

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ  
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM  
SAÚDE  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**YRIS RACHEL MIRANDA MACÊDO**

**PLANO DE AÇÃO PARA MELHORIA DA ADESÃO DE  
ADOLESCENTES AO PLANEJAMENTO FAMILIAR**

**FORTALEZA - CEARÁ  
2011**

**YRIS RACHEL MIRANDA MACÊDO**

**PLANO DE AÇÃO PARA MELHORIA DA ADESÃO DE  
ADOLESCENTES AO PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do Sus (Una-Sus) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Paula Marciana Pinheiro de Oliveira

**FORTALEZA - CEARÁ**

**2011**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

---

M125p Macêdo, Yris Rachel Miranda  
Plano de ação para melhoria da adesão de adolescentes ao planejamento familiar/ Yris Rachel Miranda Macêdo. – 2011.  
35 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde, Fortaleza, 2011.  
Orientação: Profa. Paula Marciana Pinheiro de Oliveira

1. Saúde do Adolescente 2. Direitos Sexuais e Reprodutivos 3. Planejamento Familiar I. Título.

---

CDD 362.1

**YRIS RACHEL MIRANDA MACÊDO**

**PLANO DE AÇÃO PARA MELHORIA DA ADESÃO DE  
ADOLESCENTES AO PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do Sus (Una-Sus) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovada em 16/12/11

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Ms. Paula Marciana Pinheiro de Oliveira  
(Orientadora)

---

Prof. Esp. Maria Magaly Soares Cavalcante Vieira (1º Avaliador)

---

Prof. Esp. Mariana Gonçalves de Oliveira (2º Avaliador)

*À minha família, aos adolescentes participantes desse plano de ação e à minha equipe de trabalho.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus.

Aos meus pais, pela confiança depositada em mim e pelo incansável apoio.

À tutora Magaly Cavalcante, pelo incentivo à conclusão desse trabalho.

À minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Ms. Paula Marciana pela disponibilidade em contribuir com a conclusão desse trabalho.

## RESUMO

**Introdução:** As transformações na vida sociocultural nas últimas décadas têm como uma de suas consequências o início da vida sexual de adolescentes cada vez mais cedo, caracterizando uma mudança do padrão de comportamento social e sexual. Faz-se necessário a incorporação de valores éticos e do estímulo a vivência pelos adolescente da sua autonomia, assegurando-lhes o direito às ações e serviços de saúde que os auxiliem a lidar com a sexualidade de forma positiva e responsável e os incentive a adotar comportamentos de prevenção e de cuidado pessoal. **Objetivos:** Elaborar um plano de ação voltado para a melhoria da adesão dos adolescentes ao Programa de Planejamento Familiar na ESF Sede III – Cohab. **Metodologia:** Pesquisa-ação, desenvolvida no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), na Escola de Ensino Fundamental José Ferreira de Souza e na Unidade de Saúde da Família Sede III – Cohab, no município de Independência – Ce, com adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos, residentes na área de abrangência da ESF referida. **Resultados:** Criação de grupos de adolescentes procurando tratar das questões relativas à sua sexualidade, informando sobre os métodos contraceptivos, prevenção de DST/AIDS e gravidez na adolescência; firmar parcerias com o sistema educacional, CRAS e família para o incentivo e apoio a continuidade dos estudos diante da maternidade ou paternidade precoce; ampliar e garantir a oferta de métodos contraceptivos no município; elaboração de um protocolo assistencial pela equipe de SF para atenção em planejamento familiar aos adolescentes. **Conclusão:** O desenvolvimento dessa estratégia de ação reforça a importância do estabelecimento de políticas públicas e programas voltados para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, possibilitando que estes vivenciem de forma mais segura a sua sexualidade, exercendo seus direitos sexuais e reprodutivos com autonomia.

**Palavras chaves:** Saúde do adolescente. Direitos sexuais e reprodutivos. Planejamento familiar.

## ABSTRACT

**Introduction:** Last decades changes in sociocultural life have as one of its consequences the beginning of earlier teenagers' sexual life, characterizing a change of social and sexual behavior padron. It makes necessary incorporate some ethic values and stimulate teenagers to live their autonomy, making sure their rights on actions and health services that could help them to handle their sexuality in a positive, responsible way that encourage them adopt some behavior both preventive and of individual care. **Objectives:** Develop an action program to be concerned with improvement of teenagers adhesion to Sede III – Cohab ESF family planning program. **Methodology:** Field work developed on Centro de Referência da Assistência Social – CRAS, José Ferreira de Souza elementary school and Family health Unit Sede III – cohab, on Independência – CE with teenagers 10 to 19 years old living on the referred ESF covered area. **Results:** creation of groups of teenagers concerning their sexual doubts, informing about contraceptive methods, prevention of DST-AIDS and adolescent pregnancy; establish partnerships with the educational system, CRAS and their families to incentive and support the continuity of researches of precocious maternity or paternity; amplify and guarantee the offer of contraceptive methods around this country; elaborate an assistance protocol with family health teams to pay attention on teenagers family planning. **Conclusion:** The development of this strategy of action reinforces the importance of establish some public policy and programs concerned with sexual and reproductive adolescent health, making possible that they live their sexuality in a more secure way, exercising their sexual and reproductive rights with autonomy.

**Key-words:** Teenagers' health. Sexual and reproductive rights. Family planning.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACD - Atendente de Consultório Dentário

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CRAS - Centro de Referência em Assistência Social

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF - Estratégia Saúde da Família

NUTEDS - Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PROSAD - Programa de Saúde do Adolescente

PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

SF - Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UFC - Universidade Federal do Ceará

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
1.1	Inserção profissional no campo da atenção básica em saúde	
1.2	Descrição do objeto de Estudo (temática do plano de ação)	
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>17</b>
3.1	Tipo de estudo	
3.2	Cenário e período do estudo	
3.3	Participantes do Estudo	
3.4	Percurso de coleta de dados	
3.5	Aspectos Éticos	
<b>4</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS: DETALHAMENTO DO PLANO DE AÇÃO</b>	<b>19</b>
4.1	Definição dos problemas	
4.2	Priorização de problemas	
4.3	Descrição do problema selecionado	
4.4	Explicação do problema	
4.5	Seleção dos nós críticos	
4.6	Desenho das operações	
4.7	Identificação dos recursos críticos	
4.8	Análise da viabilidade do plano	
4.9	Elaboração do plano operativo e gestão do plano	
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>33</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Inserção profissional no campo da atenção básica em saúde

Atuo como enfermeira na atenção básica há pouco mais de dois anos, acumulando as atividades assistenciais e de coordenação na Estratégia Saúde da Família (ESF). Na tentativa de trabalhar em consonância com os fundamentos da atenção básica, tenho encontrado muitos desafios na minha jornada de trabalho. Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, trabalhar de forma interdisciplinar e em equipe, organizar o serviço de forma a garantir o direito do usuário de ser atendido e ter uma resposta positiva para sua demanda, ao mesmo tempo em que prioriza ações de promoção e prevenção das doenças, com uma população que anseia por ações imediatistas, na busca de atendimento médico e remédio, condicionados pelo modelo biomédico, configuram-se como entraves a serem superados para se efetivar a ESF como reorientadora do modelo de atenção à saúde. Aliado a isso, tem-se ainda a escassez de recursos e desvalorização profissional.

