ESTÁGIOS DE MATURAÇÃO SEXUAL PRANCHAS DE TANNER

### Estágios de desenvolvimento da genitália



#### Estágio 1

Genitália pré-puberal ou infantil.



#### Estágio 2

Aparece um afinamento e hipervascularização da bolsa escrotal, e aumento do volume testicular sem aumento do tamanho do pênis. (G2)



#### Estágio 3

Ocorre aumento da bolsa escrotal e do volume testicular, com aumento do comprimento do pênis. (G3)



#### Estágio 4

Maior aumento e hiperpigmentação da bolsa escrotal, maior volume testicular com aumento do pênis em comprimento e diâmetro, e desenvolvimento da glândula. (G4)



#### Estágio 5

Genitália adulta em tamanho e forma e volume testicular. (G5)

### Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos



#### Estágio 1

Pelagem pré-puberal ou infantil, nenhum pelo pubiano. (P1)



#### Estágio 2

Ocorre o início do crescimento de alguns pelos finos, longos, escuros e lisos na linha medial ou na base do pênis. (P2)



#### Estágio 3

Aparecimento de maior quantidade de pelos, mais escuros e mais espessos, e discretamente encaracolados, com distribuição em toda a região pubiana. (P3)



#### Estágio 4

Pelos escuros, espessos, encaracolados, do tipo adulto, mas ainda em menor quantidade na sua distribuição na região pubiana. (P4)



#### Estágio 5

Pelos do tipo adulto, em maior quantidade, cobrindo toda a região pubiana, e estendendo-se até a superfície interna das coxas. (P5)

## ANEXO I – Avaliação dos critérios de Turner na puberdade no adolescente

# AVALIAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE TANNER NA PUBERDADE

**Na avaliação dos adolescentes, durante a puberdade, deve-se observar o aparecimento de pelos e o crescimento da genitália. A puberdade pode se iniciar dos 9 aos 14 anos e alguns aspectos devem ser observados, tais como:**

- 1- A primeira manifestação da puberdade no sexo masculino é o aumento do volume testicular, em média aos 10 anos e 9 meses. O saco escrotal torna-se mais baixo e alongado, mais solto e enrugado e mede cerca de 3cc.
- 2- O crescimento peniano começa, em geral, um ano após o crescimento dos testículos.
- 3- O início da puberdade antes dos 09 anos também pode ser motivo de preocupação, pode-se tratar de uma puberdade precoce e, portanto, deve-se sempre referir o adolescente ao serviço de referência para melhor ser avaliado.
- 4- Desenvolvimento de genitália. Recomenda-se, que o profissional de saúde responsável pela avaliação do adolescente, quando não munido do orquidômetro, proceda da seguinte forma:
  - a) faça a avaliação do peso e altura do adolescente.
  - b) mostre a prancha de estágios de Tanner ao adolescente e solicite ao mesmo que indique em que momento do seu desenvolvimento ele se encontra a partir do que foi visto.
  - c) faça a relação entre o peso e a altura e o estágio referido pelo adolescente.
  - d) o profissional poderá ainda, durante a entrevista, investigar possíveis alterações nas queixas e relatos do adolescente. Além de ser um método de avaliação seguro, permite ao adolescente a percepção de si e o autoconhecimento. Além de ser um método não invasivo.

