



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ADOLESCENTES: A PERCEPÇÃO DO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Rio Grande

2018

CAROLINA COUTINHO COSTA

PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ADOLESCENTES: A PERCEPÇÃO DO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em saúde da família.

Orientadora: Prof^aDr^a Daniele Ferreira
Acosta

Rio Grande

2018

RESUMO

COSTA, C. C. PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ADOLESCENTES: A PERCEPÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE. Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. 2018. 73pgs. (Especialização). Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Rio Grande, 2018

A adolescência é compreendida entre a infância e a fase adulta e é marcada pela complexidade do crescimento e do desenvolvimento biopsicossocial. Considerando que essa fase é permeada por dúvidas e inseguranças, o modelo de atenção à saúde precisa permitir a discussão de forma que crie vínculo e confiança entre adolescente e equipe de saúde. Esse trabalho se justifica pela necessidade de qualificar o acesso e conhecimento sobre o planejamento familiar entre os adolescentes. Nesse sentido, destaca-se o papel dos agentes comunitários de saúde, visto eles terem maior contato com os usuários e são encarregados de problematizar informações em saúde com as famílias. Os objetivos foram conhecer o saber dos agentes comunitários acerca do planejamento familiar e compreender a percepção deles sobre o planejamento familiar realizado com adolescentes. Tratou-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de abordagem qualitativa. Os participantes desse estudo foram todas as agentes comunitárias atuantes na unidade básica de saúde da família Castelo Branco. A coleta de dados ocorreu por meio de técnica de grupo focal e realizada na própria unidade, por meio do pesquisador principal que atuou como moderador e encaminhou a discussão, a partir de questões norteadoras. As questões abrangeram perguntas sobre o planejamento familiar em geral, com adolescentes e estratégias para melhorar o conhecimento sobre o assunto. A análise dos dados foi realizada por meio da análise do conteúdo que consiste na exploração do *corpus* da entrevista, seleção das unidades de análise e elaboração de categorias. O projeto foi encaminhado ao comitê de pesquisa e ética da universidade, e aprovado com o parecer número 57/2017. O estudo apresentou duas categorias: uma discorre acerca do saber e da visão das agentes comunitárias sobre o planejamento familiar para adolescentes; a outra apresenta ferramentas de trabalho que facilitam ou dificultam a realização do planejamento familiar. Na primeira categoria foram observadas as impressões das agentes sobre os adolescentes contemplando o despreparo, imaturidade, vergonha, falta de interesse, dificuldade de comunicação do grupo e influência do gênero na motivação relacionada ao tema. As entrevistadas também trouxeram uma nova visão do planejamento familiar, focando no processo de adotar, que inclui outras temáticas como o respeito as diferenças, a cultura da paz, o incentivo ao autocuidado e a necessidade de uma visão holística e integral. Na segunda categoria destacam-se algumas ferramentas que intervêm, positivamente/negativamente, no processo de trabalho relacionado a temática, tal como o vínculo ou não da família com os filhos, a interferência da mídia e das redes sociais na comunicação das agentes com os adolescentes e o próprio trabalho, considerando que residem no mesmo local que atuam gerando certa dificuldade no estabelecimento do vínculo e confiança. Nessa mesma categoria foram abordadas estratégias que facilitam a problematização do planejamento familiar com os adolescentes incluindo dinâmicas, teatro, atividades integrativas nas escolas e consulta de enfermagem. Essa pesquisa possibilitou pensar em estratégias para

aprimorar o conhecimento das agentes e a adesão dos adolescentes nas unidades de saúde. A visão das participantes sobre o adolescente como sendo imaturo ou irresponsável não se difere do senso comum, e parece não interferir nas práticas em saúde com o grupo no que se refere ao planejamento familiar.