Em meio a este cenário, não se pode conceber, entretanto, a efetivação da mudança do modelo assistencial com a reorganização das práticas de atenção à saúde, sem que, de forma concomitante, se invista em uma nova política de formação e num processo permanente de capacitação dos recursos humanos que implica, entre outras coisas, mudança do processo de trabalho e da postura diante dos problemas e demandas da população (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2010).

Como aprendiz do Curso de Especialização em Saúde da Família do Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde (NUTEDS-UFC) fui sensibilizada a reavaliar as minhas práticas como enfermeira da atenção básica e como integrante de uma equipe multidisciplinar, convidada a transformar o meu processo de trabalho, tendo o acolhimento como uma diretriz desse processo, a direcionar o desempenho das minhas atribuições às necessidades de saúde da população, a partir de uma visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e comunidade e a co-responsabilizar o usuário pela sua saúde, empoderando-o e capacitando-o para problematizar a sua realidade.

A disciplina planejamento e avaliação em saúde, ofertada no módulo 11(onze) deste curso, propôs a elaboração de um plano de ação em equipe voltado para uma situação-

problema enfrentada pela ESF onde atuamos. A experiência adquirida na realização dessa atividade motivou o desenvolvimento desse estudo abordando a adesão dos adolescentes ao programa de planejamento familiar.

A escolha dessa temática ocorreu após observar que a participação de adolescentes neste programa ainda é muito tímida e isso tem repercutido no aumento da incidência de gravidezes indesejadas e não planejadas na adolescência, culminando em um número muito elevado de mães solteiras e de famílias desestruturadas. Diante da relevância dessa constatação, faz-se necessária a mobilização da equipe de saúde e da sociedade por meio da elaboração de um plano de ação que possibilite a esta clientela maior acesso a informações e meios que lhes permitam desenvolver e praticar uma postura crítica, consciente e responsável no exercício da sua sexualidade.

## **1.2. Descrição do objeto de Estudo (temática do plano de ação)**

Nas últimas décadas, houve grandes avanços na Legislação e nas políticas internacionais e nacionais sobre a compreensão dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos, incluindo-se os adolescentes e os jovens como sujeitos desses direitos. No Brasil, entre os principais avanços legais que norteiam a saúde de adolescentes, destaca-se a criação pelo Ministério da Saúde do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) em 1989 e a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, que regulamenta o art. 227 da Constituição Federal de 1988. Em 2007 foi aprovada, pelo Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, calcada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e construída num processo coletivo estabelecido entre o governo federal, profissionais, gestores, organizações da sociedade civil e movimentos de juventude (BRASIL, 2010).

A adolescência é o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade, segundo definição do Ministério da Saúde (2006), com base no Estatuto da Criança e do Adolescente, em lei sancionada na década de 90. Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) delimita a adolescência na segunda década de suas vidas, ou seja, dos 10 aos 19 anos, 11 meses e 29 dias e a juventude como o período que vai dos 15 aos 24 anos (BRASIL, 2010). Tomaremos como base para esse estudo a definição da OMS, ao referir-se à população adolescente.

Segundo o Ministério da Saúde (2010), os pressupostos da política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens, são a integralidade da atenção, universalização, efetividade, interdisciplinaridade, intersetorialidade e participação juvenil. Esta literatura enfatiza o fortalecimento da atenção básica como espaço privilegiado para se trabalhar a promoção da saúde, prevenção de agravos e a intersetorialidade, devendo garantir, dentre outras, a atenção à saúde sexual e reprodutiva, incluindo o acesso ao planejamento reprodutivo e aos insumos para a prevenção das DST/HIV/Aids, além de desenvolver atividades educativas com grupos, respeitando os direitos sexuais e os direitos reprodutivos dessa clientela.

No Brasil, atualmente, a assistência ao planejamento familiar é ofertada pelas equipes da ESF, um modelo de política pública de saúde que traz a proposta do trabalho em equipe, de vinculação dos profissionais com a comunidade e de valorização e incentivo à participação comunitária. Corresponde a uma das sete áreas prioritárias de intervenção na atenção básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde (MOURA, SILVA e GALVÃO, 2007).

O Ministério da Saúde, tomando por base o dispositivo da lei do planejamento familiar (*Lei nº. 9.263/96*), determina que a assistência em planejamento familiar deva ser parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento integral à saúde (OLIVEIRA, 2010).

Essa mesma Lei garante o direito ao planejamento familiar “em todos os ciclos vitais” (Parágrafo único do artigo 3º). A especificidade geracional de adolescentes não é claramente pontuada pela Lei. A questão etária é expressa apenas ao tratar das condições para a realização de esterilização cirúrgica voluntária. Ainda que o atendimento de adolescentes e jovens não seja especificamente abordado nesta legislação, o caráter universal do direito estabelecido pela Lei deve prevalecer, assegurando-se a prestação dos serviços e a garantia de escolha, tomada de decisão e acesso aos métodos contraceptivos e ao planejamento da vida reprodutiva por estes sujeitos (BRASIL, 2006).

O respeito aos direitos sexuais e reprodutivos deve ser o pilar ético-político dessa assistência. A mesma lei, ainda, determina como competência dos profissionais de saúde, assistir em concepção e contracepção, empenhando-se em informar aos indivíduos sobre as

opções para as duas finalidades, destacando a oferta dos métodos anticoncepcionais autorizados e disponíveis no Brasil (OSIS et al, 2006).

As transformações na vida sociocultural nas últimas décadas têm como uma de suas consequências o início da vida sexual de adolescentes cada vez mais cedo, caracterizando uma mudança do padrão de comportamento social e sexual. Essa vivência ocorre em condições desiguais por adolescentes e jovens: as desigualdades de gênero, entre distintas condições socioeconômicas e culturais, quanto à raça/cor, as relações de poder entre gerações e as discriminações pela orientação sexual (BRASIL, 2006).

