

# Técnica de “Depuração” em estudos de caso: visando facilitar a discussão da assistência à saúde de adolescentes

“Debugging Cases” strategy in a case study: aiming to facilitate discussion of adolescent health care

Adriana Maria do Nascimento<sup>I</sup>, Isabella Fontes Monteiro<sup>II</sup>,  
Rebeca Rodrigues de Lima<sup>III</sup>, Samanta Ribeiro Oliveira da Silva<sup>IV</sup>, Regina Figueiredo<sup>V</sup>,  
Fernanda Luz Gonzaga da Silva<sup>VI</sup>, Danilo Milev<sup>VII</sup>, Vanessa Matias da Rocha<sup>VIII</sup>

## Resumo

Este artigo apresenta o emprego da técnica “Depuração de Casos” para discussão de Estudo de Caso, utilizada para formação de profissionais de saúde da Atenção Básica na promoção de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. Por meio de descrição da técnica, descrição de discussões e entrevistas realizadas após sua utilização, obteve-se a opinião dos profissionais em relação à técnica. São discutidas e analisadas suas contribuições para a formação de profissionais de saúde e para a promoção e assistência à saúde de adolescentes em questões de direitos e saúde sexual e reprodutiva.

**Palavras-chave:** Metodologia de educação; Estudo de caso; Direitos sexuais e reprodutivos; Saúde sexual e reprodutiva; Assistência à saúde.

## Abstract

This article presents the applicability of the strategy “Debugging Cases” to discuss a Case Study, used for training health professionals of Primary Care in the promotion of sexual and reproductive health of adolescents. Through the description of the strategy, description of discussions and interviews conducted after applicability, an opinion was obtained from the professionals regarding the strategy. Their contributions to the training of health professionals and to the promotion and health care of adolescents in issues of sexual and reproductive health and rights are discussed and analyzed.

**Keywords:** Methodology of education; Case study; Sexual and reproductive rights; Sexual and reproductive health; Health care.

<sup>I</sup> Adriana Maria do Nascimento (drika.rasika@gmail.com) é bacharel em Enfermagem pela Universidade Paulista (UNIP), com aperfeiçoamento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e pós graduanda em Pesquisa Clínica com foco em Epidemiologia pela Universidade de São Paulo (USP).

<sup>II</sup> Isabella Fontes Monteiro (isabella.monteiro@usp.br) é bacharel em Obstetrícia pela Universidade de São Paulo (USP), com aperfeiçoamento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Mestranda em Mudança Social e Participação Política pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/USP).

<sup>III</sup> Rebeca Rodrigues de Lima (rebecalegal@uol.com.br) é bacharel em Obstetrícia pela Universidade de São Paulo (USP), com aperfeiçoamento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>IV</sup> Samanta Ribeiro Oliveira da Silva (sami.ribeiro@yahoo.com.br) é bacharel em Obstetrícia pela Universidade de São Paulo (USP), com aperfeiçoamento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Mestranda em Mudança Social e Participação Política

pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/USP).

<sup>V</sup> Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é Cientista Social, Mestre em Antropologia Social e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>VI</sup> Fernanda Luz Gonzaga da Silva (fe.gonzaga@hotmail.com) é bacharel em Obstetrícia pela Universidade de São Paulo (USP), com aperfeiçoamento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e atua como assistente de pesquisa nessa instituição.

<sup>VII</sup> Danilo Milev (danilomilev@hotmail.com) é bacharel e licenciado em Ciências Sociais pelo Centro Universitário Fundação Santo André, com aperfeiçoamento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>VIII</sup> Vanessa Matias da Rocha (vanessa\_rocha24@yahoo.com.br) é bacharel e licenciada em Educação Física pela Universidade São Judas Tadeu, com aperfeiçoamento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



### Introdução

Na área da Saúde, é comum a confusão de papéis dos profissionais em lidar com determinados assuntos como, por exemplo, violência, drogas, ou sexualidade. Uma vez que esses temas são polêmicos e muitas vezes considerados tabus, os profissionais costumam misturar percepções e valores pessoais junto à atuação profissional. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo<sup>15</sup> já apontou que tanto a Ginecologia como a Obstetrícia apresentam casos em que esses conflitos de ordem profissional e bioética se permeiam à prática, talvez como em nenhuma outra especialidade médica. Frequentemente, profissionais dessas áreas são confrontados por situações com as quais não sabem lidar com “neutralidade”, ultrapassando, inclusive, limites éticos em atitudes que expressam preconceito e julgamento moral, como constatado em várias situações, como casos de abortamento<sup>29</sup>, de fornecimento da contracepção de emergência<sup>26</sup>, na

realização de histerectomias<sup>34</sup>, assim como no atendimento a adolescentes<sup>23</sup>.