Descritores: Planejamento Familiar. Atenção primária à saúde. Agentes comunitários de saúde. Adolescente.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	OBJETIVOS	11
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	12
3.1	Enfoque dos estudos sobre planejamento familiar na adolescência	12
3.2	Sobre os Agentes Comunitários de Saúde	19
3.3	Do foco reprodutivo ao planejamento familiar	21
3.4	Descrição dos métodos contraceptivos	26
3.3.1.	Métodos Hormonais.....	27
3.3.2	Métodos de Barreira.....	31
3.3.3	DispositivoIntrauterino.....	33
3.3.4	Métodos comportamentais.....	34
4	METODOLOGIA	35
4.1	Tipo de Estudo	35
4.2	Local do estudo	35
4.3	Participantes do Estudo	36
4.5.	Coleta de Dados	36
4.6	Análise de Dados	38
4.7	Aspectos Éticos	39
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	41
5.1	Perfil das informantes	41
5.2	O saber e a visão das Agentes Comunitárias de Saúde sobre o planejamento familiar para adolescentes	42
5.2.1	Percepção geral dos ACS sobre adolescentes.....	42
5.2.2	A visão dos ACS sobre adolescentes no contexto do planejamento familiar.....	45
5.2.2.1	<i>Abordagem para um público despreparado</i>	45
5.2.2.2	<i>Outras facetas do planejamento familiar</i>	48

<i>5.2.2.3 Influência do gênero no contexto do planejamento familiar.....</i>	<i>49</i>
5.3 Ferramentas de trabalho que facilitam e dificultam a realização planejamento familiar com adolescentes.....	51
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS.....	62
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	68
APÊNDICE B – ROTEIRO.....	70
APÊNDICE C – MEMORANDO DE ENCAMINHAMENTO NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA.....	71
APÊNDICE D – MEMORANDO DE ENCAMINHAMENTO CEPAS/FURG.....	72
APÊNDICE E - DECLARAÇÃO DO DIRETOR DA ESCOLA DE ENFERMAGEM..	73

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Em minha vivência acadêmica na graduação em Enfermagem, tive a oportunidade de uma boa experiência na área de saúde da mulher e nesse contexto participei de diversas ações que focavam o planejamento familiar e a maior parte delas ocorreu na atenção básica à saúde. Gosto de trabalhar com a prevenção e, ter o usuário como participante da sua saúde tornou-se parte da minha rotina, antes mesmo de ter aprofundamento teórico sobre a participação popular.

A partir do ano de 2016, momento em que ingressei na residência, tive o desejo de trabalhar com planejamento familiar entre os adolescentes, pois vi o grande número de adolescentes grávidas, despreparadas, sem conhecimento sobre seu corpo e o parceiro não participativo daquele momento. Na unidade em que estou atuando não existe um grupo de planejamento familiar efetivo, apenas a dispensação de anticoncepcionais orais e administração de anticoncepcionais injetáveis.

Com essa situação, conversei com a equipe e percebi que os agentes comunitários de saúde não tem contato direto e indireto com os adolescentes e são responsáveis por problematizar os assuntos referentes à saúde, tem domínio e facilidade em discutir o assunto.

Na rede de serviços de saúde do município existem encaminhamentos para colocação de dispositivo intrauterino, realização de laqueadura e esterilização masculina, porém percebo que o foco do planejamento familiar nas unidades básicas de saúde são principalmente a orientação quanto ao uso de preservativo e uso correto dos contraceptivos. Não há uma conversa ou um grupo que fale sobre planejar a familiar e melhorar a qualidade de vida dos integrantes dela.

Diante disso busco os saberes dos agentes comunitários que atuam diretamente com os adolescentes para que sejam percebidas as lacunas, dificuldades e facilidades sobre o planejamento familiar com os adolescentes e a partir disso sugerir estratégias para melhoria do atendimento à esse público.

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é compreendida entre a infância e a fase adulta, é marcada pela complexidade do crescimento e do desenvolvimento biopsicossocial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adolescência a faixa etária entre 10 a 19 anos, jovens de 15 a 24 anos e, adultos jovens de 20 a 24 anos (BRASIL, 2007). Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera adolescente toda pessoa entre 12 e 18 anos, e expresso em lei, o Estatuto se aplica também àqueles entre 18 e 21 anos de idade. (BRASIL, 1990).

