

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

JULIANE SOARES DE OLIVEIRA VELOSO

**ATUAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
QUANTO AO COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO
-DOS ADOLESCENTES DE CANA VERDE/MG**

CANA VERDE / MINAS GERAIS

2014

JULIANE SOARES DE OLIVEIRA VELOSO

**ATUAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
QUANTO AO COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO
DOS ADOLESCENTES DE CANA VERDE/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Bruno Leonardo de Castro Sena

CANA VERDE / MINAS GERAIS

2014

JULIANE SOARES DE OLIVEIRA VELOSO

**ATUAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
QUANTO AO COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO
DOS ADOLESCENTES DE CANA VERDE/MG**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

Profa. Anézia Moreira Faria Madeira (UFMG)

Aprovada em Belo Horizonte em ____/____/____

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo cuidado e amor incondicional.

Ao meu esposo e minha filha, por serem minha base e fonte inesgotável de alegrias e apoio.

Ao meu orientador, professor Bruno Leonardo de Castro Sena por toda a ajuda, compreensão e motivação.

À equipe de saúde da família da UBS João Batista de Miranda, pelo orgulho que tenho em trabalhar com vocês.

DEDICATÓRIA

A toda a equipe de saúde da família de Cana Verde/MG e aos usuários da
Unidade de Saúde João Batista de Miranda

*“O senhor... mire, veja: o mais importante e bonito, do mundo,
é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não
foram terminadas - mas que elas vão sempre mudando.
Afinam ou desafinam, verdade maior. É o que a vida me ensinou.
Isso que me alegra montão”.*

Grande Sertão: Veredas, 1956.

RESUMO

A adolescência é uma época marcada por mudanças hormonais e comportamentais relevantes ao desenvolvimento da sexualidade. Foi observado pela equipe de saúde da família da UBS João Batista de Miranda, durante o acolhimento e na consulta médica, que os adolescentes de Cana Verde, MG, apresentavam diversas dúvidas sobre sexualidade. Além disso, evidenciou nessa população gravidez não planejada e doenças sexualmente transmissíveis. O objetivo deste trabalho foi realizar um plano de ação para o problema da iniciação sexual precoce e sem atenção aos métodos contraceptivos e à prevenção das DST entre os adolescentes de Cana Verde. Foi realizada revisão de literatura nos bancos de dados SCIELO, LILACS, MEDLINE e manuais do Ministério da Saúde, no período de 2002 a 2014. O plano de ação foi baseado no método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). A proposta baseou-se na realização de palestras interativas de educação sexual para os alunos do 8º e 9º anos de Cana Verde. O plano operativo, em suas diferentes fases, teve os seguintes resultados esperados: apoio dos atores dos recursos, conhecimento das dúvidas dos adolescentes, a educação sexual como prevenção de comportamento de risco, aproximação da equipe de saúde da família com os adolescentes e a avaliação da ação. Concluiu-se que a atenção primária à saúde possui um papel importante na educação sexual, dentro e fora da UBS, e que o conhecimento adquirido pelos adolescentes pode influenciá-los a abandonar comportamentos sexuais de risco.

Descritores: Doenças Sexualmente Transmissíveis. Adolescente. Anticoncepção. Gravidez na Adolescência.

ABSTRACT

Adolescence is a period marked by hormonal and behavioral changes of major role to the development of sexuality. Health care professionals of UBS João Batista de Miranda have noted many questions about sexuality made by teenagers of Cana Verde - MG during the reception and medical consultation. Besides, diagnoses were made about unplanned pregnancies and sexually transmitted diseases among adolescents. The objective of this study was to introduce one action plan to the problem of early sexual initiation associated with inadequate prevention of STD and the non-use of contraceptives by Cana Verde's adolescents. The literature review was performed using the databases SCIELO, LILACS, MEDLINE and Ministry of Health publications at 2002 to 2014. The action plan was based on the Situational Strategic Planning method. The proposal is based on the realization of interactive lectures of sex education with Cana Verde's students in 8th and 9th grade. The operative plan, in various stages of development, has as expected results: support from resource owners, sexual education like prevention of risky behavior, approximation of healthcare professionals with the teenagers and the analysis of the action. We conclude that primary health care has an important role in the sexual education inside and outside UBS and that the knowledge acquired by adolescents can influencing them to abandon risky sexual behaviors.

Keywords: Sexually Transmitted Diseases. Adolescent. Contraception. Pregnancy in Adolescence.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

DATASUS- Departamento de Informática do SUS

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE - Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família-

NESCON- Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSF- Programa de Saúde da Família

SCIELO - A Scientific Electronic Library Online

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

UFMG- Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Território de Cana Verde – Minas Gerais.	14
Figura 2: Centro de Cana Verde – Minas Gerais.	14
Figura 3: Capela construída a mando de D. Maria do Rosário.....	15
Figura 4: Residência de Cana Verde em 1919.....	16
Figura 5: Igreja Matriz do Senhor Bom Jesus de Matozinhos, 1930.....	17
Figura 6: Brasão do Município de Cana Verde.....	17
Figura 7: UBS João Batista de Miranda.....	21
Figura 8: Consultório Médico da UBS João Batista de Miranda.....	21
Figura 9: Sala de Observação do PSF João Batista de Miranda.....	22
Figura 10: Mapa da Cidade de Cana Verde – MG.....	24
Figura 11: Mapa contextual sobre o problema do comportamento sexual de risco entre os adolescentes.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Aspectos Demográficos de Cana Verde, 2010.....	18
Tabela 2: Questionamentos sobre DST de usuários de 15 a 19 anos do serviço de telefonia do Teleaids.....	35
Tabela 3: Questionamentos sobre sexualidade de usuários de 15 a 19 anos do serviço de telefonia do Teleaids.....	36

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Análise dos recursos críticos e atores envolvidos.	41
Quadro 2 - Plano Operativo.....	42

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Contexto Geral.....	13
1.2 Diagnóstico Situacional.....	24
2 JUSTIFICATIVA	26
3 OBJETIVOS.....	28
3.1 Objetivo Geral.....	28
3.2 Objetivos Específicos.....	28
4 METODOLOGIA	29
5 REVISÃO DE LITERATURA	30
5.1 Comportamento sexual dos adolescentes.....	30
5.2 Epidemiologia – Gravidez e DST em adolescentes.....	31
5.3 Fatores de risco para comportamento sexual de risco dos adolescentes.....	32
5.4 Educação sexual.....	33
5.5 Principais dúvidas dos adolescentes sobre sexualidade.....	35
6 PLANO DE AÇÃO.....	37
6.1 Identificação dos problemas da comunidade.....	37
6.2 Priorização dos problemas.....	38
6.3 Descrição e explicação do problema: comportamento sexual de risco.....	38
6.4 Seleção do nó crítico.....	40
6.5 Desenho das operações.....	40
6.6 Análise dos recursos críticos, atores e viabilidade.....	41
6.7 Elaboração do Plano Operativo.....	41
6.8 Gestão do Plano.....	43
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS.....	46

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é um período marcado por importantes alterações hormonais e psíquicas na qual há uma procura por identificações, novas experiências e construção de bases para os relacionamentos futuros: casamento, família, emprego, etc. As escolhas e atitudes dessa época marcam o indivíduo por toda a sua vida (SANT'ANNA *et al.*, 2008).

A adolescência é uma faixa etária na qual se justifica uma maior preocupação com o comportamento sexual de risco e com o uso de drogas (CRUZEIRO *et al.*, 2010).

A exposição sexual de risco dos adolescentes está estreitamente relacionada à falta de diálogo e ao não esclarecimento de dúvidas, tendo como consequências a gravidez não planejada, o contágio de DST, traumas psíquicos e frustrações (SANT'ANNA *et al.*, 2008).

A educação sexual na adolescência leva informa e faz o jovem refletir sobre suas ações e consequências, o que contribui para a expressão segura e saudável da sexualidade (GONÇALVES; FALEIRO; MALAFAIA, 2013).