Neste último item, se destaca a questão da atenção à prevenção da gravidez e do fornecimento de contraceptivos na adolescência, que tem sido pauta de muitos debates em relação aos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes. Não são poucos os trabalhos que se pautam nos direitos dos adolescentes após 1990, quando foi implementado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>5</sup>. Não apenas discute-se se tais direitos vêm sendo entendidos e praticados<sup>31,32,35</sup>, mas também as dificuldades e contradições, inclusive legais, de seu entendimento pleno<sup>19,22</sup>. O fato é que corriqueiramente, direitos já estabelecidos e referendados pelo próprio Ministério da Saúde<sup>8,9</sup> são, muitas vezes, transgredidos e negados pelos serviços e profissionais de saúde pública<sup>23</sup>.

Além disso, verifica-se que há uma tendência do senso comum na abordagem dos direitos

sexuais e reprodutivos de adolescentes pelo viés familiar, ou seja, os adolescentes costumam ser encarados sob a ótica da tutela de pais ou responsáveis e não como sujeitos plenos de direitos, ficando a mercê sempre do aval de suas ações e também a submissão de seu atendimento em saúde da responsabilidade dos outros. Essa noção esbarra na responsabilidade familiar, mas também no direito adquirido, após inúmeras discussões de saúde, à garantia do sigilo de informações sobre relatos de pensamento e de conduta preconizado por uma série de conselhos profissionais ligados à saúde.

Os conselhos de profissionais das áreas de Enfermagem<sup>14</sup> e Medicina<sup>15</sup>, Psicologia<sup>16</sup> e Serviço Social<sup>17</sup> explicitam, em seus códigos de ética, a importância do sigilo das informações pessoais do paciente como necessário à adesão e à continuidade da atenção em saúde. Da mesma forma, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)<sup>33</sup>, fazem essa recomendação, explicitando as questões de natureza da sexualidade dos adolescentes.

É importante frisar que o direito ao sigilo e à autonomia de adolescentes, defendido, não vislumbrou evitar a abordagem grupal dos problemas, mas garantir o direito do adolescente enquanto indivíduo de opinião e ativo, não reconhecido em leis anteriores que o colocavam a mercê de decisões familiares. Garantir a autonomia, nesse caso, preconiza, não apenas enxergar suas demandas e necessidades, mas também priorizá-las, de forma a garantir que o vínculo entre assistência e serviços com esse sujeito garanta seu espaço e inclusão no sistema, o que não ocorreria caso a família fosse convocada.

Assim, a dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com a sexualidade de adolescentes está relacionada predominantemente com a formação dos mesmos; primeiro porque esses

não costumam ter as legislações de direitos sexuais e reprodutivos em suas formações; segundo, porque, de acordo com Andrade e Vieira<sup>1</sup>, o modelo biomédico hegemônico tão predominante nessas escolas de formação profissional quanto nas instituições de assistência em saúde, tende a valorizar o tecnicismo durante a prática, desconsiderando, na maioria das vezes, o histórico social, individual e psicológico do usuário, limitando os profissionais na capacidade de lidar com os valores individuais, culturais e aspectos psicológicos. Além disso, estes aspectos também não são discutidos na própria formação dos alunos e futuros profissionais de saúde.

Essa tendência se intensifica quando as abordagens humanizadas e contextuais não são consideradas. Com exceção de áreas como a Psicologia Social e a Antropologia, que lidam com demandas e imaginários das pessoas percebendo onde/como/porque elas têm tal e qual conduta, as práticas profissionais tendem a se voltar ao indivíduo e suas funções biológicas, ou seja, à prática clínica, assim como o direito à saúde vai sendo norteado cada vez mais ao ser biológico. Dimenstein<sup>21</sup> aponta isso na seleção e hierarquização dos pacientes, na baixa eficácia das terapêuticas, no alto índice de abandono dos tratamentos e nos conflitos das orientações dos profissionais da saúde com as representações de pessoa usuária das instituições de saúde, inclusive quanto à visão sobre saúde e doença, e corpo. Como consequência. Tem-se a “coisificação” dos pacientes e a não percepção desses como sujeitos de direitos.

Por isso, no que se refere à sexualidade, há embates quando são apresentados aspectos que o tecnicismo não responde e se constituem na ordem dos direitos, principalmente individuais, uma vez que, com relação a adolescente, há interesses, muitas vezes conflitantes entre ele e seus familiares<sup>22</sup>. Esses interesses familiares estão, normalmente, calcados na moral social, em hábitos,

preconceitos e estereótipos comuns, fortemente guiados pela cultura de origem patriarcal, como se constata na visão sobre a homossexualidade ou sobre a prática sexual das meninas<sup>22,28</sup> – que são fortemente reprimidas socialmente devido à adoção de modelos estereotipados e de gênero feminino e masculino<sup>28</sup>.