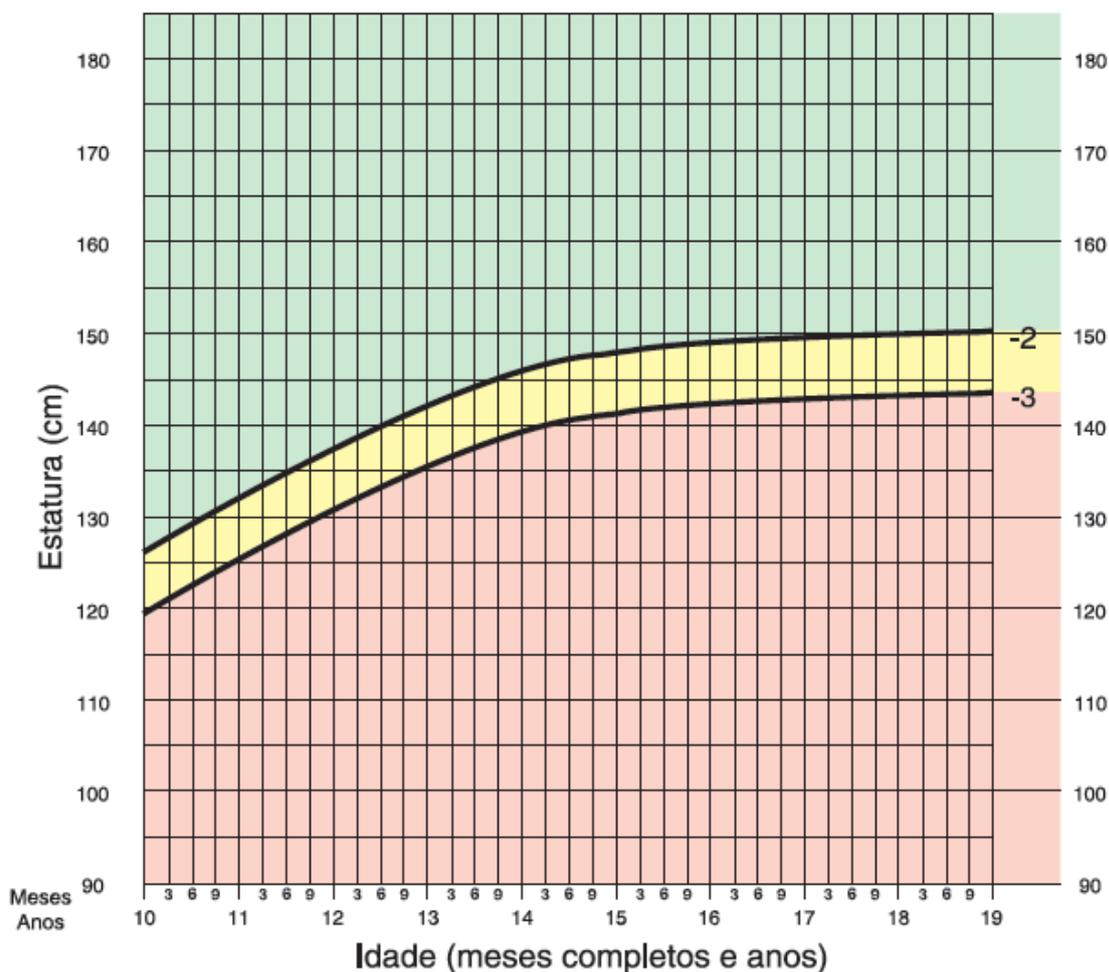
\* caso o profissional utilize o orquidômetro de Prader ver: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)
- 5- Observar que primeiro o pênis cresce em tamanho e depois em diâmetro. Quando o adolescente termina sua fase de crescimento, seu pênis atinge em média 12 cm e 15 cm quando ereto, podendo variar mais ou menos de 2 a 3 cm.
- 6- A idade da primeira ejaculação, conhecida como semenarca ou espermarca, ocorre em média aos 12 anos e 8 meses. Geralmente, acontece também a polução noturna, ou seja, a ejaculação involuntária de sêmen quando o adolescente está dormindo. Trata-se de evento fisiológico normal, que deve ser orientado e tranquilizado pelo profissional de saúde.
- 7- Observar que pode aparecer o crescimento do broto mamário no menino, ginecomastia puberal (aumento do tecido mamário) verifica-se em grande parte dos adolescentes masculinos. É frequentemente bilateral, tem consistência firme e móvel e, às vezes, muito dolorosa.
- 8- Pode-se classificar a ginecomastia, de acordo com o diâmetro, em: grau I, de 1 a 2 cm; grau II, de 2 a 4 cm, e grau III, de 5 cm em diante. A conduta é tranquilizar o adolescente e observar por até três anos, onde cerca de 85% regridem espontaneamente. Se trazer grande sofrimento ao adolescente, encaminhar ao profissional de saúde para conduzir e avaliar a necessidade de uso de medicamento e/ou encaminhar ao cirurgião.
- 9- A ginecomastia de causa patológica (por drogas, endocrinopatias, tumores ou doenças crônicas), embora rara, deve ser pensado se ocorrer antes ou ao término da maturação sexual, devendo ser cuidadosamente avaliada e encaminhada para o serviço de referência.
- 10- É importante observar que deve-se considerar retardo puberal em meninos, a ausência de qualquer característica sexual secundária a partir dos 14 anos de idade.