Abordar o tema da sexualidade na adolescência e na juventude é de fundamental importância. Nesse momento da vida muitas dúvidas aparecem relacionadas às mudanças corporais e psicológicas e às primeiras experiências sexuais. Segundo Caridade (1999) o adolescente é alguém que experimenta sua sexualidade na rapidez, leveza e diversidade. A sexualidade vivida pelo adolescente ganha a feição no contexto cultural em que ela se insere e a sociedade moderna vem estimulando uma sexualidade que se baseia no exibicionismo de corpos, no voyeurismo de contempla-los e no fetichismo de consumi-los. Uma sexualidade vivida no corpo, não na pessoa. Mais desempenho e sensação que sentimento. Mais uso do outro do que partilha. Mais quantidade que qualidade.

Para a superação desses modelos sociais e sexuais, faz-se necessária incorporação de valores éticos e do estímulo a vivência pelos adolescente da sua autonomia, assegurando-lhes o direito a receber educação sexual e reprodutiva e a ter acesso às ações e serviços de saúde que os auxiliem a lidar com a sexualidade de forma positiva e responsável e os incentive a adotar comportamentos de prevenção e cuidado pessoal (BRASIL, 2010).

De um modo geral, entretanto, a frequência de adolescentes e jovens nos serviços de saúde no Brasil é ainda muito pequena. Segundo pesquisa já realizada pela Unesco, os serviços de saúde não aparecem como local importante e imprescindível para se buscar e encontrar informações sobre sexualidade, na visão de adolescentes brasileiros (CASTRO; ABRAMOVAY; SILVA, 2004). Isso se confirma diante da pouca participação dos adolescentes nos programas de planejamento familiar desenvolvidos pelas equipes de atenção básica no país.

Em relação ao planejamento familiar para adolescentes e jovens, homens e mulheres, o Ministério da Saúde (2006) afirma que esta definição em si já coloca limitações. Planejar família nem sempre corresponde às expectativas de adolescentes e jovens que chegam aos serviços em busca de métodos de prevenção ou de anticoncepção, por exemplo. A própria noção de família que orienta muitas práticas profissionais não inclui famílias constituídas por adolescentes, o que já coloca outra ordem de problemas, quando a demanda é a constituição de família. Por outro lado, a forma como esse serviço é conduzido pelos profissionais da saúde pode não corresponder às expectativas do adolescente. O Ministério da Saúde (2010, p. 67) afirma que “vários estudos indicam que os profissionais da saúde não se sentem preparados para essa atenção, principalmente no que diz respeito aos seus aspectos éticos e legais”.

Isto demanda a construção de uma proposta metodológica, no âmbito da política de saúde junto a outras instâncias, como a educação, sobre a atenção à adolescência e à juventude no SUS, com vistas a transformar as relações e posturas tradicionais entre instituições, adolescentes e jovens, na perspectiva do diálogo livre, aberto, transformador e democrático capaz de promover a inserção social dos adolescentes e jovens enquanto sujeitos de direitos (BRASIL, 2006).

Um grande desafio para os serviços de saúde é o de implementar ações de saúde que possam atender às demandas e especificidades desta população, de modo integral, numa visão holística, e respondendo às necessidades inseridas pelas condições decorrentes das distintas situações de vida dos adolescentes e jovens do País. Nestas ações devem considerar as desigualdades de gênero, baseadas na raça/cor, orientação sexual e classe social, e contribuir, assim, para sua superação (BRASIL, 2010).

## **2 OBJETIVOS**

- Elaborar um plano de ação voltado para a melhoria da adesão de adolescentes ao Planejamento Familiar na Estratégia Saúde da Família Sede III - Cohab;
- Diminuir os índices de gravidez na adolescência na ESF Sede III - Cohab;
- Melhorar o conhecimento de adolescentes a cerca das DST/HIV/Aids;

## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 Tipo de estudo**

O presente estudo consiste em uma pesquisa-ação. A mesma caracteriza-se como:

*Um dos inúmeros tipos de investigação-ação, que é um termo genérico para qualquer processo que siga um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela. Planeja-se, implementa-se, descreve-se e avalia-se uma mudança para a melhora de sua prática, aprendendo mais, no decorrer do processo, tanto a respeito da prática quanto da própria investigação (TRIPP, 2005, p. 445-446).*

### **3.2 Cenário e período do estudo**

O estudo será desenvolvido na Unidade de Saúde da Família Sede III – Cohab, no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do município de Independência - Ce e na Escola de Ensino Fundamental José Ferreira de Souza, no período de janeiro a abril de 2012.

### **3.3 Participantes do estudo**

Os participantes do estudo serão adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos, residentes na área de abrangência da ESF Sede III – Cohab. Os mesmos deverão estar matriculados na escola e/ou participarem do grupo de adolescentes do CRAS, aceitarem participar do estudo e, no caso dos menores de 18 anos, os pais terão que autorizar a sua participação neste.

### **3.4 Percurso da Coleta de Dados**

Como instrumento de investigação dos conhecimentos prévios dos participantes do estudo, será aplicado um questionário semi-estruturado aos mesmos, abordando questões relativas à saúde sexual e reprodutiva do adolescente, seus conhecimento sobre o programa de planejamento familiar desenvolvido na ESF Sede III – Cohab e sobre métodos contraceptivos, DSTs/Aids. A partir dos resultados obtidos com a aplicação dos questionários, serão elaboradas atividades educativas, enfatizando as temáticas com menor grau de conhecimento.

Vale ressaltar que antes da execução das estratégias com os adolescentes, será solicitada autorização dos mesmos e dos pais dos adolescentes que tiverem idades menores que 18 anos, com a apresentação do projeto e objetivos do mesmo.

Utilizando a metodologia de grupo-focal, serão realizados encontros grupais, distribuídos folders, apresentados vídeos, cartazes e músicas, com a finalidade de disponibilizar orientações para os participantes. Serão realizados dois encontros grupais com os adolescentes no CRAS, em turnos diferentes, pois o CRAS deste município trabalha com dois grupos de adolescentes residentes na área de abrangência da ESF Sede III - Cohab, um pela manhã e outro a tarde, e em seguida mais dois encontros na Escola de Ensino Fundamental José Ferreira de Souza, pois o Bairro não possui escola de ensino médio. O último encontro ocorrerá na ESF Sede III – Cohab, onde serão apresentadas e entregues as cadernetas do adolescente para os participantes dos grupos e realizadas consultas individuais com os profissionais da equipe multidisciplinar.

Ao final de cada encontro, a aplicação das informações disponibilizadas aos adolescentes será avaliada por meio de dinâmicas de grupo e rodas de conversa. Os parceiros para a implementação dos encontros, serão a Secretaria de Saúde, Secretaria de Ação Social e Secretaria de Educação.