Da mesma forma, profissionais sem preparo e discussão sobre direitos e cultura, se apresentam com essas mesmas construções culturais do senso comum e as utilizam para avaliar e “palpar” sobre os comportamentos sexuais das pessoas que atendem, trazendo interferências de ordem pessoal e moral para a sua atuação de trabalho e perdendo por várias vezes a perspectiva do cuidado da saúde em si e do direito em saúde do outro – o usuário adolescente. A desconstrução e quebra de paradigmas dentro de uma sociedade onde as mulheres e também meninas adolescentes ocupam um lugar de coadjuvantes em suas relações familiares e sociais, principalmente em ambientes de maior pobreza e desigualdade e, portanto, de dependência econômica, refletem diretamente no julgamento desses sujeitos e na vulnerabilidade a que estarão expostos<sup>13</sup>.

Buscando contribuir para a facilitação da compreensão do direito a atenção em saúde de situações que remetem ao âmbito coletivo ou familiar, este artigo apresenta uma técnica de discussão de caso utilizada para questões de saúde sexual de adolescentes, buscando integrar o direito desses como sujeito de direitos individuais.

### Metodologia

No período de 2014 a 2016, o Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, através do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) em Saúde Coletiva e em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha, desenvolveu um trabalho de

levantamento de demandas prioritárias em saúde e elaboração de estratégias na tentativa de contribuir com a situação local no tocante à redução da mortalidade materna.

O diagnóstico de saúde elaborado no trabalho supracitado apresentou as taxas de mortalidade materna na Região de Saúde de Franco da Rocha que engloba os municípios de Cajamar, Caieiras, Francisco Morato, Franco da Rocha e Mairiporã. No ano de 2010, a taxa foi de 71,06 por 100.000 nascidos vivos e, em 2013, 46,37 por 100.000 nascidos vivos. Restringindo o olhar para o município de Franco da Rocha, notou-se que esta razão de mortalidade era de 92,38 em 2010, 143,54 em 2011 e nenhuma morte computada em 2013, sendo que os dados referentes ao ano de 2012 não estavam disponíveis na ocasião<sup>25</sup>.

Sabe-se que as taxas observadas nesse município ultrapassam os limites estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), que deveriam ser de no máximo 35 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos<sup>36</sup>. Além disso, identificou-se, também, que as causas de óbitos maternos no município estavam relacionadas diretamente às altas taxas de mortalidade obstétrica direta, ou seja, causas evitáveis. Evidenciou-se, ainda, que essas taxas seriam indicadores de pré-natal de baixa qualidade, baixa qualidade da atenção ao parto, investimento insuficiente em planejamento reprodutivo e falta de acesso das gestantes aos serviços de saúde<sup>25</sup>.

A definição dessa demanda prioritária resultou na elaboração de uma síntese de evidências na qual foram analisadas revisões sistemáticas que avaliaram intervenções capazes de reduzir a mortalidade materna. Levando em consideração a organização da rede de atenção à saúde materno-infantil do município e as opções viáveis para resolução do problema, a qualificação das ações de planejamento reprodutivo foi a proposta de ação escolhida pelos gestores do município

para sofrer intervenção, uma vez que essa ação é uma forte aliada na redução da mortalidade materna, conforme apontaram Nyamtema e colegas<sup>31</sup>, em uma revisão sistemática. Também Goldie e colegas<sup>24</sup> constataram que o planejamento reprodutivo é a intervenção mais eficaz, pois tem potencial de redução da mortalidade materna de 7% a 28,1% nas áreas rurais e de 5,8% a 23,5% nas áreas urbanas. Igualmente Delfino e colegas<sup>20</sup> concluíram que o planejamento reprodutivo somado a outras estratégias de ação pode proporcionar uma redução na mortalidade materna de uma região, com impactos de até 75%.

Diante disto, entre as estratégias elaboradas em resposta às demandas identificadas no município, foi realizada a proposta de capacitação de servidores da saúde em Planejamento Reprodutivo para Adolescentes, uma vez que a incidência de casos de gravidez na adolescência no município é alta e considerada corresponsável pela alta mortalidade materna local. Uma oficina pré-agendada, com a participação de servidores de diferentes Unidades Básicas de Saúde do Município de Franco da Rocha (SP), foi montada para a aplicação e discussão de um estudo de caso. Segundo Yin<sup>37</sup>:

*“[...] um estudo de caso investiga um fenômeno contemporâneo (o ‘caso’) em seu contexto no mundo real, especialmente quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto puderem não estar claramente evidentes” (p.2).*

Considerou-se que a técnica proporcionaria oportunidade para gerar reflexões a respeito da assistência e do cuidado contraceptivo aos adolescentes, embasando uma discussão frente às dificuldades e posicionamentos dos profissionais quanto aos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes, questões de gênero, preconceito, direito à autonomia e ao sigilo, além da reflexão sobre as barreiras que as jovens enfrentam na busca de serviços de saúde, favorecendo a ilustração

de fluxos necessários de serem realizados para a atenção em saúde reprodutiva de adolescentes.