1.1 Contexto Geral

IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO CANA VERDE

O município de Cana Verde está localizado na região oeste de Minas Gerais, a 280 km da capital; participa da Microrregião de Campo Belo e tem como municípios limítrofes Perdões, Campo Belo, Santana do Jacaré, Nepomuceno e Boa Esperança. Possui uma população de 5.739 habitantes (IBGE, 2013). A administração de 2013/2016 tem como prefeito Jefferson de Almeida, sendo os principais gestores na área da saúde o secretário municipal de saúde Carlos Magno Isidoro e a Coordenadora da Atenção Básica Suellen Mary Carneiro de Almeida.

Figura 1: Território de Cana Verde – Minas Gerais



Fonte: Google Maps (2014).

Figura 2: Centro de Cana Verde - Minas Gerais



Fonte: Arquivo pessoal de Ana Maria Freire (2012).

HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO

Um dos principais desbravadores do território em que atualmente se encontra Cana Verde foi o bandeirante Romão Fagundes do Amaral. A economia da terra inicialmente baseava-se na exploração do ouro. O português Manuel Fernandes Airão era responsável pelas escritas e recebeu terras de presente do rei de Portugal. Nesse território iniciou um povoado com a administração do seu dono chamado de Matosinhos do Jacaré por se localizar às margens do rio Jacaré. Porém, havia dois grandes canaviais, um maduro e outro bem mais verde no qual foi construída por mando de Dona Maria do Rosário a capela consagrada ao Senhor Bom Jesus de Cana Verde. Foi desse canavial que veio o nome atual do município: Cana Verde (IBGE, 2014).

Dona Maria do Rosário era portuguesa e veio para o Brasil na comitiva de fuga da invasão napoleônica a Lisboa e era uma senhora de muitos escravos. Existia um rancho enorme no qual os tropeiros repousavam e onde foram construídas as primeiras casas dos agricultores (IBGE, 2014).

Figura 3: Capela construída a mando de D. Maria do Rosário



Fonte: Casa da Cultura vídeos (2009). Disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=_xJsNCRw5II>.

Posteriormente chegaram forasteiros como as famílias do Capitão João Freire tendo iniciado um comércio junto ao Sr. Cipriano e João Turco levando ao enlace das famílias Bastos, Freire, Cipriano, Anastácio, Monteiro, Neves, Garcia, dentre outras (IBGE, 2014).

Foi elevada a distrito de Campo Belo em 16 de novembro de 1864 no qual estabeleceu o cartório com o primeiro escrivão, o mestre Maximiliano. O primeiro vigário, Padre Espechit, foi responsável pela fundação da primeira escola. Cana Verde pertenceu a Campo Belo até 1923, ano no qual passou a ser de Perdões (IBGE, 2014).

Cana Verde foi emancipada em 30 de dezembro de 1962 pela Lei nº 2.764 e se organizou como município em 1º de março de 1963 tendo o primeiro prefeito assumido posse em 1º de setembro de 1963 (IBGE, 2014).

A seguir fotos que ilustram como era a cidade no início do século XX; uma residência no final da década de 10 e uma Igreja na década de 30, além do brasão do município.

Figura 4: Residência de Cana Verde em 1919



Fonte: Casa da Cultura vídeos, 2009. Disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=_xJsNCRw5II>.

Figura 5: Igreja Matriz do Senhor Bom Jesus de Matozinhos, 1930



Fonte: Casa da Cultura vídeos, 2009. Disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=_xJsNCRw5II>.

Figura 6: Brasão do Município de Cana Verde



Fonte: Casa da Cultura vídeos, 2009. Disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=_xJsNCRw5II>.

ASPECTOS GEOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS DE CANA VERDE.

Indicadores:

- Área Total do Município: 212.721 km² (IBGE, 2010)

- Bioma: Mata Atlântica
- Número de famílias e de habitantes: 1.622 famílias (IBGE, 2010) e 5.739 habitantes (IBGE, 2013).
- Concentração habitacional: 26,27 hab/km² (IBGE, 2010).
- N° aproximado de domicílios e famílias: 1819 domicílios, sendo 1326 domicílios em área urbana e 493 domicílios em área rural; 1622 famílias, sendo 449 famílias em área rural e 1173 famílias em área urbana (IBGE, 2010).

Tabela 1: Aspectos Demográficos de Cana Verde, MG, 2010.

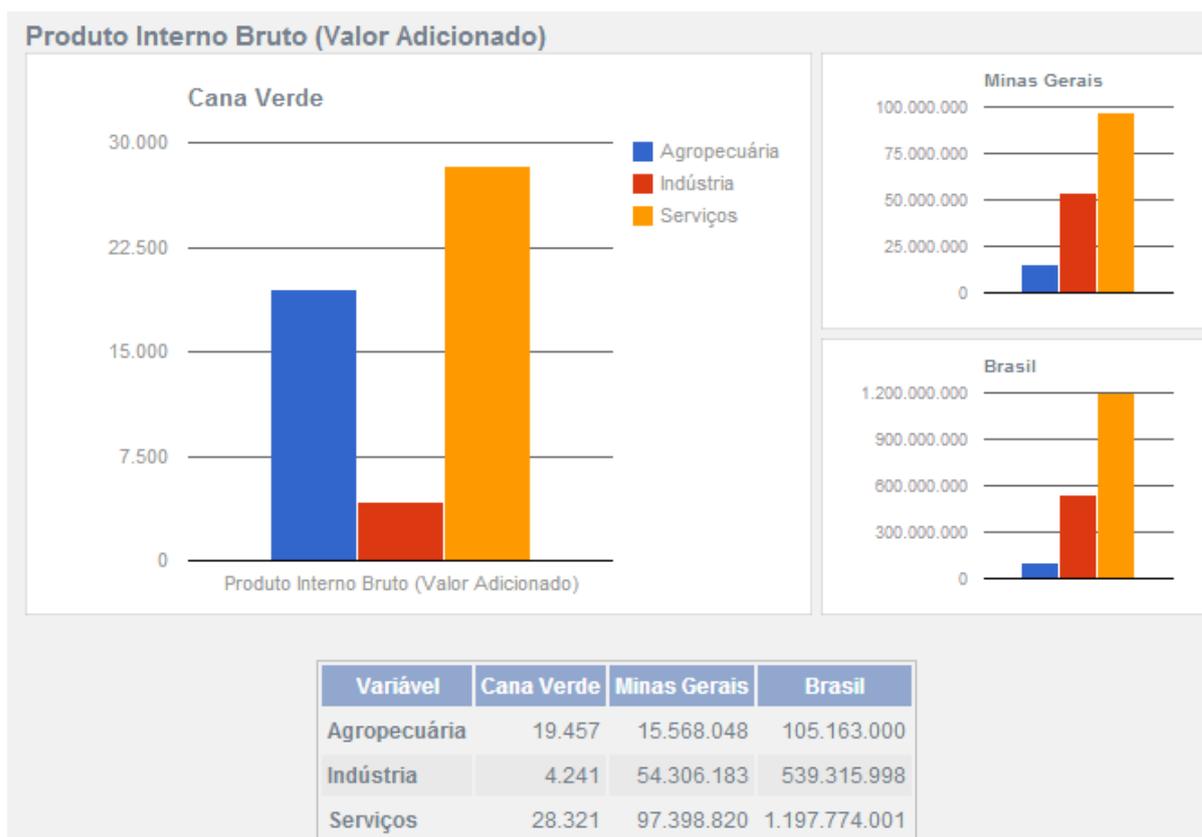
Município: CANA VERDE										
Total da População: 5 589										
N° de indivíduos	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	≥60	TOTAL
Área urbana	262	319	291	309	350	349	603	936	649	4 068
Área rural	51	93	117	123	99	109	211	475	243	1 521
Total	313	412	408	432	449	458	814	1411	892	5 589

Fonte: IBGE (2010).

- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0,650: Renda 0,652, Longevidade 0,821 e Educação 0,512 (PNUD, 2010).
- Taxa de Urbanização: 72,79 (PNUD, 2010).
- Renda média per capita: 463,10 (PNUD, 2010).
- % de Abastecimento de Água Tratada: 96,23% (PNUD, 2010).
- % de recolhimento de esgoto por rede pública: 99,76% (PNUD, 2010).
- Principais Atividades Econômicas: O setor terciário (serviços) é responsável por aproximadamente 55% do produto interno bruto (IBGE, 2010), sendo a comercialização de produtos em geral a principal fonte de renda do município. O setor primário/agropecuário é o segundo mais explorado no município, com 37% do PIB (IBGE, 2010), sendo as principais atividades o cultivo de café, criação de gado de corte e leiteiro. O setor

secundário/industrial é responsável por aproximadamente 9% do PIB (IBGE, 2010), mas não menos importante, pois é representado pela indústria têxtil, importante fonte de empregos na cidade.

Gráfico 1: Produto Interno Bruto do município de Cana Verde em relação ao Estado de Minas Gerais e ao Brasil, 2010.



Fonte: IBGE (2010).

- Cultivo: Café (1.200 hectares), Milho (800 hectares), Feijão (600 hectares), Banana (5 hectares), Maracujá (3 hectares), Tangerina (-42 hectares), Arroz (4 hectares), Cana de açúcar (12 hectares), Mandioca (6 hectares) (IBGE, 2012).
- Taxa de crescimento anual: - 0,13% (IBGE, 2010).
- Densidade demográfica: 26,27 (IBGE, 2010).
- Taxa de escolarização: 51,2% (PNUD, 2010).
- Nível de alfabetização: 85,1% na população de 25 anos ou mais (PNUD, 2010).

- Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza: 1,23% (PNUD, 2010).
- Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb): 4ª série/ 5º ano: 6,1 (Média Brasil: 5,0). –8ª série/ 9º ano: 4,11 (Média Brasil: 4,1) (IBGE, 2012).
- Taxa de emprego e principais postos de trabalho: Taxa de pessoas economicamente ativas: 70,51% (IBGE, 2010). Principais postos de trabalho: Agricultura (grande alta na época da colheita de café), indústria têxtil, servidoria pública e comércio.
- População (%) usuária da assistência à saúde no SUS em 2013: 90,43% (SMSA, CANA VERDE, 2014).

SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

O Programa de Saúde da Família, segundo a Secretaria de Saúde do município, foi implantado no ano de 2000, contando atualmente com 3 equipes de saúde, contendo 3 médicos da família, 1 médico auxiliar, 2 odontólogos, 1 auxiliar e 1 técnico de saúde bucal, 3 auxiliares de enfermagem, 3 enfermeiros e –14 agentes comunitários de saúde. A localização das duas unidades de atendimento da atenção básica é de fácil acesso para todos os habitantes da cidade, mas um pouco distante para os moradores da área rural, que possuem um estabelecimento de saúde de apoio no local.

Horário de funcionamento da UBS João Batista de Miranda: das 7h às 22h e UBS Alceu Cardoso: das 7h às 17h.

Não há Núcleo de Assistência a Saúde da Família (NASF) no município, mas há profissionais de fisioterapia, psicologia e assistência social que dão suporte aos centros de saúde. A grande maioria dos profissionais é contratada sendo que será realizado concurso público ainda neste ano.

Há 2 laboratórios de análises clínicas na cidade sendo que 1 possui convênio com o sistema único de saúde.

Figura 7: UBS João Batista de Miranda



Fonte: Autoria Própria (2014).

Figura 8: Consultório Médico da UBS João Batista de Miranda



Fonte: Autoria Própria (2014).

Figura 9: Sala de Observação do PSF João Batista de Miranda



Fonte: Autoria Própria (2014).

Sistema de referência e contra referência: No município há atendimento médico especializado nas seguintes especialidades: Ginecologia e Obstetrícia (semanal), Pediatria (três vezes na semana), Cirurgia Ambulatorial (uma vez por semana) e Urologia (uma vez por semana). As demais especialidades (médicas e odontológicas) são atendidas por intermédio de convênios com cidades vizinhas.

Redes de Média e Alta Complexidade: São realizados convênios intermunicipais para que os pacientes que necessitem dos serviços de média e alta complexidade sejam encaminhados, pois que o município, de pequeno porte, não possui essa estrutura.

O Conselho Municipal de Saúde de Cana Verde está ativo desde 2007 e é composto por dezoito conselheiros, nove usuários, duas entidades religiosas, três trabalhadores da saúde, três prestadores de serviço, três gestores. A periodicidade projetada das reuniões é mensal. São temas abordados durante essas reuniões: Planos estaduais ou municipais de saúde, orçamento, financiamento e prestação de contas, relatórios de gestão, Conferências de

Saúde, capacitação de conselheiros, reformulação, reorganização e reestruturação dos Conselhos de Saúde, convênios, avaliação de políticas e programas de saúde, avaliação do atendimento à população, contratação dos profissionais de saúde, construção das Unidades de Saúde, Política de Comunicação e Informação em Saúde, Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, Programa de Saúde da Mulher, Programa de Saúde Mental, Programa de Saúde Bucal, Programa de DST/AIDS, Programa de Saúde do Trabalhador, Programa de Saúde da Família, Política de Assistência Farmacêutica, Aquisição de materiais, equipamentos e medicamentos, atendimentos de Média Complexidade, Denúncias, Fiscalização, Tratamento Fora do Domicílio, Campanhas de Vacinação, Controle de Endemias, Informes da Secretaria de Saúde (SMSA, CANA VERDE, 2014).

Fundo Municipal de Saúde de Cana Verde: Implantado no município em 1991 (SMSA, CANA VERDE, 2014). Valor declarado como gasto em Saúde até agosto/2014: R\$2.401.244,42 (SMSA, CANA VERDE, 2014).

A esperança de vida ao nascer é de 74,3 anos (PNUD, 2010) e a taxa de mortalidade infantil de 16,50% (PNUD, 2010). Os três principais grupos de causa de mortalidade são: Doenças do aparelho circulatório, causas externas e neoplasias (DATASUS, 2012).

AMBIENTE FÍSICO E SOCIOECONÔMICO

A população de Cana Verde é composta na sua maioria pelas famílias tradicionais que foram se enlaçando ao longo do tempo. Muitos moradores da cidade trabalham ou estudam em cidades vizinhas. -O contrário também existe: a mão de obra qualificada da cidade possui pessoas que moram nas cidades vizinhas, principalmente Perdões e Campo Belo. A atividade econômica de maior notoriedade é o comércio, mas os três grandes empregadores de Cana Verde são os campos de café, a indústria têxtil e a Prefeitura Municipal. O estilo da população é o típico mineiro: simplicidade, valorização da família e excelente receptividade.

Figura 10: Mapa da Cidade de Cana Verde – MG

Fonte: Guia Quatro Rodas (2000-2002).

Há duas escolas na cidade sendo uma estadual e uma municipal. Não existem escolas privadas no município. Em Cana verde há diversas igrejas, sendo as principais a Igreja da Matriz e a Igreja Presbiteriana de Cana Verde.

Sobre os serviços básicos há luz elétrica, água encanada e tratada (COPASA), uma empresa de telefonia fixa, duas empresas de telefonia móvel, um provedor de internet a rádio, um correio, uma casa lotérica e dois bancos.

1.2 Diagnóstico Situacional

Não existem modelos únicos para que o Programa de Saúde da Família (PSF) se integre às instituições de sua área de abrangência, porém, é de extrema relevância a articulação do PSF com as escolas do município promovendo atividades como: visitas dos profissionais de saúde para a realização de palestras educacionais visando à promoção à saúde e a prevenção de doenças, reuniões com os pais e professores sobre assuntos

que atingem toda a comunidade e plano de ação conjunto para a extensão dos resultados das atividades educacionais, visando principalmente os jovens e adolescentes e as suas participações sociais (MAIA *et al.*, 2003 *apud* SILVA; SILVA; LONSING, 2006).

A equipe de Saúde da Família do PSF João Batista de Miranda desenvolve atividades de complementação do aprendizado sobre o processo saúde-doença e realiza ações de prevenção de doenças e promoção da saúde em Cana Verde procurando estender sua atuação para além da unidade básica.