Para avaliar o impacto das ações desenvolvidas, a longo prazo, serão observados a participação dos adolescentes no programa de planejamento familiar, monitoradas a incidência de DST's nessa população e de gravidez na adolescência.

### **3.5 Aspectos Éticos**

O projeto de ação será enviado ao Comitê de Ética e será solicitada a anuência do Secretário de Saúde do Município. Serão respeitados os princípios éticos contidos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Sendo assim, será disponibilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes e pais destes que apresentarem menos que 18 anos.

## 4 RESULTADOS ESPERADOS: DETALHAMENTO DO PLANO DE AÇÃO

### 4.1- Definições dos problemas

Após avaliação conjunta da equipe e de representantes da comunidade sobre o diagnóstico situacional da ESF Sede III - Cohab, muitos problemas foram definidos com base na experiência profissional e dentre estes encontramos como problemas finais, que interferem nas condições de saúde e doença da população de sua área de abrangência, as seguintes situações:

- a) Necessidade de ampliação do número de Agentes Comunitários de Saúde;
- b) Falta de medicamentos e insumos;
- c) Baixa adesão dos adolescentes ao programa de planejamento familiar;
- d) Altos índices de gravidez na adolescência;
- e) Condições precárias de habitação e sanitárias;
- f) Abuso de drogas ilícitas;
- g) Baixa adesão à puericultura;
- h) Dificuldade em efetivar o acolhimento do adolescente como diretriz operacional;

### 4.2 Priorização de problemas

**QUADRO 1 - APRESENTAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS FINAIS**

<b>PRINCIPAIS PROBLEMAS</b>	<b>IMPORTÂNCIA</b>	<b>URGÊNCIA</b>	<b>CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO</b>
Necessidade de ampliação do número de ACS	Alta	09	Fora
Falta de medicamentos e insumos	Alta	10	Fora
Baixa adesão dos adolescentes ao programa de planejamento familiar	Alta	10	Parcial
Alto índice de			

gravidez na adolescência	Alta	10	Parcial
Condições precárias de habitação e sanitárias;	Alta	08	Fora
Abuso de drogas ilícitas;	Alta	08	Parcial
Baixa adesão à puericultura	Alta	08	Parcial
Dificuldade em efetivar o acolhimento como diretriz operacional	Alta	09	Parcial

Diante dos problemas existentes e já esboçados anteriormente, elegemos para traçar planos e metas a baixa adesão dos adolescentes ao programa de planejamento familiar na ESF SEDE III – Cohab.

#### 4.3 Descrição do problema selecionado

Para descrever, selecionamos o problema da baixa adesão dos adolescentes ao programa de planejamento familiar, a partir da vivência profissional, visto que o número de consultas de planejamento familiar nessa faixa etária na ESF sede III ainda é pequeno. Sendo assim, notou-se a necessidade da realização de trabalhos que enfoquem e tentem encontrar estratégias para motivar essa clientela a participar do programa de planejamento familiar. Isto no contexto das ações de promoção de seus direitos sexuais e reprodutivos.

A Unidade de Saúde Sede III - Cohab está situada no município de Independência, interior do estado do Ceará, há 310 km da capital Fortaleza, com uma população de 25.573 habitantes (IBGE, 2010). Sediada no bairro Cohab, sua área de abrangência é dividida em quatro microáreas, três em bairros periféricos da cidade e uma na zona rural. Atende a uma população de cerca de 3.410 pessoas, equivalendo a 1.062 famílias.

A população adscrita a essa Unidade de Saúde é muito carente econômico e sócio-culturalmente, boa parte dos jovens são provenientes de famílias desestruturadas, pais ignorantes, pessoas com um nível elevado de estresse, resultando em adolescentes com

infâncias não vividas pela necessidade de trabalho, abandono precoce dos estudos, vítimas de álcool e drogas, sem diálogo, vulneráveis as mais diversas façanhas da vida, condições estas que podem contribuir para um início precoce da vida sexual e, conseqüentemente, maior exposição a situações de risco tais como, DST/HIV/Aids, gestações não planejadas e situações de abuso sexual.

#### **4.4 Explicação do problema**

A primeira relação sexual é considerada um marco na vida reprodutiva de qualquer indivíduo e, nas últimas décadas, tem ocorrido cada vez mais precocemente, fenômeno este descrito em vários estudos. Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em 2004, revelou, com relação às práticas sexuais dos adolescentes, que o início da atividade sexual aconteceu, em média, aos 15,3 anos e aproximadamente 36% dos jovens tiveram relação antes dos 15 anos. Cerca de 16% deles tiveram mais de 10 parceiros na vida e quase 7% tiveram mais de 5 parceiros eventuais no último ano (BRASIL, 2010).

Quanto à prática do sexo seguro, este mesmo estudo indicou que o uso do preservativo na primeira relação foi relatado por 53% dos jovens. Quase 40% deles declararam o uso da camisinha em todas as relações sexuais, independente da parceira, 38,8% com parceiro fixo e 58,4% com parceiro eventual. Chama a atenção o fato de que 95% citaram o preservativo como forma de proteção da infecção pelo HIV.

Mesmo diante desses percentuais, um estudo realizado em 2003 pela Coordenação Nacional de DST/AIDS, revelou que foram diagnosticados um total de 9.762 novos casos de AIDS no país. Destes novos casos, 457 (7,2%) foram registrados entre jovens homens de 13 a 24 anos de idade, enquanto 388 (11,3%), entre jovens mulheres na mesma faixa etária, indicando maior vulnerabilidade deste grupo etário à infecção (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde (2006) ainda afirma que são insuficientes os dados sobre a prevalência de infecções sexualmente transmissíveis entre a população jovem, sobretudo entre adolescentes. As tendências gerais, no entanto, apontam para uma maior prevalência destas infecções entre as adolescentes e jovens, destacando-se entre estas o herpes genital e o HPV (17% e 25% dos casos registrados na faixa dos 10 a 24 anos, respectivamente).

Literatura revela relação entre uso de drogas e práticas sexuais inseguras, ou seja, sem uso de preservativo. Berquó (1999) por meio de pesquisa sobre comportamento sexual da população brasileira e percepções sobre o HIV/Aids realizada em 1999, demonstrou que 20% dos homens estão expostos (não utilizam preservativos quando do uso de substâncias), entre eles 22% de jovens de 16 a 25 anos. Entre mulheres, apenas 7% da amostra foi classificada como exposta, entretanto os maiores percentuais de exposição deram-se entre as mais jovens.