O caso foi elaborado pela equipe do Instituto de Saúde e procurou refletir a realidade do município e do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de modo a provocar identificação dos participantes com a situação comum, ou seja, a situação de risco de gravidez na adolescência, num contexto familiar conturbado e com outras demandas de saúde, em que adolescentes têm prática sexual com parceiros da localidade.

#### Caso de Talita:

*“Talita, 13 anos, estudante, compareceu pela primeira vez a uma Unidade Básica de Saúde, acompanhada da prima de 15 anos, referindo atraso menstrual. Na recepção, foi informada da necessidade de estar acompanhada por um responsável e não pôde realizar o teste de gravidez. Talita retornou após uma semana, acompanhada de uma amiga da prima, de 18 anos. Durante a coleta do Pregnosticon (teste de gravidez), a adolescente relatou que é filha de Silvana, 30 anos, auxiliar de limpeza, estava na fila da laqueadura, mas acabou engravidando do quarto filho. Está casada com Josias, desempregado há dois anos e apresenta quadro de alcoolismo, não aceita realizar vasectomia, não possui responsabilidades dentro de casa e recentemente começou a ter comportamentos abusivos. Há 4 meses fica com Cléber, 25 anos, motoboy, pai de dois filhos e frequentador dos fluxos (‘rolezinhos’). Após o resultado negativo, aproveitou o momento e referiu sentir ‘bolinhas’ na região da vagina além de ter sentido dor nas últimas relações sexuais”.*

O grupo de profissionais, dividido em subgrupos de 3 a 4 pessoas, deveria discutir e responder: “Qual deveria ser a postura do serviço frente ao caso?”. Desta forma, esperava-se que

construísem uma estratégia de ação para solução da(s) situação(ões) envolvida(s) no caso.

Como a expectativa era de que muitos aspectos de ordem moral, dúvidas, envolvimento de familiares e esquecimento de alguns detalhes da situação apresentada no caso fossem feitos, a finalização do trabalho de estudo de caso utilizou a técnica de “depuração de casos”, que especifica em um quadro síntese, todos os personagens envolvidos na situação, seus problemas e necessidades quanto à saúde e o papel de resolução que a UBS e seus fluxos têm, uma vez que o modelo assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) é pautado na integralidade individual. Assim, a “depuração de casos” foi inventada enquanto técnica pelo grupo do Instituto de Saúde para facilitar a visualização da dimensão de inserção do cuidado individual no conjunto de assistência à saúde que lida com comunidades e questões familiares, buscando facilitar intervenções e integração dos sujeitos na promoção da saúde:

**Quadro 1** – Tabela modelo para construção da “depuração de caso”

Personagem	Problema/ Questão de Saúde	Como a UBS deve atuar?	Bases Normativas e Legais
1 - .....			
2 - .....			
3 - .....			
.....			

Fonte: Elaboração própria

Os encaminhamentos e ações da UBS devem seguir as políticas nacionais, estaduais e municipais de cada subárea da saúde, conforme o modelo constitucional do SUS que norteia as ações de serviços e profissionais de saúde que atuam nesse sistema.

Para avaliar a técnica, foram realizadas duas formas de avaliação: (1) os participantes responderam a um questionário de avaliação no final do encontro, contendo questões sobre a organização, objetivo e metodologia utilizada na formação; (2) cada profissional foi visitado em seu serviço até 2 meses após o encontro, de forma a responder uma entrevista semiestruturada sobre o processo, a dinâmica realizada, a viabilidade de sua replicação e de implementação das ações orientadas.

### Resultados

A oficina de discussão de caso Planejamento Reprodutivo de Adolescentes, contou com a participação de 10 profissionais de saúde: 3 agentes comunitárias de saúde, 1 auxiliar de enfermagem, 4 enfermeiros, 1 assistente social e 1 profissional da equipe de gestão do município.

Em seguida, cada grupo apresentou as possíveis condutas para resolução de cada caso que que consideravam “confuso” e complicado, mas recorrente em sua comunidade.

**Quadro 2** – Resultado da discussão em Grupo do Caso Talita.

Grupo	Conduta com Talita	Conduta com outro(s)
Grupo 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- teste rápido (DST)</li> <li>- consulta ginecológica imediata</li> <li>- localizar a mãe</li> <li>- investigar os sintomas</li> <li>- orientar sobre contracepção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- orientar mãe sobre contracepção até fazer laqueadura</li> </ul>
Grupo 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- teste rápido (DST)</li> <li>- teste de gravidez</li> <li>- fazer consulta de enfermagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- orientar mãe sobre contracepção até fazer laqueadura</li> <li>- realizar pré-natal da mãe;</li> <li>- verificar por qual motivo mãe não se comunica com a filha</li> <li>- encaminhar a mãe para apoio social</li> <li>- realizar visita domiciliar para ver situação do padrasto</li> <li>- encaminhar padrasto para CRAS</li> <li>- oferecer ao namorado método contraceptivo</li> </ul>
Grupo 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- teste de gravidez imediato sem necessidade de acompanhante</li> <li>- convocar adolescente para grupo</li> <li>- verificar se houve violência sexual</li> <li>- discutir com a mãe o caso que a mãe deveria ter orientado</li> <li>- falar da postura irresponsável do parceiro</li> <li>- acionar Conselho Tutelar.</li> </ul>	