## ANEXO J – Gráfico de estatura por idade da adolescente

### ANTROPOMETRIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DA ADOLESCENTE

## Gráfico de estatura por idade

Dos 10 aos 19 anos (escores-z)



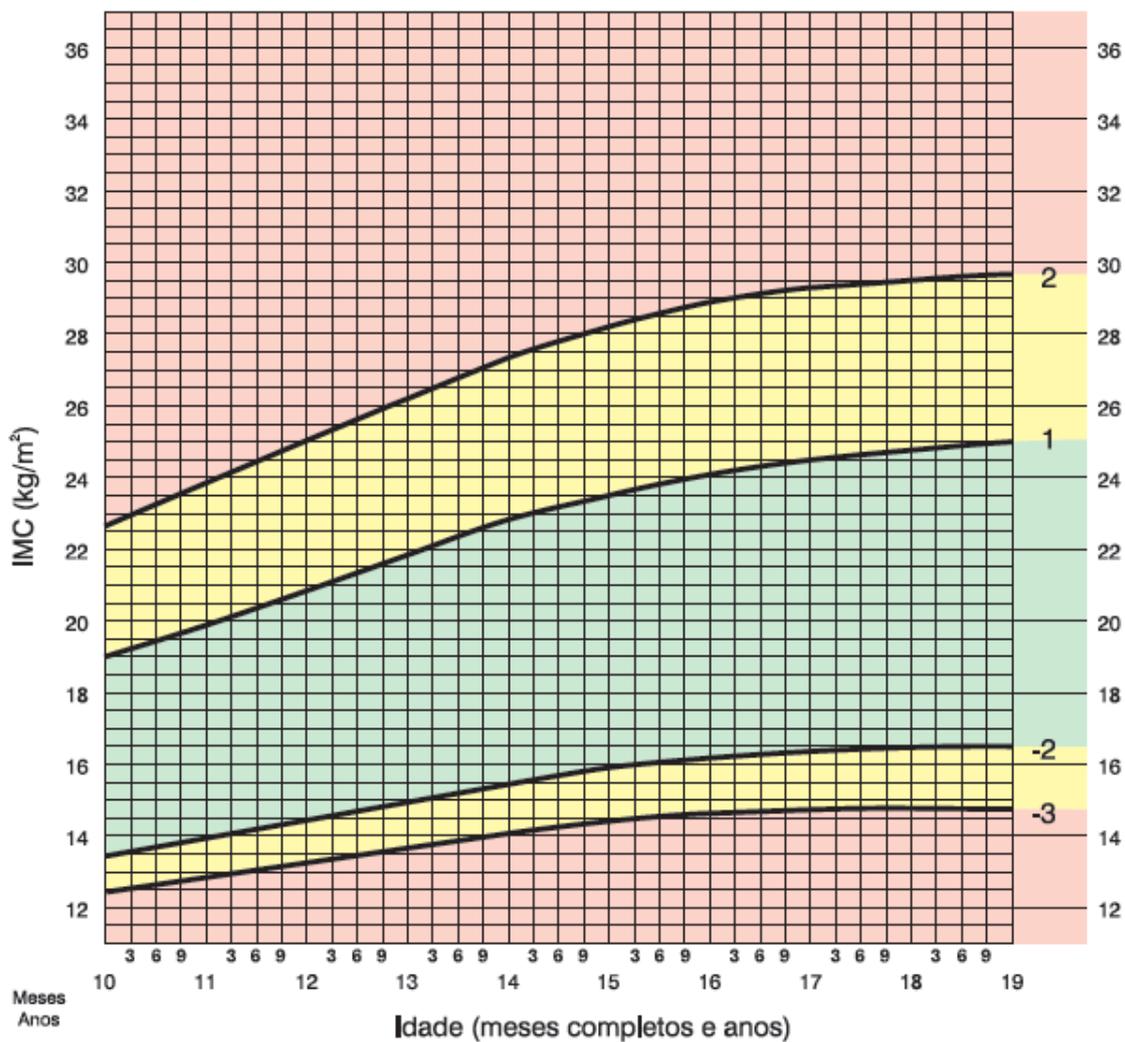
VALORES CRÍTICOS	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
$\geq$ Escore-z = 2	Estatura adequada para a idade
$\geq$ Escore-z = 3 e $<$ Escore-z = 2	Baixa estatura para a idade
$<$ Escore-z = 3	Muito baixa estatura para a idade

## ANEXO L – Gráfico de IMC por idade da adolescente

## ANTROPOMETRIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DA ADOLESCENTE

### Gráfico de IMC por idade

Dos 10 aos 19 anos (escores-z)



Valores Críticos DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	
> Escore-z +2	Obesidade
> Escore-z +1 e < Escore-z +2	Sobrepeso
> Escore-z -2 e < Escore-z +1	Eutrofia (IMC Adequado para a idade)
> Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magroza
< Escore-z -3	Magroza acentuada

## ANEXO M - Orientações para realização de medidas antropométricas da adolescente

### ANTROPOMETRIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DA ADOLESCENTE

Durante a adolescência, os dados antropométricos se tornam ainda mais importantes e valiosos para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, apesar de mais difíceis de se obter, devido à característica única do estirão puberal e da velocidade rápida de mudanças corporais que ocorrem neste período.