Com relação à atividade sexual e a anticoncepção, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, constatou que 66% das jovens de 15 a 19 sexualmente ativas já haviam usado algum método anticoncepcional, sendo o preservativo (33%), a pílula (27%) e os injetáveis os mais utilizados (BRASIL, 2008).

O aumento da taxa de fecundidade entre mulheres jovens é também um importante aspecto a ser considerado. Entre mulheres, nas quatro últimas décadas, houve um decréscimo na taxa de fecundidade (em 1940, a média nacional era de 6,2 filhos, em 2000, passa a 2,3 filhos), entretanto, entre adolescentes e jovens o sentido é inverso. Desde os anos 90, a taxa de fecundidade entre adolescentes aumentou, são aproximadamente 26% (BRASIL, 2010).

A gravidez na adolescência tem sido um tema polêmico e controverso nos debates sobre saúde sexual e reprodutiva deste segmento. Em geral, tem sido considerada uma situação de risco e elemento desestruturador da vida de adolescentes e, em última instância, tornou-se elemento determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, ao colocar impedimentos na continuidade de estudos e no acesso ao mercado de trabalho, sobretudo entre as adolescentes (BRASIL, 2006).

Em estudo realizado no Brasil com mães adolescentes foi encontrado que a gravidez pode determinar a interrupção do processo formal de educação das jovens, pois 97,1% das pesquisadas tinham nove anos ou menos de escolaridade e já se encontravam fora da escola quando do início da gestação (BERLOF et al, 2006).

Este é um problema maior entre adolescentes mulheres, ainda majoritariamente responsabilizadas pelo trabalho reprodutivo e prejudicadas pela ausência de políticas públicas e pelo descumprimento de medidas já existentes, como as legislações educacionais que

favorecem a continuidade dos estudos. A discriminação, muitas vezes, é também um fator associado à evasão escolar de meninas e jovens mães. Há um despreparo para abordar e acolher adolescentes mães nas escolas, e este quadro precisa ser revertido pelas instituições de saúde, em parceria com as instituições de educação (BRASIL, 2006).

Com efeito, em muitos casos, a gravidez na adolescência está relacionada com a situação de vulnerabilidade social, bem como com a falta de informação e acesso aos serviços de saúde, e ao baixo *status* de adolescentes mulheres nas relações sociais vigentes, sobretudo das pobres e negras. A literatura tem explorado a relação entre gravidez na faixa etária de 10 a 14 anos e a ocorrência de violência sexual, hipótese que não tem sido contestada. Ao mesmo tempo, nesta faixa etária, a gravidez pode ainda estar relacionada com o desejo de se tornar mãe e de constituir família (CAVASIN, 2004).

É fato também que a gravidez não planejada, quando indesejada, pode revelar-se em problema grave para a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens brasileiros, como revelam os números de atendimentos como consequência de aborto no SUS, bem como nos índices de óbitos maternos juvenis. Este é um problema de saúde preponderante entre mulheres jovens e, em particular, entre negras e pobres, mais expostas aos riscos do aborto em condições inseguras, como também às consequências das deficiências na assistência obstétrica e dos impactos das condições de vida na situação de saúde (BRASIL, 2006).

Diante dessas questões, fica clara a necessidade de serviços e ações voltados para abordar a sexualidade e a reprodução entre adolescentes e que devem ser implementados na rede de atenção do SUS, em seus diversos níveis, definindo-se de modo amplo como Saúde sexual e reprodutiva do adolescente e do jovem e inclui em si, segundo o Ministério da Saúde (2010), os seguintes componentes: sexualidade, saúde sexual e reprodução, educação sexual, anticoncepção/ planejamento familiar, prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino e mama, atendimento ginecológico, DST/AIDS e gravidez, parto e puerpério.

O Planejamento Familiar é um dos programas trabalhados pela equipe de Saúde da Família da ESF Sede III – Cohab, que se destina a realizar aconselhamento e assistência em concepção e contracepção, com ênfase para a prevenção de DST/HIV/Aids, visando a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de homens e mulheres, adultos e adolescentes. Mas o que se observa é a participação quase que exclusiva de mulheres, principalmente

casadas ou em relacionamento estável, e em sua maioria acima de 24 anos, com pequena participação de adolescentes.

Os adolescentes, principalmente do sexo masculino, não costumam procurar o serviço em busca de orientações sobre sua saúde sexual e reprodutiva. O Ministério da Saúde (2006, pág. 25) pontua que: “a busca pelos serviços é distinta entre adolescentes dos sexos femininos e masculinos, refletindo, em geral, as construções sociais e culturais e as desigualdades nas relações de gênero.” As questões sobre saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens, muitas vezes, são abordadas em consultas na demanda espontânea ou em atividades de educação em saúde nas escolas ou no grupo de adolescentes do CRAS, devido à parceria firmada pela equipe de saúde da família com este no desenvolvimento das atividades programadas para o grupo.

Assegurar o direito à saúde e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva aos adolescentes exige rupturas com mitos e práticas institucionalizadas de não reconhecimento desta população como sujeitos de direitos que vivem ou desejam exprimir e viver a sexualidade e a reprodução como etapa natural do seu ciclo de vida (BRASIL, 2010). Isso se configura em um desafio para as equipes de saúde da família, que muitas vezes não se sentem preparadas para trabalhar essas questões com os adolescentes.

Para avaliar serviços de planejamento familiar Moura, Silva e Galvão (2007) referem uma estrutura simples, que estabelece seis elementos que norteiam a qualidade nessa área: oferta e livre escolha dos métodos anticoncepcionais; informação dada ao cliente; competência técnica profissional; relacionamento interpessoal profissional-cliente; acompanhamento dos usuários; e rede apropriada de serviços.

O acesso à informação de boa qualidade e a disponibilidade de alternativas contraceptivas são aspectos fundamentais nos programas de planejamento familiar, destinados não apenas aos adolescentes, mas à população em geral. O conhecimento inadequado sobre a importância desse serviço pode ser um fator condicionante a não adesão da clientela às ações do planejamento familiar. Do mesmo modo, alto nível de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais não determinará nenhuma mudança de comportamento do adolescente caso os métodos contraceptivos não estejam acessíveis para livre escolha (OLIVEIRA, 2010).

O mesmo autor infere, ainda, que a atenção ao planejamento familiar no Brasil continua a ser marcada pela indisponibilidade de métodos anticoncepcionais necessários nos serviços públicos de saúde, pela capacitação desigual e insuficiente dos profissionais para atuarem nessa área e, por motivos diversos, à dificuldade de adesão aos métodos contraceptivos.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), referindo-se a assistência em planejamento familiar no Brasil, além dos problemas supracitados, identificam-se, ainda, problemas na produção, controle de qualidade, aquisição e logística de distribuição dos insumos, manutenção da continuidade da oferta de métodos anticoncepcionais e capacitação de gestores, de gerentes e de profissionais de saúde. Esses são fatores que podem contribuir, de forma negativa, para a não adesão dos adolescentes às ações do programa de planejamento familiar.