Fonte: Elaboração própria

Uma vez trazidos os resultados dos grupos elementos, foram trazidos à luz da discussão e embasamento das ações estratégicas de cuidado, propostas pelos participantes em adequação aos conceitos, normas, diretrizes e legislações preconizadas que dispõem dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes para a orientação de condutas de profissionais que atuam em

serviços do SUS<sup>8,9,10</sup>, aplicando a técnica de “depuração de caso”. Assim, o instrutor constrói expositivamente um quadro, que discute a diversidade de condutas apontadas pelos grupos frente às necessidades de saúde dos sujeitos envolvidos no caso, seus problemas e quais condutas estariam embasadas nas diretrizes, legislações e normas vigentes em saúde.

**Quadro 3** – Caso “depurado”, conforme problemas de saúde, condutas e bases normativas.

<b>Personagem</b>	<b>Problema/ Questão de Saúde</b>	<b>Como UBS deve atuar?</b>	<b>Bases Normativas e Legais</b>
1 – Talita (adolescente de 13 anos)	Teve relação sexual sem prevenção e buscou realizar teste de gravidez. Tem “bolinhas” na região da vagina.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- atenção individual com direito à autonomia e sigilo em todos os procedimentos;</li> <li>- realização de teste-gravidez;</li> <li>- verificar se costuma ter relações sexuais consentidas (se foi forçada, fazer encaminhamento da violência);</li> <li>- atenção ginecológica e contraceptiva (para qualquer método);</li> <li>- exames ginecológicos e testes para detecção de DST;</li> <li>- tratamento da DST (se for o caso);</li> <li>- orientação de uso de preservativo contra DST/aids.</li> </ul>	ECA <sup>5</sup> e Ministério da Saúde, dispensam obrigação de acompanhante para atenção ginecológica, contraceptiva e exames <sup>7,8,9</sup> .
2 – Cleber (jovem de 25 anos)	Pai de 2 filhos, teve relação sexual com Talita sem prevenção	<p>Se reside na área:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientação em planejamento familiar para planejamento de paternidade;</li> <li>- orientação para realização de teste rápido para detecção de DST;</li> <li>- tratamento da DST (se for o caso);</li> <li>- orientação de uso de preservativo contra DST/aids.</li> </ul>	Lei de Planejamento Familiar <sup>4</sup> e Política de Atenção ao Adolescente e ao Jovem <sup>8,9,10</sup> . e Política de DST/Aids orienta prevenção de DST/Aids <sup>7,10,12</sup> .
3 – Silvana (30 anos)	Tem 4 filhos e está na fila de laqueadura. Está grávida. Tem parceiro usuário de álcool.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- realizar o pré-natal;</li> <li>- verificar demora de espera de laqueadura;</li> <li>- oferecer e esclarecer sobre importância de uso de contraceptivos de alta eficácia e duradouro até laquear (DIU, injeção trimestral, etc);</li> <li>- orientar condutas para familiar de dependência química (na UBS, CAPS, ou serviços locais).</li> </ul>	Lei de Planejamento Familiar <sup>4</sup> e Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas <sup>6</sup> .
4 – Josias (padrasto)	Faz abuso de álcool, Desempregado, Comportamentos abusivos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- abordagem para orientação de dependência química e encaminhamento ao CAPS;</li> <li>- encaminhamento Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e Posto ao Atendimento ao Trabalhador (PAT), para apoio à busca de emprego e renda.</li> </ul>	Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas <sup>6</sup> e Política Nacional de Saúde – que orienta interação com outros setores e equipamentos públicos <sup>11</sup> .
5 – Amiga da Prima (18 anos)		<p>Se reside na área:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientação para atenção ginecológica e contraceptiva (para qualquer método);</li> <li>- orientação de uso de preservativo contra DST/aids.</li> </ul>	Lei de Planejamento Familiar <sup>4</sup> e Política de Atenção ao Adolescente e ao Jovem <sup>8,9,10</sup> . Política de DST/Aids orienta prevenção de DST/Aids <sup>7,12</sup> .