Foi observado durante o acolhimento, consulta médica e nas reuniões da equipe, o problema de iniciação sexual precoce e sem atenção aos métodos contraceptivos, que teve, como consequência, gravidez não planejada e de doenças sexualmente transmissíveis entre os adolescentes de Cana Verde.

Acredita-se que os pais não dialogam com seus filhos adolescentes sobre sexualidade delegando essa função à escola e aos serviços de saúde, o que pode resultar no comprometimento do desenvolvimento saudável da sexualidade (SILVA *et al.*, 2009).

A mídia atualmente tem sido um veículo muito utilizado para os jovens aprenderem sobre sexualidade, entretanto, a abordagem muitas vezes não é positiva, pois induz o jovem a atitudes dos quais ainda não estão preparados emocionalmente (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

O conhecimento acerca do desenvolvimento do corpo, dos métodos contraceptivos e das doenças sexualmente transmissíveis é essencial para a expressão adequada da sexualidade, prevenção da gravidez precoce e das DST.

Mediante o problema descrito foi desenvolvido um trabalho educativo sobre sexualidade para os alunos do 8º e 9º ano do município de Cana Verde no decorrer de 2014 com enfoque nas mudanças do corpo durante a puberdade, métodos anticoncepcionais e prevenção das DST.

2 - JUSTIFICATIVA

O comportamento sexual de risco é aquele no qual se adota práticas que aumentam a chance de contração de uma DST, como a relação sexual desprotegida. A adolescência é o período no qual há um maior risco em relação ao comportamento sexual de risco (CRUZEIRO *et al.*, 2010).

A relação sexual desprotegida na adolescência tem como uma das consequências gravidez não planejada. A gravidez precoce é considerada uma situação de risco e um fator capaz de desestrurar a vida do adolescente podendo ainda reproduzir um ciclo de pobreza, falta de estudo e de dificuldade de acesso ao mercado de trabalho (BRASIL, 2006).

Em Cana Verde – MG, 14,06% das gestações do município em 2011 foram de adolescentes de 10 a 19 anos (DATASUS, 2012). Sabe-se, de acordo com vários estudos, que há um risco elevado de recorrência de gestação em adolescentes que já tiveram filhos (MOURA *et al.*, 2014). Em uma pesquisa realizada com adolescentes de Teresina (PI) encontrou-se uma incidência de 30% de uma nova gestação no ano seguinte ao primeiro parto e de 25% a 50% no segundo ano (NERY *et al.*, 2011).

Sabe-se ainda que uma das causas de comportamento sexual de risco entre adolescentes é a falta de informação sobre o assunto (SOUSA; GOMES, 2009). É observado também que apesar dos adolescentes terem conhecimento sobre os principais métodos contraceptivos e as DST o saber deles, na maioria das vezes, é superficial ou insuficiente (NUNES *et al.*, 2014).

Por isso, a educação sexual realizada pelos profissionais de saúde é essencial e está estreitamente relacionada a promoção à saúde, pois envolve desde a formação do indivíduo como cidadão até a prevenção da gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis e traumas emocionais.

Uma pesquisa feita entre jovens com a experiência de ao menos uma gravidez precoce apontou o uso errôneo de métodos contraceptivos como um importante fator, sendo os principais motivos para isso: a vergonha em se declarar como ativo sexualmente, os efeitos colaterais de métodos hormonais, o uso irregular de métodos contraceptivos, as relações sexuais inesperadas, o

uso do coito interrompido, o preconceito em relação ao uso do preservativo masculino, dentre outros (BRANDÃO, 2009).

Sendo assim, este trabalho justifica-se pela necessidade da abordagem da sexualidade, principalmente em relação a métodos contraceptivos e às DST, para a prevenção de comportamentos sexuais de risco entre os adolescentes de Cana Verde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Realizar um plano de ação para o problema da iniciação sexual precoce e sem atenção a métodos contraceptivos e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis entre os adolescentes de Cana Verde.

3.2 Objetivos Específicos

- Estender a atuação do profissional de saúde para além da unidade básica;
- Identificar as dúvidas dos estudantes do 8º e 9º anos de Cana Verde a respeito do tema Sexualidade;
- Realizar atividades de educação sexual no ambiente escolar baseadas nas principais dúvidas dos adolescentes;

4 METODOLOGIA

O diagnóstico situacional foi realizado a partir do método de Estimativa Rápida a partir de dados de órgãos oficiais e da observação da equipe de saúde. Para a sua realização foram levantados dados sobre o município em órgãos como o IBGE, IPEA, DATASUS e SIAB e discutido durante as reuniões de equipe os principais problemas da população. As experiências vivenciadas durante o acolhimento, as visitas domiciliares e as consultas médicas foram de extrema importância para a realização das discussões. O principal critério utilizado para a priorização dos problemas da comunidade foi a tentativa de equilibrar a relevância dos mesmos com a viabilidade de atuação da equipe de saúde

Foi observado necessidade de realizar orientações em relação a educação sexual, métodos contraceptivos e gravidez para os adolescentes de Cana Verde, pois os mesmos apresentavam diversas dúvidas. Além disso, foram detectadas gravidez não planejada e doenças sexualmente transmissíveis entre os adolescentes do município.

Para a fundamentação teórica do trabalho realizou-se revisão de literatura nos bancos de dados SCIELO, LILACS, MEDLINE e manuais do Ministério da Saúde no período de 2002 a 2014 com os seguintes descritores: doenças sexualmente transmissíveis, adolescente, anticoncepção e gravidez na adolescência.

Foi realizado um plano de ação baseado no método do Planejamento Estratégico Situacional (MATUS, 1993). A partir da identificação dos problemas da comunidade foi realizada uma priorização destes até a escolha do problema de comportamento sexual de risco entre os adolescentes. Pela construção de um mapa textual baseado na literatura e relatos de experiências foi identificado um nó crítico como sendo o alvo a ser transformado. Levando em consideração os recursos disponíveis, a rede de organização, o público alvo, dentre outros, foi proposto um plano de ação visando a educação sexual dos adolescentes. Os prazos estabelecidos e os responsáveis pelas diferentes etapas do projeto foram aprovados pela equipe de saúde da família.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Comportamento Sexual dos adolescentes

De acordo com dados do Plano Nacional de Desenvolvimento Social (BRASIL, 2006), 33% das adolescentes de até 15 anos relataram que já haviam tido relação sexual (BRASIL, 2006). Estudo realizado através de inquérito domiciliar entre jovens brasileiros em 2005 identificou que 61,6% dos jovens de até 19 anos entrevistados já haviam tido relação sexual sendo a idade média da iniciação 14,9 anos (PAIVA *et al.*, 2008).

Estudos brasileiros encontraram dados de que quanto mais precoce se dá o início da atividade sexual menor é a chance de se usar métodos contraceptivos (ALMEIDA *et al.*, 2003; LEITE; RODRIGUES; FONSECA., 2004).

O uso de métodos contraceptivos, principalmente o preservativo, é considerado a forma mais eficaz de evitar maiores riscos da vida sexual (ALVES; LOPES, 2008). O Ministério da Saúde, considera como “a melhor solução” a dupla proteção que é o uso combinado do preservativo masculino ou feminino associado a outro método anticoncepcional tendo como objetivo uma prevenção segura à gravidez e às DST (BRASIL, 2009).

Segundo o PNDS, entre as jovens de 15 a 19 anos ativas sexualmente 66% relataram o uso de algum método contraceptivo, como o preservativo (33%), a pílula (27%) e os injetáveis (5%) (BRASIL, 2006).

Em um estudo entre 1594 adolescentes de 12 a 19 anos em São Paulo 40% dos ativas sexualmente relataram que não usaram o preservativo em todas as relações, seja por falta de planejamento ou por escolha pessoal (MARTINS *et al.*, 2006).