#### **4.5 Seleção dos nós críticos**

O ponto de partida para se trabalhar a referida questão é a identificação das principais dificuldades a serem vencidas e o que realmente pode dificultar o alcance dos objetivos. Se tivermos em mente o que iremos enfrentar, poderemos nos antecipar na elaboração de estratégias que nos possibilite a realização majestosa do trabalho almejado, e dentre tais dificuldades pode-se citar:

1. Falta de informação/orientação sobre o programa de planejamento familiar;
2. Pressão social;
3. Oferta limitada de métodos contraceptivos;
4. Dificuldade de se trabalhar questões referentes à sexualidade com os adolescentes pela equipe multiprofissional e multidisciplinar;
5. Resistência quanto à mudança no estilo de vida sexual (do promíscuo ao sexo saudável);
6. Mitos e os tabus relacionados ao sexo/DSTs;

#### **4.6 Desenho das operações**

Diante do levantamento dos possíveis entraves a serem enfrentados, cabe o estabelecimento de métodos capazes de tornar viável a execução exitosa do projeto. Assim prosseguimos visualizando meios, buscando caminhos, estabelecendo metas, traçando projetos e estipulando resultados.

As etapas do plano de ação seguirão o modelo do método de planejamento denominado Planejamento Estratégico Situacional (PES), elaborado pelo economista chileno Carlos Matus, que de acordo com Santana (2008), introduziu os conceitos de abordagem realizada em diferentes cenários, com explicação multicausal dos problemas e com a participação de todos os atores sociais envolvidos. Todas essas etapas serão apresentadas em quadros, para melhor visualização das operações.

**QUADRO 2 - APRESENTAÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS, DESENHO DAS OPERAÇÕES E RESULTADOS ESPERADOS**

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>
Educação em saúde	<b>Saber mais</b> Orientar os adolescentes acerca da importância da sua participação no programa de planejamento familiar, com ênfase para a garantia de seus direitos sexuais e reprodutivos;	Uma maior e contínua participação de adolescente no programa de planejamento familiar e nos grupos para se trabalhar a educação continuada.
Pressão social	<b>Viver melhor</b> Incentivar e apoiar a continuidade dos estudos diante da gravidez precoce;	Diminuição da evasão escolar de casais adolescentes diante da gravidez não planejada;
Oferta limitada de métodos contraceptivos	<b>Ter acesso</b> Ampliar a oferta de métodos contraceptivos e garantir a disponibilidade dos mesmos para a população adolescente;	População com acesso a uma oferta ampliada de métodos contraceptivos e com garantia da continuidade de sua oferta;
Dificuldade de se trabalhar questões referentes à sexualidade com os adolescentes pela equipe multiprofissional e multidisciplinar;	<b>Mais capacidade</b> Capacitar profissionais da saúde para proverem atenção em planejamento familiar com qualidade aos adolescentes;	Equipe multiprofissional e multidisciplinar capacitada para proverem atenção em planejamento familiar com qualidade aos adolescentes;

Resistência quanto à mudança no estilo de vida sexual (do promiscuo ao sexo saudável);	<b>Sexo saudável</b>  Novo comportamento sexual	A adesão dos adolescentes a uma prática sexual idônea
Mitos e tabus relacionados ao sexo	<b>Desmistificar saberes</b>  Comprovação através de literaturas pertinentes e demonstração de casos	Promover uma maior segurança quanto o que é credíves e o que é veracidade

**QUADRO 3 - LEVANTAMENTO DOS RECURSOS NECESSÁRIOS PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE AÇÃO**

<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
<p><b>Saber mais</b></p> <p>Organizar campanhas educativas na rádio local e distribuição de folhetos educativos para sensibilizar o público alvo a procurar o serviço de saúde em busca de orientação quanto à prática sexual segura;</p> <p>Criar grupos de adolescentes procurando tratar das questões relativas à sua sexualidade, informar sobre os métodos contraceptivos, prevenção de DST/AIDS e gravidez na adolescência, de modo agradável, sem censura ou autoritarismo;</p>	<p>Organizacional: para organizar os grupos e as campanhas;</p> <p>Cognitivo: informações sobre o tema e estratégias de comunicação;</p> <p>Político: conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação com a rede de ensino e CRAS;</p> <p>Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc;</p>
<p><b>Viver melhor</b></p> <p>Firmar parcerias com o sistema educacional e CRAS para o incentivo a continuidade dos estudos diante da maternidade ou paternidade precoce;</p> <p>Envolver a família dos casais adolescentes nas ações de incentivo a continuidade dos estudos diante da maternidade ou paternidade nessa fase da vida;</p>	<p>Cognitivo: informação sobre o tema, elaboração e gestão de projetos de fortalecimento educacional;</p> <p>Político: mobilização social em torno das questões, articulação intersetorial (sistema educacional) e aprovação do projeto;</p> <p>Financeiros: financiamento do projeto;</p>
<p><b>Ter acesso</b></p> <p>Aquisição de métodos contraceptivos para ampliação da sua oferta;</p>	<p>Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço;</p> <p>Financeiro: aumento da oferta de métodos contraceptivos e consultas especializadas;</p>

Garantir assistência especializada no que se refere à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes;  Garantir a continuidade da oferta do método contraceptivo;	Cognitivo: elaboração do projeto de adequação;
<b>Mais capacidade</b>  Capacitação das equipes de saúde para proverem atenção em planejamento familiar com qualidade aos adolescentes;  Elaboração de um protocolo assistencial pela equipe de SF para atenção em planejamento familiar para adolescentes;  Desenvolver dentro da própria equipe de saúde, e desta com demais áreas, parcerias comprometidas;	Organizacional: para organizar a capacitação e elaboração do protocolo;  Político: adotar política de capacitação de recursos humanos;  Cognitivo: elaboração do protocolo assistencial em planejamento familiar;  Financeiro: financiamento da capacitação dos Gerentes, gestores e profissionais da saúde;
<b>Sexo saudável</b>  Exposição de aulas shows focando tais questões	Organizacional: para organizar as aulas;  Cognitivo: informações sobre o tema e estratégias de comunicação;  Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais;
<b>Desmistificar saberes</b>  Trazer relatos de experiência para dentro do grupo	Cognitivo: informações sobre o tema e estratégias de comunicação;

#### 4.7 Identificação dos recursos críticos

**QUADRO 4 - APRESENTAÇÃO DE RECURSOS CRÍTICOS NECESSÁRIOS PARA CADA OPERAÇÃO**

<b>OPERAÇÃO/PROJETO</b>	<b>RECURSO CRÍTICO</b>
<b>SABER MAIS</b> Orientar os adolescentes acerca da importância da sua participação no programa de planejamento familiar, com ênfase para a garantia de seus direitos sexuais e reprodutivos;	Financeiro: informações e recursos audiovisuais mais folhetos. Cognitivo: articulação intersetorial.
<b>VIVER MELHOR</b> Incentivar e apoiar a continuidade dos estudos diante da gravidez precoce;	Político: mobilização social e firmar parcerias. Financeiro: financiar projetos.
<b>TER ACESSO</b>	Político e financeiro: aumento de recursos.