Fonte: Elaboração própria



No processo de avaliação, os questionários aplicados ao final do encontro apontam que praticamente todos os profissionais consideraram as técnicas empregadas de forma

muito positiva (numa média próxima à nota máxima) quanto ao conteúdo, metodologia, relevância, desempenho dos facilitadores e sua própria participação:

**Tabela 1** – Avaliação dos participantes da Oficina, considerando 10 a nota avaliação máxima.

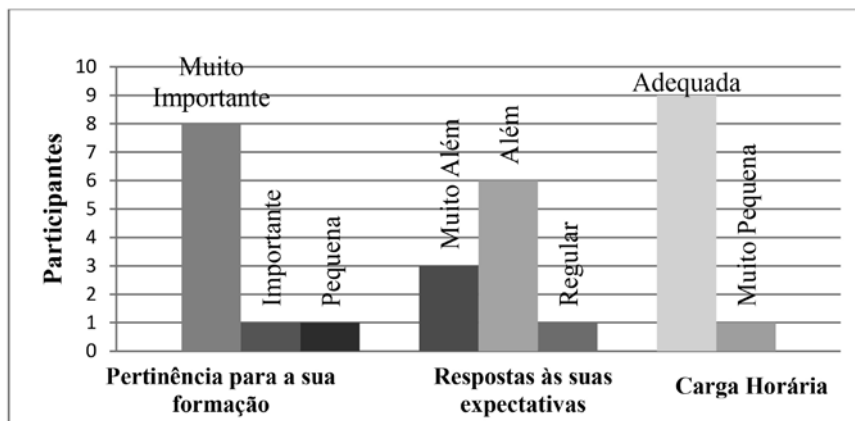
Participantes	conteúdo	metodologia	relevância	Desempenho dos facilitadores	Auto avaliação de participação
1	10	10	10	10	10
2	10	10	10	-	10
3	10	10	9	8	9
4	10	8	10	10	8
5	10	10	10	10	8
6	10	9	9	9	10
7	10	10	9	10	9
8	10	10	10	10	-
9	10	10	10	10	-
10	10	10	10	10	10
média	10	9,7	9,7	9,7	9,3

Fonte: Elaboração própria

Com relação à pertinência da oficina para sua formação foi considerada “muito importante” por 80%, “além” ou “muito além” das

expectativas por 90%, expectativas e “adequada em carga horária” por 90%.

**Gráfico 1** - Avaliação dos participantes sobre a Pertinência, Resposta às Expectativas e Carga Horária da Formação



Fonte: Elaboração própria

As entrevistas demonstram que o uso de discussão de caso que utilize similaridade com as características culturais e socioeconômicas próximas à realidade do município permite identificação dos profissionais de saúde.

*“O estudo de caso que a gente teve lá no curso com vocês acontece muito aqui no posto”* (Participante 1).

*“...a gente acha que é só um estudo do caso, mas que realmente acontece, independente da UBS, porque uma coisa é falar de uma coisa que não vivencia e aí fica superficial, mas aquilo me marca porque realmente acontece e ajuda até melhorar”* (Participante 2).

A “depuração de caso” foi considerada como uma maneira clara e didática de transmissão do conteúdo, possibilitando o esclarecimento das dúvidas sobre cada problema e questão dos “personagens”. Além de orientar condutas de forma objetiva e interligada à legislação existente foi considerada muito importante, uma vez que muitos desconheciam as legislações e normas vigentes:

*“... passou informação que a gente não conhecia, também da parte da vasectomia e da laqueadura que é a idade ou dois filhos, aqui a gente falava a idade e dois filhos, essa parte gravou bastante porque a gente estava passando informação errada para as pessoas, estava bloqueando muitas pessoas. [...] querendo ou não a gente estava negligenciando sem saber que estava negligenciando”* (Participante 3).

Também facilita a orientação de como seguir a legislação e sobre que “personagem” (que sujeito) aplicá-las para considerar as ações de saúde:

*“... porque aqui na unidade os funcionários tinham receio de atender pessoas menores de idade, principalmente adolescente se era*

*teste de gravidez tinha receio de fazer sem o pai sem a mãe, até chegava ao ponto de se negar”* (Participante 3).

*“A pessoa/o paciente, você vai atender como pessoa e você nunca atende só ela. Aí tem as outras questões que se estendem”* (Participante 6).

Além disso, relatam que o aperfeiçoamento de conhecimentos sobre os aspectos legais, quebra de tabus e ideias transmitidas pelo senso comum existente localmente, permitindo a ampliação da capacidade de prestar o cuidado integral à saúde através de pressupostos científicos e normatizações, garantindo de forma eficiente o direito à saúde e evitando consequências negativas para o paciente e para o sistema de saúde como um todo.

*“... aqui eles têm a cabecinha muito fechada ainda em relação a tudo isso que envolve a sexualidade então foi bom pra gente aprender a conduzir a conversa com esse público”* (Participante 5).