Apesar da contracepção hormonal ser considerada um método seguro de prevenção da gravidez, muitas vezes está relacionada ao seu uso inadequado, principalmente na adolescência, o que pode resultar na falha do método, sendo de 8% no primeiro ano em mulheres com menos de 22 anos e com baixa renda. Além disso, está associada a um grande abandono e ao

acompanhamento profissional inadequado, pois apenas 66% das mulheres completam um ano de uso e 48% dois anos (FEBRASGO, 2007).

5.2 Epidemiologia – Gravidez e DST em adolescentes

Sabe-se que no Brasil 17,7% das gestações em 2011 foram de adolescentes entre 15 a 19 anos (IBGE, 2012). Em alguns estados, como o Acre, Alagoas, Amapá, Amazonas e Pará o índice de gravidez foi maior que 26% entre adolescentes de 10 a 19 anos (DATASUS, 2012).

Os nascidos vivos de mães adolescentes no Brasil somaram 560.888, representando 19,3% do total de nascimentos de 2011 (DATASUS, 2012). A porcentagem de adolescentes de 12 a 17 anos que possuíam um filho ou mais em 2009 foi de 2,8% (UNICEF, 2011). Em 2010, 12% das adolescentes de 15 a 19 anos possuíam pelo menos um filho (CEPAL, 2012).

Uma pesquisa realizada com pais jovens entre 16 e 25 anos constatou que 71% dos entrevistados teve o primeiro filho de uma gravidez não planejada (DATAFOLHA, 2008).

A incidência de DST vem aumentando tendo como consequências uretrites, salpingites e, posteriormente, infertilidade, câncer de colo uterino, dentre outras. Ao se ter uma DST há um maior risco de contaminação pelo HIV. Dados epidemiológicos referentes à AIDS tem mostrado uma maior prevalência entre adultos e jovens (TAQUETTE; VILHENA; PAULA, 2004).

No Brasil não há dados oficiais sobre a prevalência de DST em adolescentes e considera-se que os casos notificados são subestimados já que somente a AIDS e a Sífilis são doenças de notificação compulsória. Além disso, 70% dos portadores de DST procuram tratamento de suas doenças em estabelecimento farmacêutico (TAQUETTE; VILHENA; PAULA, 2004).

Segundo dados do Ministério da Saúde, a maior incidência da AIDS está na faixa etária dos 25 aos 49 anos (BRASIL, 2010). Acredita-se que esses casos podem ser poucos notificados na adolescência devido ao longo período que o vírus do HIV persiste sem que o portador apresente sintomas (TRONCO; DELL'AGLIO, 2012).

Dados dos EUA estimam uma prevalência de aproximadamente 25% de DST entre adolescentes sendo a idade de 15 a 24 anos o período de maior risco (TAQUETTE; VILHENA; PAULA, 2004).

5.3 Fatores de risco para comportamento sexual de risco dos adolescentes

Estudo brasileiro com 960 adolescentes apontou como fatores que influenciam o comportamento sexual de risco (múltiplos parceiros e uso ocasional de preservativo) entre jovens: uso de drogas ilícitas, tabagismo, uso de álcool, baixa escolaridade, sexo (sexo feminino protetor para múltiplos parceiros, mas 21% maior para o uso ocasional de preservativo) e mãe com baixa escolaridade (CRUZEIRO *et al.*, 2010).

O conhecimento insuficiente sobre métodos contraceptivos possui, segundo a literatura, uma estreita relação ao comportamento sexual de risco. Em uma pesquisa realizada entre 278 adolescentes de 15 a 19 anos com antecedente obstétrico foi constatado que 98,2% possuíam conhecimento insuficiente a respeito dos anticoncepcionais hormonais. Um dos dados apresentados foi que 2/3 das entrevistadas não sabiam sobre a existência da contracepção de emergência, conhecida popularmente como “pílula do dia seguinte” (SOUSA; GOMES, 2009).

Um estudo realizado em 2011 entre puérperas adolescentes de 15 a 19 anos em Pernambuco procurou identificar os fatores de risco relacionados à recorrência da gravidez na adolescência. Os principais fatores identificados foram: coitarca antes dos 15 anos (cinco vezes maior), a adolescente não ter sido a principal cuidadora do primeiro filho (quatro vezes maior), primeira gestação antes dos 16 anos (três vezes maior) e renda familiar menor que um salário mínimo (três vezes maior) (SILVA *et al.*, 2013).

Ainda em relação à recorrência de gravidez na adolescência, um caso controle realizado com 168 adolescentes de 18 e 19 anos identificou como fatores de risco: baixa escolaridade, pais separados, iniciação sexual precoce, relacionamento de longa data com o mesmo parceiro e a não procura do serviço de saúde antes da primeira relação (JORGE *et al.*, 2014).

O conhecimento inadequado de assuntos referentes à sexualidade também foram evidenciadas em um estudo referente a dados de um serviço de telefonia, o Teleaids, destinado a tirar dúvidas de sexualidade a adolescentes em escala nacional. Foram realizadas 6898 perguntas na faixa de 15 a 19 anos, sendo 74% dessas sobre DST/AIDS e 26% sobre sexualidade; 37% das perguntas sobre AIDS foram em relação ao modo de transmissão, na pergunta “Como se pega?”. Além disso, 40% dos adolescentes tiveram dúvidas sobre anatomia e fisiologia e 33% dos 243 questionamentos sobre anticoncepção foram sobre dúvidas de como se engravida (TELMA *et al.*, 2005).

5.4 Educação Sexual

A verdadeira educação sexual envolve o conhecimento através da informação científica, dos direitos sexuais e reprodutivos e também de aspectos emocionais e comportamentais com busca da valorização do ser humano no contexto de suas diferenças culturais, de época e de valores (BRASIL, 2006).

Em muitas famílias o diálogo sobre educação sexual é insuficiente ou inexistente, sendo os principais motivos para tal: negatização atribuída à sexualidade, por não considerarem os filhos aptos sexualmente, não saber como abordar o assunto e temor de que a introdução precoce dessa educação possa incentivar a prática sexual (GONÇALVES; FALEIRO; MALAFAIA, 2013).

A mídia, na qual os adolescentes frequentemente buscam informações acerca da sexualidade, tem contribuído de forma negativa ao promover um aceleração imaturo do desenvolvimento sexual, produzir uma baixa autoestima ao estimular padrões que levam a rejeição do próprio corpo e ao introduzir modismos que culminam em atitudes nas quais os adolescentes ainda não possuem maturidade emocional. Outro ponto importante: apesar das informações acerca da sexualidade estar amplamente disponíveis nos veículos de comunicação, os jovens não sabem selecionar adequadamente as fontes confiáveis (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

A escola e os serviços de saúde possuem uma função distinta das outras em relação à educação sexual, pois é contínua, planejada e realizada

por instituições aptas a fornecer informações atuais e a propor reflexões. O objetivo não é substituir a educação familiar, mas sim de auxiliar os jovens e adolescentes a encontrarem pontos seguros de referência. Ambas as instituições ainda necessitam de maior adesão à educação sexual pelos seus profissionais (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica à Saúde, a nível mundial, tem como uma de suas áreas prioritárias a atenção à saúde sexual e reprodutiva. Quatro dos oito objetivos de Desenvolvimento do Milênio, preconizados pela ONU em 2000, possuem relação direta ou indireta a essa temática: promoção da igualdade entre os sexos e autonomia das mulheres, melhoria da saúde da puérpera, combate à AIDS e outras doenças e a redução da mortalidade infantil.

A educação sexual deve levar em consideração o ambiente no qual será inserida considerando os aspectos socioeconômicos, comportamentais e outros fatores condicionantes e determinantes da saúde. -O papel da atenção básica na saúde reprodutiva e sexual não implica somente na oferta de métodos contraceptivos, mas também na oferta de informações e no acompanhamento dos orientados, sendo estes livres a realizar suas escolhas após serem devidamente informados. A abordagem da sexualidade entre jovens e adolescentes tem uma importância fundamental, pois essa é uma época marcada por dúvidas e questionamentos provenientes de mudanças corporais, psicológicas e das primeiras experiências sexuais (BRASIL, 2010).