Ampliar a oferta de métodos contraceptivos e garantir a disponibilidade dos mesmos para a população adolescente;	
<b>MAIS CAPACIDADE</b> Capacitar profissionais da saúde para proverem atenção em planejamento familiar com qualidade aos adolescentes;	Financeiro: aquisição audiovisual. Cognitivo: capacitação dos profissionais;
<b>SEXO SAUDÁVEL</b> Novo comportamento sexual	Financeiro: aquisição audiovisual. Cognitivo: informações sobre o tema e estratégias de comunicação
<b>DESMISTIFICAR SABERES</b> Comprovação através de literaturas pertinentes e demonstração de casos	Financeiro: aquisição audiovisual. Cognitivo: informações sobre o tema e estratégias de comunicação

Como foi visto muitas ações são passíveis de serem realizadas com sucesso, mas ficou claro que não dá para desenvolver uma atividade tão complexa como esta, com a vontade e determinação de uma única pessoa. É preciso muito mais que isto, tem que ter um engajamento de toda a equipe e desta com grupos afins, apoio financeiro e político para o desenvolvimento das atividades, credibilidade dentro da comunidade, apoio na divulgação de informações educativas e dos eventos a serem realizados: oferta de palestras com profissionais preparados, engajamento de participantes do grupo dentro de projetos sociais conforme necessidade e amplo apoio logístico.

#### 4.8 Análise da viabilidade do plano

#### QUADRO 5 - APRESENTAÇÃO DO CONTROLE DE RECURSOS CRÍTICOS PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DE CADA ESTRATÉGIA

CONTROLE DE RECURSOS CRÍTICOS		OPERAÇÃO ESTRATÉGIA
Setor comunicação	Favorável	Apresentar projeto
Secretaria de saúde	Favorável	
Secretaria de ação social	Favorável	
Secretaria de educação	Favorável	
Conselho local de saúde	Favorável	
Associação comunitária	Favorável	Apresentar projeto
Secretaria de saúde	Favorável	
Secretaria de educação	Favorável	
Secretaria de saúde	Favorável	
Secretaria de saúde	Favorável	
Secretaria de saúde	Favorável	

Dentro do que já foi levantado, podemos perceber que é possível realizar as ações propostas e alcançarmos bons resultados com essas ações, no sentido de melhorar a adesão dos adolescentes ao Planejamento Familiar na ESF Sede III - Cohab. Com a formação do grupo de jovens sob acompanhamento da equipe de saúde, de forma coesa e ciente do seu papel, tem-se um importante instrumento constituído que, com o apoio das forças políticas, ação social, instituições locais, comunidade e familiares dos partícipes, venha a se concretizar de fato o plano em questão. Isto só será possível se todos os atores envolvidos estiverem conscientes do seu papel e imbuídos na luta cotidiana.

#### 4.9 Elaboração do plano operativo e gestão do plano

Dentro de tudo que já foi discutido, torna-se imperativo que se faça um traçado que guie as ações desejadas, os resultados almejados e o que se pode fazer de concreto para alcançá-los.

Para que se tenha um acompanhamento contínuo das ações executadas é necessária a criação de uma planilha que trace de forma simples e clara as execuções das ações com seus respectivos responsáveis, em que tempo deve acontecer, como está se dando cada ação, por que não está dando certo e estipular um prazo para correção do mesmo.

**QUADRO 6 - APRESENTAÇÃO DO PLANO OPERATIVO**

<b>OPERAÇÕES</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>PRODUTOS</b>
<b>Saber mais</b> Orientar os adolescentes acerca da importância da sua participação no programa de planejamento familiar, com ênfase para a garantia de seus direitos sexuais e reprodutivos;	Adolescentes preparados para o sexo seguro e sensibilizados para a importância da sua adesão ao programa de planejamento familiar;	Alcance de 90% de adolescentes da comunidade em comportamento de risco
<b>Viver melhor</b> Incentivar e apoiar a continuidade dos estudos diante da gravidez precoce;	Incentivo a continuidade dos estudos diante da gravidez precoce;	Diminuição da evasão escolar diante da maternidade ou paternidade precoce;
<b>Ter acesso</b> Ampliar a oferta de métodos contraceptivos e garantir a disponibilidade dos mesmos para a população adolescente;	Oferta ampliada de métodos contraceptivos e garantia da disponibilidade dos mesmos para a população adolescente;	População adolescente com acesso a uma oferta ampliada de métodos contraceptivos e com garantia da continuidade de sua oferta;

<p><b>Mais capacidade</b> Capacitar profissionais da saúde para proverem atenção em planejamento familiar com qualidade aos adolescentes;</p>	<p>Equipe de saúde capacitada para prover atenção em planejamento familiar com qualidade aos adolescentes;  Adesão de todos os membros da equipe SF ao projeto</p>	<p>Equipe multiprofissional e multidisciplinar capacitada para proverem atenção em planejamento familiar com qualidade aos adolescentes;  Definir papéis dos membros dentro da equipe</p>
<p><b>Sexo saudável</b> Novo comportamento sexual</p>	<p>Novo comportamento sexual</p>	<p>Os membros do grupo possam conhecer melhor seu corpo, limites e a diferença do certo/errado, desenvolvendo autonomia para vivenciar a sua sexualidade</p>
<p><b>Desmistificar saberes</b> Comprovação através de literaturas pertinentes e demonstração de casos</p>	<p>Quebra de mitos e tabus</p>	<p>Alcance de uma sexualidade sadia sem repressões ou exageros</p>