Quando à contribuição da atividade para a reflexão da prática profissional, os participantes apontaram a importância de não lidar com os usuários dos serviços e pacientes de maneira automática, especificamente priorizando o bom acolhimento, escuta e a construção do conhecimento conjunto por meio de grupos e consultas, que na prática resulta no aprimoramento da abordagem dos adolescentes, maior facilidade na disseminação das informações para colegas e para o público, realização de encaminhamentos adequados, melhoria na qualidade de assistência ao planejamento reprodutivo da população, além da experimentação e potencialidade de usar novas dinâmicas para passar informações.

Dos participantes, apenas 1 relatou ter conseguido replicar o caso em seu serviço de saúde no intervalo até a entrevista.

*“Nós replicamos o estudo de caso, eu trouxe a folha e elas leram, foi coincidência porque no dia estava tendo um bem parecido aqui”* (Participante 4).

Os demais nove afirmaram que iriam fazê-lo e um dos entrevistados também salientou que a técnica deveria ser aplicada com todos os profissionais das unidades de saúde, devido ao insucesso na resolução da atenção das adolescentes no município.

### Discussão e considerações

A utilização de técnicas educativas, como a discussão de casos, parece atrair bastante interesse dos profissionais de saúde, que no correr do dia-a-dia sentem falta de interlocução sobre problemas e discussão das práticas cotidianas a partir de suas experiências. Conectar atividades educativas com a prática profissional se mostra, assim, favorável à resolução de casos e a utilização de “depuração de caso” facilita a apresentação e aplicabilidade de normatizações e legislações em vigor, respaldando a atuação profissional embasada nos direitos à saúde dos indivíduos e menos em sua moralidade pessoal ou informações subtraídas do senso comum.

Dessa forma, concorda-se Costa e colegas<sup>18</sup>, que afirmam que o uso de estudo de caso é uma estratégia apropriada para detalhamento e exemplificações de problemas a intervir.

A experiência de uso da técnica se revelou eficaz para a identificação de lacunas e dificuldades que os profissionais encontram em sua atuação, com contextos familiares ou coletivos em que há muitos envolvidos e há tendência à mistura de suas ações com a moralidade e o comportamento da comunidade, que dificultam a identificação dos reais problemas da população e também o seu posicionamento e atuação profissional. Frente à insegurança na abordagem de determinados assuntos

considerados tabus, a visualização do direito à saúde de cada pessoa individualmente é fundamental, juntamente com o conhecimento das diretrizes e normas de saúde, para ações diretas sobre a realidade e articuladas a outros serviços, ao invés de apropriações “confusas” da realidade que paralisa a atuação sobre as situações.

Essas dificuldades e “confusões” de identificação do alvo da ação de saúde devem ser levadas em consideração nas estratégias dos poderes públicos, pois nos revelam a necessidade de aprimoramento das políticas públicas também na área de formação, educação e atualização de seus profissionais, visando o bom e efetivo funcionamento dos serviços. Segundo Bazon<sup>3</sup>, a falta de preparo profissional e o grande número de atendimentos realizados no sistema público de saúde dificultam a relação médico-paciente/familiares, impedindo muitas vezes a melhor compreensão dos processos e fatores associados aos problemas de saúde, o que contribui para a negligência do cuidado, onde usuários são vistos como objetos de intervenção e não como sujeitos de direitos<sup>27</sup>. Nesse sentido, individualizar o foco ajuda a identificar as necessidades de cada indivíduo e se resgata a ideia de saúde enquanto bem social e individual inalienável<sup>27</sup>.

Um elemento potencializador da técnica de “depuração de casos” é a discussão dos casos com diferentes cargos e formações profissionais, relação multidisciplinar que favorece o olhar integral do cuidado e a interlocução da questão por diferentes pontos de vista. Anjos Filho e Souza<sup>2</sup> mencionam que o trabalho multiprofissional vai além da existência de uma multidisciplinaridade constituindo-se, em alguns momentos, como uma pluridisciplinaridade, ou seja, uma outra dimensão em que há a confluência de olhares trocados pelos integrantes da equipe para formar um todo, um fluxo único.

Embora haja, conforme Anjos Filho e Souza<sup>2</sup>, trabalhadores que atuam em desacordo com a maioria, além de certos integrantes do quadro profissional que apresentam dificuldades para troca de saberes e experiências, a unificação de discussões em pequenos grupos permite que seja desenvolvido e garantido um trabalho mais integrado, que evite distorções e condutas totalmente diversas entre si, anacrônicas e/ou errôneas.

O fortalecimento das ações de Atenção Básica, assim deve imprimir não apenas a Educação Permanente e a disseminação dos novos conteúdos aprendidos, mas a organização dos serviços com espaços e tempos de agrupamento das equipes, tornando-os ambientes coletivos de interação favorável ao aprimoramento pessoal e profissional de todos os envolvidos, em oposição ao modelo que reduz os profissionais a meros executantes de tarefas.