Em relação à eficácia de propostas de educação sexual através de palestras e oficinas dois estudos apresentaram resultados sugerindo que tais medidas possuem uma eficácia considerável para a aquisição de conhecimentos a-cerca da saúde sexual e reprodutiva. O primeiro estudo foi realizado com 117 adolescentes da 8ª série que participaram de oficinas sobre sexualidade. Constatou-se que o conhecimento das meninas sobre o próprio corpo aumentou de 22,3% para 53,7% após participarem das oficinas; a identificação do período fértil aumentou de 28,2% para 55,8% e o conhecimento de outras DST além da AIDS aumentou de 20,6% para 48,5% após as oficinas (CAMARGO; FERREIRA, 2009).

O segundo estudo, um ensaio clínico randomizado, adolescentes do sexo feminino foram avaliadas através de um questionário composto por 41 perguntas sobre métodos contraceptivos antes e um mês após a realização de

uma palestra escolar sobre educação sexual. O índice de acertos foi de 15,75 (38,41%) antes da palestra e de 26,9 (65,60%) após, sendo os resultados do grupo controle de 15,06 e 17,37, respectivamente (CANABARRO *et al.*, 2011). Foi observado nesse ensaio que uma intervenção educacional é suficiente para uma melhora considerável do conhecimento imediato sobre métodos anticoncepcionais entre meninas adolescentes.

Em um estudo prospectivo realizado entre profissionais do sexo na China, durante um ano, foram coletadas informações e realizado educação sexual tendo como resultados finais dados positivos mostrando que a utilização do preservativo aumentou de 23,6% para 79,3% e a incidência de gonorreia, tricomoníase e clamídia diminuíram de 17,5% para 5,1%; 22,4% para 3% e de 65,9% para 16,1%, respectivamente (MA *et al.*, 2002).

5.5 Principais dúvidas dos adolescentes sobre sexualidade

O Teleaids, serviço gratuito de telefonia para esclarecimentos de dúvidas sobre sexualidade, realizou um estudo sobre seus atendimentos no ano de 2003 sobre as dúvidas recebidas de adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos sobre DST e sexualidade (Tabela 2 e 3).

Tabela 2: Questionamentos sobre DST de usuários de 15 a 19 anos do serviço de telefonia do Teleaids, 2003.

PERGUNTAS	Nº	%
Sintomas	186	43
Formas de Transmissão	103	23
Definição	96	21
Outras questões	35	8
Prevenção	11	2
Local para realizar diagnóstico/ tratamento	11	2
Período de Incubação	6	1

TOTAL	448	100
--------------	------------	------------

Fonte: Telma *et al.* (2005).

Tabela 3: Questionamentos sobre sexualidade de usuários de 15 a 19 anos do serviço de telefonia do Teleaids, 2003.

PERGUNTAS	N°	%
Relação sexual	745	32
Fisiologia	481	21
Anatomia	392	17
Gravidez	279	13
Anticoncepção	243	10
Outros	92	4
Sexualidade	47	2
Disfunção sexual	26	1
Perguntas sobre consulta médica	13	1
Drogas	5	0
TOTAL	2323	100

Fonte: Telma *et al.* (2005).

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Identificação dos Problemas da Comunidade

Os dados coletados sobre o município foram discutidos com a equipe de saúde da família durante as reuniões semanais nas quais foram relatadas outras deficiências observadas durante acolhimento e consultas. Pode-se, então, observar os seguintes problemas no município de Cana Verde/MG:

- Apesar de 493 dos 1819 domicílios de Cana Verde estar localizados em área rural, apenas os municípios da área urbana são visitados rotineiramente pelos ACS;
- Falta diversidade de empregos na cidade: emprego público, indústria têxtil e na lavoura de café são os únicos apontados como expressivos, sendo o último de variação sazonal;
- Taxa de escolaridade do município baixa em comparação a região (apesar de estar em constante crescimento);
- Número considerável de pessoas analfabetas;
- Não há cursos profissionalizantes, sejam técnicos ou de graduação, no município;
- Crescimento populacional estagnado;
- Atendimento de especialidades médicas e odontológicas em grande parte realizadas apenas em municípios vizinhos através de convênios e com uma grande fila de espera;
- Não existe pronto atendimento no município;
- Não existe nenhum aparelho para diagnóstico de imagem no município;
- Taxa de mortalidade infantil relativamente elevada;
- Iniciação Sexual Precoce com incidência de gravidez não planejada e de doenças sexualmente transmissíveis (DST) entre jovens e adolescentes;
- Pacientes com doenças crônicas como Hipertensão e Diabetes sem controle adequado.

6.2 Priorização dos Problemas

O principal critério utilizado para escolha das prioridades foi tentativa de equilibrar a importância do problema para a comunidade com a viabilidade de atuação da equipe de saúde, considerando fatores como ferramentas de trabalho, condições financeiras, conhecimento sobre o assunto e se tais problemas já estavam sendo trabalhados anteriormente.

Os três principais problemas priorizados foram:

- 1) Taxa de mortalidade infantil relativamente elevada;
- 2) Iniciação Sexual Precoce redundando gravidez não planejada e doenças sexualmente transmissíveis entre jovens e adolescentes;
- 3) Pacientes com doenças crônicas como Hipertensão e Diabetes sem controle adequado.

Em relação ao problema número 1 e 3 outras atividades já estavam sendo realizadas como o incentivo ao pré-natal adequado e a implantação recente de estratégias do HiperDia, como os grupos operativos. Foi escolhido, então, como prioritário o problema de iniciação sexual precoce com gravidez não planejada e DST entre adolescentes devido a sua elevada importância e ao seu diagnóstico recente.

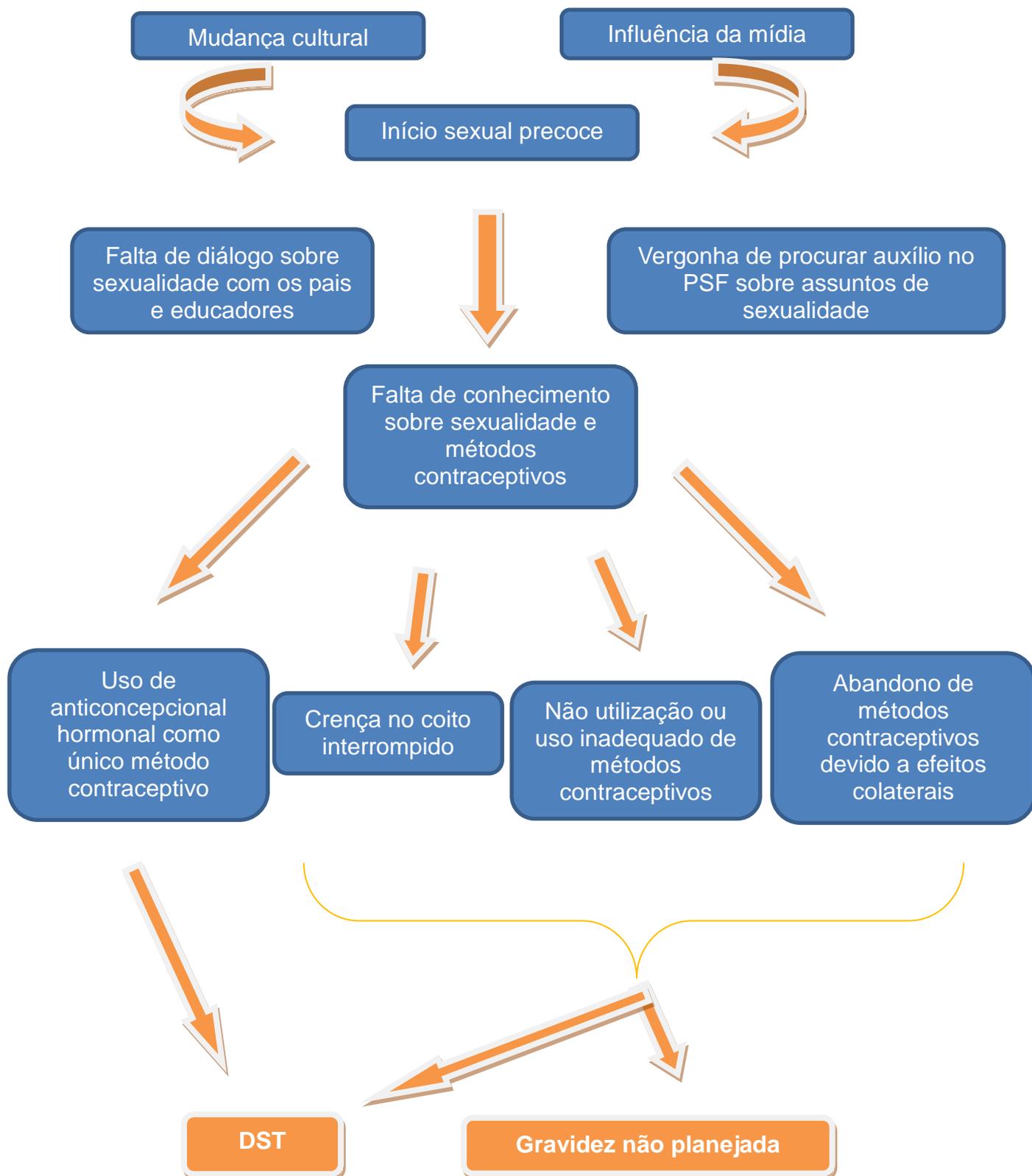
6.3 Descrição e explicação do problema: comportamento sexual de risco