Cerca de 20 a 25% da altura do indivíduo adulto cresce neste período e 40 a 50% do seu peso final. Estes parâmetros são alcançados em média, durante o intervalo de 3 a 5 anos no estirão da puberdade.

Alguns pontos importantes devem ser observados visando facilitar a atenção ao crescimento e a avaliação da antropometria nesta fase. Em todas as consultas clínicas, deve-se avaliar:

- 1- Estatura, IMC/Idade e os Estágios puberais de Tanner em todos os adolescentes que compareçam ao serviço de saúde.
- 2- Medir a altura em antropômetro/estadiômetro de parede, com o adolescente descalço, segundo técnicas de antropometria (OMS).
- 3- Pela recomendação deve-se colocar o adolescente de pé, sem sapatos, tão ereto quanto possível, com os olhos e as orelhas alinhados horizontalmente. Colocar a prancha ou prancheta na cabeça, fazendo um ângulo de 90 graus, firmemente sobre a cabeça do adolescente, enquanto o examinador exerce uma pressão suave de baixo para cima sobre o seu queixo, e lembra a ele que deve manter seus calcanhares sobre o piso e fazer uma inspiração profunda para manter a medição de sua altura. Anotar o dado no gráfico de Estatura/Idade (OMS).
- 4- Pesar em balança eletrônica ou balança mecânica (balança de braço aferida e sempre zerada e tarada) pesar com a adolescente vestindo roupas leves, sem sapatos ou adereços, celulares, etc.
- 5- O peso deve ser utilizado para avaliar o Índice de Massa Corporal (IMC, usando a fórmula:  $P/E^2$ ) e colocar nas curvas da OMS de IMC/Idade.
- 6- Observar para os estágios de Tanner que o início da puberdade ocorre nas meninas entre 8 a 13 anos, com o aparecimento do broto mamário, e nos meninos, entre 9 a 14 anos, com o aumento do volume dos testículos.
- 7- A velocidade máxima do estirão puberal também é variável de adolescente para adolescente, ocorre 18 a 24 meses antes nas mulheres do que nos homens, com uma variação média de 2 cm por ano, menor nas mulheres.
- 8- Os meninos crescem em média de 9,5 cm /ano no estirão puberal e as meninas em média 8,0 cm/ano.
- 9- Um parâmetro importante para avaliar o estirão de crescimento puberal é a avaliação da Velocidade de Crescimento (VC/ano) que pode ser feita instantaneamente, avaliando-se por uma regra de três simples. Exemplo: adolescente de 12 anos, avaliado em um período de 4 meses de intervalo entre a consulta, cresceu 4 cm neste período, ele tem uma velocidade média de 12 cm/ano, portanto está no estirão puberal normal.
- 10- O máximo do ganho ponderal coincide com o estirão puberal nos homens, mas ocorre 6 a 9 meses após o estirão puberal nas mulheres.
- 11- Os adolescentes podem apresentar um aspecto de excesso de peso no período anterior ao estirão pubertário, sem que seja necessária a rotulagem de risco de obesidade. Porém o valor de excesso de peso não pode ultrapassar 20% em relação ao esperado para a altura/idade.
- 12- No início do estágio do estirão pubertário, a adolescente pode apresentar um aspecto longilíneo e emagrecido podendo ser classificada como de baixo peso pelos indicadores peso e altura.
- 13- Investigar as principais causas de atraso caso o crescimento pré-puberal seja menor que 4 cm/ano ou menor que 6 cm/ano em adolescentes na fase puberal.
- 14- Avaliar sempre a perda (Desnutrição) ou ganho (Sobrepeso / Obesidade) de peso em adolescentes.
- 15- Acompanhar semestralmente os adolescentes, e em caso de rastreamento de riscos, acompanhar a cada 2-3 meses.



Secretaria de  
Atenção à Saúde

Ministério  
da Saúde



Anexo D ao M. Fonte: BRASIL. Orientações para o atendimento à saúde de adolescentes.

Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_atendimento\\_adolescnte\\_menina.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_atendimento_adolescnte_menina.pdf)>.

Acesso em: 20 fev. 2014.