### Referências

1. Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. *Rev. Bras. Enferm.* 2005; 58(3):261-265.
2. Anjos Filho NC, Souza AMP. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface (Botucatu)* [online]. 2017; 21(60):63-76.
3. Bazon FVM, Campanelli EA, Blascovi-Assis SM. A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências. *Psicol. Teor. Prat.* 2004; 6(2):89-99.
4. Brasil. Lei nº 9.263. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar. Brasília: Congresso Nacional; 12 de janeiro de 1996.
5. Brasil. Lei nº 8.069 - Estatuto da Criança e do Adolescente. 9ª ed. Brasília: Câmara dos Deputados - Edições Câmara; 2010. 207p. Série legislação, n.83.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília; 2003.
7. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes. 1ª ed. Brasília;1999.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Saúde integral de adolescentes e jovens - orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. 2. ed. – Brasília; 2009. 46p. Série B. Textos Básicos de Saúde.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Nota técnica nº13 - recomendações para a ampliação do acesso aos preservativos masculinos na rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
13. Butler J. Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do pós-modernismo. Tradução de Pedro Maia Soares. *Cadernos Pagu.* 1998; 11:11-42.
14. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 2007. [acesso em: 25 set 2017]. Disponível em: [http://www.corenmg.gov.br/anexos/codigo\\_etica\\_pb.pdf](http://www.corenmg.gov.br/anexos/codigo_etica_pb.pdf)
15. Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de Ética Médica. Brasília, 2009. Edição revisada. (on line). [acesso em: 25 set 2017]. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=category&id=9&Itemid=122](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122)
16. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, 2014. Edição revisada. [acesso em: 25 set 2017]. Disponível em <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Co%CC%81digo-de-%C3%89tica.pdf>
17. Conselho Federal de Serviço Social (CEFESS). Código de ética profissional dos assistentes sociais. Brasília; 1993.
18. Costas AS, Nascimento AV, Terra LL, Silva MR. O uso do método estudo de caso na Ciência da Informação no Brasil. *Inf. e Doc.* 2013; 4(1):49-69.

19. D'elia FS. Tutela penal da dignidade sexual e vulnerabilidade. São Paulo: Letras Jurídicas, 2014. 302p.
20. Delfino MRR, Patricio ZM, Martins AS, Silverio MR. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(4):1057-1066.
21. Dimenstein M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estud. Psicol*. 2000; 5(1):95-121.
22. Figueiredo R. Percepção e Orientação de Condutas de Conselheiros Tutelares sobre Práticas Sexuais de Menores de 18 Anos. (Tese de Doutorado). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2015.
23. Figueiredo R, Bastos SH, Telles JL. Perfil da distribuição da contracepção de emergência para adolescentes em municípios do Estado de São Paulo. *Journ. Hum. Growth Devel*. 2012; 22(1): 1-15.
24. Goldie SJ, Sweet S, Carvalho N, Natchu UCM, Hu D. Alternative strategies to reduce maternal mortality in India: a cost-effectiveness analysis. *PLOS Medicine*. 2010; 7(4):e1000264.
25. Instituto de Saúde. Núcleo de Evidências (EVIPNET). Síntese de Evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade. São Paulo: Instituto da Saúde; 2015. 51p.
26. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Araújo SDT, Figueiredo R. Gravidez na adolescência e contracepção de emergência: opinião de serviços primários de saúde pública no município de São Paulo. *BIS – Bol. Inst. Saúde*. 2016; 17(2):55-67.
27. Lorenzi M T. Capacidade decisória dos pacientes: aspectos jurídicos e bioéticos. (Trabalho de Conclusão de Curso). Faculdade de Direito. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2013.
28. Louro GL. Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista. 6ª edição. Petrópolis: Editora Vozes; 1997.
29. Menezes G, Aquilo EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva Research on abortion in Brazil: gaps and challenges for the public health field. *Cad. Saúde Públ*. 2009; 25(2):S193-S204.
30. Moraes SP, Vitalle MSS. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2012; 58(1):48-52.
31. Nyamtema AS, Urassa DP, Roosmalen JV. Maternal health interventions in resource limited countries: a systematic review of packages, impacts and factors for change. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2011. [acesso em: 25 set 2017]. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-11-30>
32. Oliveria MC. Direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes: conquistas e lacunas assistenciais na política de saúde. *Rev. Pol. Públ*. 2011; 15(2):225-232.
33. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP); Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Contracepção e ética: diretrizes atuais durante a adolescência. *Adolescência e Saúde*. 2005; 2(2):8-9. [acesso em: 25 set 2017]. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=168](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=168)
34. Souza VC. Sob o peso dos temores: mulheres negras, miomas uterinos e histerectomia. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica. São Paulo; 2002.
35. Taquete RS. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. *Adolesc. Saude*. 2013; 10(1):72-77.
36. World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF), United Nations Population Fund (UNFPA), World Bank Group. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Genebra: WHO, UNICEF, UNFPA; 2010.
37. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5ª ed. Porto Alegre: Editora Bookman; 2015.