Após a priorização do problema foram identificadas algumas vertentes, presentes na literatura ou observadas durante as consultas, responsáveis pela gravidez não planejada e presença de doenças sexualmente transmissíveis entre jovens e adolescentes.

Foram priorizados os fatores de risco modificáveis para o comportamento sexual de risco por serem considerados passíveis de atuação pela equipe.

A partir dessa análise foi construído um mapa contextual que possibilitou definir uma estratégia de ação para o enfrentamento do problema.

Figura 11: Mapa contextual sobre o problema do comportamento sexual de risco entre os adolescentes.



Fonte: Autoria Própria (2014).

6.4 Seleção do Nó Crítico

Analisando o mapa contextual foi identificado como um fator causal importante e passível de intervenção pela equipe de saúde da família a falta de conhecimento sobre sexualidade e métodos contraceptivos pelos adolescentes de Cana Verde. -Após a seleção do nó crítico foi priorizado, como resolução do problema, a educação sexual, que faz parte da expressão saudável da sexualidade e vai ao encontro das práticas de promoção à saúde e prevenção de doenças preconizadas na atenção básica.

6.5 Desenho das Operações

Estabelecido o nó crítico e o objetivo de educação sexual entre os adolescentes iniciou-se o desenho das operações. A ação foi baseada na realização de palestras sobre sexualidade para os adolescentes matriculados no 8º e 9º ano de Cana Verde por entender ser esta fase uma etapa crítica de transformações hormonais e da expressão da sexualidade.

A ação será contemplada nas seguintes fases:

- 1 - Visita aos alunos do 8º e 9º ano de Cana Verde (Escola Estadual Dr. José Esteves Andrade Botelho) com uma explicação simples sobre sexualidade e os temas a serem discutidos;
- 2 - Tempo para reflexão dos adolescentes a respeito de suas principais dúvidas;
- 3 - Nova visita aos alunos do 8º e 9º ano com o objetivo de distribuição de fichas para que os mesmos anotem suas dúvidas anonimamente e depositem em uma urna;
- 4 - Preparação de duas palestras diferentes, uma para o 8º ano e outra para o 9º ano, de acordo com as dúvidas apresentadas;
- 5 - Apresentação das palestras abrangendo os temas de sexualidade, desenvolvimento do corpo, gravidez e métodos contraceptivos, em linguagem apropriada;

6 - Realização de uma roda para de conversa para discussão de possíveis novas dúvidas e também para promover uma maior aproximação da equipe de saúde com os adolescentes;

7 - Aplicação do questionário de avaliação da atividade aos adolescentes.

6.6 Análise dos recursos críticos, atores e viabilidade

O passo seguinte ou se baseia no estudo dos recursos críticos, dos atores controladores destes recursos e no avanço do plano de ação. Para facilitar esse processo optou-se por uma reunião entre um representante da secretaria de educação, de saúde e da direção escolar com a equipe de saúde da família.

Quadro 1: Análise dos recursos críticos e atores envolvidos

PROJETO:	
Palestras de educação sexual direcionadas aos alunos do 8° e 9° ano	
RECURSO	ATOR RESPONSÁVEL
Espaço físico Adequado	Direção da escola e secretaria de educação
Recurso audiovisual	Secretaria de educação e de saúde
Fornecimento de material educativo	Secretaria de saúde
Campanha para a adesão do projeto pelos estudantes	Professores

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.7 Elaboração do Plano Operativo

Foi elaborado um quadro para facilitar a distribuição de responsabilidades e os prazos esperados para cada etapa do plano operativo.

Quadro 2: Plano Operativo

Ação	Resultado esperado	Prazo e responsáveis
Marcação de reunião entre representantes da secretaria de saúde, de educação, direção escolar e equipe PSF.	Apresentação do projeto para conseguir o apoio necessário para executá-lo.	Prazo: 1 mês ACS Alessandra e Rosiane.
Visita aos escolares para explicação simples sobre sexualidade e os temas relacionados aos adolescentes.	Estimular os adolescentes a pensarem em suas dúvidas sobre os assuntos para que possam escrevê-las posteriormente.	Prazo: 1 mês Enfermeira Cristiane e Técnica de Enfermagem Quévia.
Retorno à escola para distribuição de fichas para anotação das dúvidas e o recolhimento das mesmas.	Conhecer as dúvidas dos adolescentes sobre o tema.	Prazo: 2 semanas ACS Elisângela e Adejenaine.
Análise das dúvidas e confecção das palestras educativas.	Realizar uma palestra direcionada às dúvidas apresentadas.	Prazo: 2 meses Médica Juliane e Enfermeira Cristiane
Realização das palestras para o 8º e 9º ano do município.	Educação sexual como prevenção de comportamentos de riscos relacionados à atividade sexual.	Prazo: 1 mês. Médica Juliane e Enfermeira Cristiane. Apoio: ACS Ana Paula e Renata

Realização de roda de bate-papo após a palestra para esclarecimentos de novas dúvidas e aplicação de questionário avaliativo.	Educação sexual como forma de prevenção de comportamentos de risco e aproximação da equipe de saúde com os adolescentes.	Prazo: 1 mês. Médica Juliane e Enfermeira Cristiane. Apoio: ACS Kelly e Ednéia.
---	--	---

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.8 Gestão do Plano

É necessário avaliar se a ação proposta terá o objetivo esperado de prevenir comportamentos de risco dos adolescentes em relação à gravidez não planejada e às doenças sexualmente transmissíveis. Caso o efeito seja positivo a proposta é que esta atividade seja realizada uma vez ao ano.

Para saber da eficácia da ação, a curto prazo, pretende-se aplicar um questionário de avaliação das palestras aos adolescentes. A longo prazo, foi proposto o início de controle estatístico sobre o resultado esperado: a diminuição da incidência de gravidez não planejada e de doenças sexualmente transmissíveis entre os adolescentes no município.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Primária à Saúde é o principal setor da saúde responsável pelas atividades de prevenção e promoção à saúde. Portanto, possui um papel importante de responsabilidade na identificação dos problemas da comunidade e na realização de ações de prevenção.

O comportamento sexual de risco dos adolescentes tem como uma importante causa a falta de informação consistente sobre sexualidade, métodos contraceptivos e DST.

A educação sexual como prevenção de comportamento sexual de risco entre os adolescentes se torna mais eficaz quando a equipe de saúde da família se integra ao ambiente escolar, mais próximo do cotidiano do adolescente.