**QUADRO 7 – GESTÃO DO PLANO OPERATIVO**

<b>OPERAÇÕES ESTRATÉGICAS</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>PRAZO</b>
<p>Criar grupos de adolescentes; Organizar campanhas educativas na rádio local;</p>	<p>Yris, Diego e Aline*</p>	<p>Iniciar os trabalhos com o grupo e campanhas audiovisuais dentro de um mês</p>
<p>Firmar parcerias com o sistema educacional, CRAS e família para o incentivo e apoio a continuidade dos estudos diante da maternidade ou paternidade precoce;</p>	<p>Toda a equipe</p>	<p>Apresentar projeto em três meses e início das atividades em seis meses</p>
<p>Aquisição de métodos contraceptivos e garantia da sua oferta; Garantir assistência especializada no que se refere à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes</p>	<p>Yris e Diego*</p>	<p>Seis meses.</p>
<p>Capacitação das equipes de saúde para proverem atenção em planejamento familiar com qualidade aos adolescentes; Elaboração de um protocolo</p>	<p>Toda a equipe</p>	<p>Reunião com toda a equipe da ESF dentro de uma semana para formação compromissada e articular com os gestores a</p>

assistencial pelas equipes de SF para atenção em planejamento familiar aos adolescentes; Definir papéis dos membros dentro da equipe		capacitação dos profissionais e elaboração do protocolo após um mês da capacitação;
Exposição de aulas shows focando a maturação sexual do adolescente, para que este possa conhecer melhor seu corpo, os limites e a diferença do certo/errado, desenvolvendo autonomia para vivenciar a sua sexualidade	Yris e Diego*	Três meses a se prolongar
Trazer relatos de experiência para dentro do grupo	Yris, Rose, Antônia e Genete*	Três meses a se prolongar

\*Componentes da equipe: Yris Rachel (enfermeira), Diego (Médico), Aline (Cirurgiã-dentista), Rose (auxiliar de enfermagem); Antônia (auxiliar de enfermagem) e Genete (ACD).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de construir um plano de ação em equipe será bastante desafiadora e, ao mesmo tempo, muito enriquecedora, ao nos convidar a identificar, descrever e a refletir sobre os principais problemas que contribuem para a pouca participação dos adolescentes no Programa de Planejamento Familiar e suas consequências para a saúde sexual e reprodutiva dos mesmos. Este trabalho será uma oportunidade de avaliarmos também a nossa atuação profissional frente a essa clientela que demanda uma atenção tão personalizada e que exige do profissional o desenvolvimento de habilidades comunicativas e empatia na sua abordagem.

Elaborar um plano de ação voltado para a melhoria da adesão dos adolescentes ao programa de planejamento familiar, não será tarefa fácil, por requerer da equipe compromisso com a proposta de mudança do modelo assistencial, dinamismo, capacitação para o desenvolvimento do planejamento em saúde e envolver diversos atores sociais. Entretanto, todo esforço dedicado ao desenvolvimento dessa estratégia de ação, certamente, será convertido em benefícios para a população adolescente, que poderá vivenciar de forma mais segura sua sexualidade, exercendo seus direitos sexuais e reprodutivos com maior autonomia.

Diante de uma atenção em saúde com enfoque que vá além das ações imediatistas, que almeja melhorar a situação de saúde/doença da população, o desenvolvimento de estratégias de ação voltadas para uma situação-problema, identificada a partir de um diagnóstico situacional, torna-se mandatório para que o trabalho em saúde seja direcionado neste sentido.

O desenvolvimento dessa estratégia de ação evidencia sua importância ao contribuir para o amadurecimento profissional da equipe de saúde da família do estudo, no sentido de despertar para a necessidade de se efetivar o planejamento, de forma sistemática, como instrumento norteador e transformador das suas práticas em saúde. Reforça a importância do estabelecimento de políticas públicas e programas voltados para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes que englobem a educação, conceitos e uso correto dos métodos contraceptivos, que ofereçam além do método, acompanhamento médico e de enfermagem, visto a necessidade destes de informações sobre os meios de prevenção de gravidezes não planejadas e DST/HIV/Aids.

## REFERÊNCIAS

BERLOFI, L. M, et al. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2006; 19 (2): 196-200. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a11v19n2](http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a11v19n2)>. Acesso em: 15 nov. 2011.

BERQUÓ, E. (Coord.) **Pesquisa comportamento sexual da população brasileira e percepções sobre o HIV/Aids**. Brasília: Cebrap; Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <<http://cendoc.nepo.unicamp.br/iah/textos/relatorios/aids.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução 196/96. Decreto n. 93.933 de Janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*, v. 4, n. 2. Suplemento, 1996, p. 15-25.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/portal/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/normas-tecnicas/007.pdf>> Acesso em: 23 out. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 300p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologias e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciências e Tecnologia. **PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: relatório**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/pnds/>>. Acesso em: 23 out. 2011.

\_\_\_\_\_. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes – Manual Técnico**. Brasília: Ministério, 2004.

CARIDADE, A. **O adolescente e a sexualidade**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de saúde do adolescente e do jovem. *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999, p. 206 – 212.

CASTRO, M. G; ABRAMOVAY, M; SILVA, L. B. **Juventudes e sexualidade**. Brasília: UNESCO Brasil, 2004. 428 p. Disponível em: <[unesdoc.unesco.org/images/0013/001339/133977por.pdf](http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001339/133977por.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2011.

CAVASIN, S. (Org.). **Gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos: estudo exploratório em cinco capitais brasileiras**. São Paulo: ECOS 2004. Disponível em: <<http://www.ecos.org.br>> Acesso em: 27 de novembro de 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico 2010. [S. L], 2010. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/cidadesat/](http://www.ibge.gov.br/cidadesat/)>. Acesso em: 19 nov. 2011.

MOURA, E. R. F; SILVA, R. M; GALVÃO, M. T. G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**,

v. 23, n. 4, Rio de Janeiro, Abril. 2007. < [www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/22.pdf) >. Acesso em: 16 de novembro 2010.

OLIVEIRA, M. C. **Baixa adesão aos métodos contraceptivos: investigando causas e motivações.** 2010. 36 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em atenção básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais - Campos Gerais. 2010. Disponível em <[www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2327.pdf](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2327.pdf)>. Acesso em: 13 out. 2011.

OSIS, M. J. D. *et al.* Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n.11, Rio de Janeiro, Nov. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 nov. 2011.

SANTANA, M. L. **Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no programa saúde da família de Pindamonhangaba.** 2008. Dissertação (Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional). Universidade de Taubaté – SP. 2008. Disponível em: <[www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/163](http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/163)>. Acesso em: 02 out. 2011.

TRIPP, D. **Pesquisa-ação: uma introdução metodológica.** Tradução de Lólio Lourenço de Oliveira. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a09v31n3.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família: processo de trabalho em saúde.** Fortaleza, 2010. Disponível em:<[http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula\\_03/index.html](http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula_03/index.html) >. Acesso em: 18 jun. 2011.