Com base no trabalho, pode-se concluir:

- ✓ Os pais muitas vezes não conseguem ter um diálogo eficaz com seus filhos a respeito da sexualidade;
- ✓ A mídia é um dos principais veículos procurados pelo jovem para a aquisição de informações sobre sexualidade, porém muitas vezes não possui uma abordagem adequada à imaturidade emocional dos adolescentes;
- ✓ Os serviços de saúde e a escola possuem um importante papel na educação sexual dos adolescentes;
- ✓ A média da iniciação sexual no Brasil tem sido de 14,9 anos;
- ✓ O comportamento sexual de risco entre adolescentes tem como principais fatores de risco: a precocidade da coitarca, a falta de informações sobre o assunto, o uso de drogas lícitas e ilícitas e a baixa escolaridade;
- ✓ O uso irregular de preservativo e a utilização inadequada de métodos contraceptivos são práticas comuns entre os jovens sexualmente ativos;
- ✓ A prevalência de AIDS é maior entre jovens e adultos sendo que o HIV pode ter sido contraído na adolescência já que a doença possui uma janela imunológica ampla;

- ✓ A gestação na adolescência é um fator de risco para a sua recorrência;
- ✓ A intervenção educacional na sexualidade é eficaz para melhorar o conhecimento imediato dos adolescentes sobre o assunto.

Espera-se que o conhecimento adquirido pelos adolescentes com o plano de ação proposto possa promover reflexões e estimular uma autocrítica destes em relação à expressão saudável da sexualidade.

Além disso, pretende-se criar um maior vínculo dos adolescentes com os profissionais de saúde para que eles possam procurar mais atendimento na UBS para esclarecimentos de futuras dúvidas referentes à sexualidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. *et al.* Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. **Revista de Saúde Pública**, V.37, n.5, p.566-75, 2003.

ALVES, A. S; LOPES, M. H. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V.61, n.1, p.11-17, 2008.

BRANDÃO, E. R. Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**.V.14, n.4, p.1063-1071, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico: Aids – DST, 2010a**. Disponível em <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2010/45974/vers_o_final_15923.pdf>. Acesso em 01/11/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. . **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília, 52p, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília. 2009b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde e prevenção nas escolas**–: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação. Brasília, 160p, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde sexual e saúde reprodutiva. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 26. Brasília, 300p, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico: Aids – DST, 2010b**. Disponível em <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2010/45974/vers_o_final_15923.pdf>. Acesso em 01/11/2014.

CAMARGO, E. A. I; FERRARI, R. A. P. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. **Revista Ciência & Saúde Coletiva [online]**. V.14, n.3, p.937-946, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n3/30.pdf>> Acesso em 15/10/2014.

CANABARRO, C. T. *et al.* Educação sexual e saúde reprodutiva de adolescentes: resultados de um ensaio clínico randomizado. In: XIX Encontro de Jovens Pesquisadores, 2011, Caxias do Sul, RS. **Anais (on-line)**. Disponível em <http://www.ucs.br/site/midia/arquivos/Resumo_Carolina_Travi_Canabarro.pdf>.

ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE - CEPAL. Observatório de igualdade de gênero da América Latina e o Caribe: **Informe Anual**. Santiago do Chile, 2012.

CRUZEIRO, A. L. S. *et al.* . Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. V.15, n.1, 2010.

DEPARTAMENTO DE PESQUISAS DA FOLHA - DATAFOLHA. **Pesquisa jovens brasileiros, 2008**. Disponível em

<http://media.folha.uol.com.br/datafolha/2013/05/02/jovens_30072008.pdf>. Acesso em 10/11/2014.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - DATASUS. **Índice de gravidez dos municípios por estado e municípios – 2012(a)**. Disponível em <http://kaplan.org.br/educadores/indice_gravidez>. Acesso em 10/11/2014.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - DATASUS. **Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes, 2012(b)**. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/g15.def>>. Acesso em 10/11/2014.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - FEBRASGO. **Saúde da Adolescente - Manual de Orientação, 2007**. Disponível em: <<http://febrasgo.luancomunicacao.net.br/manuais/>>. Acesso em 01/10/2014.

GONÇALVES, R. C; FALEIRO, J. H; MALAFAIA, G. Educação sexual no contexto familiar e escolar: impasses e desafios. - **Revista HOLOS**. V.5, p.251-263, 2013.

GOVERNO DE MINAS GERAIS. **Estado em Rede: Centro Oeste de Minas, Cana Verde 2013**. Disponível em <<http://www.mg.gov.br/governomg/portal/mn/estadoredede/4-centro-oeste-deminas/128-cana-verde/0/5363>> Acesso em 18/05/2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Biblioteca: Cana Verde 2013**. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais/canaverde.pdf>> Acesso em 16/05/2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>> Acesso em 16/05/2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades: Cana Verde 2014**. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/G68>> Acesso em 17/05/2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas do Registro Civil**. Rio de Janeiro: V.39, 178p, 2012.

JORGE, M.G *et al*. Recorrência de gravidez em adolescentes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Revista Adolescência & Saúde**. V.11, n.3, p.22-31, 2014.

LEITE, I. C; RODRIGUES, R. N; FONSECA, M. C. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. V.20, n.2, p.474-781, 2004.

MA, S. *et al*. Decreasing STD incidence and increasing condom use among Chinese sex workers following a short term intervention: a prospective cohort study. **Sexually Transmitted Infections Journal** V.78, n.2, p.110-114, 2002.

MARTINS, L. B. M. *et al* . Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**.- Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, 2006.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MOURA, L. N. B. *et al.* Multiparidade entre adolescentes e jovens e fatores de risco em Teresina/Piauí. **Revista Adolescência & Saúde**. V.11, n.3, p.51-62, 2014.

NERY, I.S. *et al.* Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V.64, n.1, p.31-37, 2011.

NUNES, J. T. *et al.* Autoeficácia contraceptiva entre adolescentes com antecedente gestacional. **Revista Adolescência & Saúde**. V.11, n.3, p.77-86, 2014.

OLIVEIRA, E. M. *et al.* Da sensualidade   sexualidade: uma interferência pedagógica frente aos preceitos impostos pela m dia. **ATHENA - Revista Científica de Educa o**, v.10, n.10, 2008.

FUNDO DAS NA OES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situa o da adolescência brasileira 2011** - O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília, 2011.

PAIVA, V. *et al.* Idade e uso de preservativo na inicia o sexual de adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**. V.42, n.1, p.45-53, 2008.

PROGRAMA DAS NA OES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil, 2013**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas>> Acesso em 17/05/2014.

PROGRAMA DAS NA OES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Perfil do Município de Cana Verde, MG, 2010**. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/perfil_print/cana%20verde_mg> Acesso em 17/05/2014.

SAN'TANNA, M. J. C. *et al.* Comportamento sexual entre jovens universitários. **Revista Adolescência & Saúde**. V.5, n.2, p.52-56, 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMSA). Cana Verde. 2014.

SILVA, A. de A. A. *et al.* Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública**. V.29, n.3, 2013.

SILVA, C. C.; SILVA, A. T. M. C.; LONSING, A. A integra o e articula o entre as a o es de saúde e de educa o no Programa de Saúde da Família - PSF. **Revista Eletr nica de Enfermagem [online]**, v. 8, n. 1, dez. 2006. Disponível em <<https://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/941/1147>>. Acesso em: 28 Jul. 2014.

SILVA, K. L. *et al.* Métodos contraceptivos: estratégia educativa com adolescentes. **Revista RENE**. V.10, n.1, p.145-151, 2009.

SOUSA, M. C. R.; GOMES, K. R. O. Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. **Caderno de Saúde Pública**. V.25, n.3, p.645-654, 2009.

TAQUETTE, S. R; VILHENA, M. M. de; PAULA, M. C. de. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical [online]**. V.37, n.3, p.210-214, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003786822004000300003&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 04/10/2014.

TELMA, J. M. *et al.* Dúvidas sobre sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes usuários de serviço de informações telefônicas. **Revista Adolescência & Saúde**. V.2, n.3, p.16-20, 2005.

TRONCO, C. B; DELL'AGLIO, D. D. Caracterização do comportamento sexual de adolescentes: iniciação sexual e gênero. **Revista Interinstitucional de Psicologia**. V.5, n.2, p.254-269, 2012.

|