A definição desse critério cronológico auxilia a objetivar os requisitos que orientam a investigação epidemiológica, a elaboração de estratégias de serviços sociais e de saúde pública voltados a essa faixa etária. Em vista disso, as equipes de saúde que trabalham com medidas de educação, de promoção, de prevenção a doenças e agravos, têm papel primordial diante de questões que muitas vezes não são conversadas em casa e menos ainda, aprofundadas na escola, como por exemplo a sexualidade e o uso de métodos contraceptivos.

Sabe-se que os adolescentes são um dos grupos mais vulneráveis. Além de ser uma fase permeada pelo crescimento, desenvolvimento e pelo amadurecimento, eles estão sujeitos a diversas situações, de maior ou menor vulnerabilidade social, individual ou coletiva. Isso está diretamente relacionado com a construção da identidade, influenciada pelas relações interativas entre o indivíduo e o seu meio (BRASIL, 2007).

Um estudo traz o “pensamento mágico”, que demonstra, entre as adolescentes, a fantasia de imunidade e isenção de gravidez numa relação sexual. Há uma dissociação entre a prática sexual e a conseqüente gestação, o que explica a surpresa e a culpabilização do acaso quando a gravidez é confirmada (ALBUQUERQUE-SOUZA; NOBREGA; COUTINHO, 2012).

Somado a isso os adolescentes enfrentam a insegurança e o medo de rejeição. Muitos ainda têm dificuldade em negociar o uso de preservativo nas relações, com isso o risco de infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e de uma gestação não planejada é iminente (SILVA; SANTOS, 2015)

Esses pensamentos e visões dos adolescentes estão relacionados a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos.

Geralmente a adolescência é vista como uma fase de crise, desordem e irresponsabilidade, desta forma a vulnerabilidade confirma a necessidade de uma visão de homem plural, construído com diferenças e diversidade, não cabendo mais ações e práticas baseadas num sujeito universal (BRASIL, 2007).

A partir da visão em que o adolescente é um indivíduo plural, podem ser trabalhadas várias questões na atenção à saúde. Considerando que a fase da adolescência é permeada por dúvidas, inseguranças, medos e preconceitos, o modelo de atenção à saúde precisa permitir a discussão, o desenvolvimento de habilidades, a expressão de sentimentos, de opiniões de forma que crie vínculo e confiança entre adolescente e equipe de saúde (BRASIL, 2007).

O grau de vulnerabilidade dos adolescentes pode aumentar de acordo com gênero, raça, etnia classe social, condições de vida e saúde, acesso ou não às informações e a precaridade de políticas públicas em educação (BRASIL, 2007).

Dados epidemiológicos revelam um aumento nos casos de gestações na adolescência. Um estudo traz dados de vários países e constata que a taxa de fecundidade diminuiu mundialmente, porém foi observado uma inversão nesse perfil. A parturição aumentou entre meninas de 17 anos ou menos em sete países da América do Sul. Na América Latina, a taxa de fecundidade entre adolescentes aumentou de 10% para quase 20%, enquanto nas mulheres mais velhas diminuiu até dez vezes em menos de quatro décadas (WONG; BONIFÁCIO, 2009)

Nos últimos 40 anos a estrutura da fecundidade no país tem se rejuvenescido. A maior taxa de natalidade entre as brasileiras na década de 70 estava concentrada nos grupos etários entre 25 a 29 anos, seguida de 30 a 34 anos. A partir da década seguinte houve um decréscimo nesse padrão, sendo constatado gestações concentradas em mulheres de 15 a 24 anos (IBGE, 2009).

Confirmando a informação acima, no ano de 2014 foi observado que 18,9% das gestações ocorreram entre adolescentes (10 a 19 anos), com prevalência na região nordeste (BRASIL, 2014). No sul do Brasil, no município de Rio Grande, no Estado do Rio Grande do Sul, foi constatado que 16,3% das gestantes têm entre 15 e 19 anos de idade e 26,2% têm entre 20 e 24 anos (BRASIL, 2014). Assim, mostra-se cada vez mais necessárias abordagens diferentes e inclusivas, principalmente no que se refere ao planejamento familiar entre adolescentes.

O planejamento familiar é um conjunto de ações que garantem à mulher, homem ou casal, em toda a rede de serviço, assistência à concepção e

à contracepção, orienta o intervalo entre gestações, auxilia no bem-estar do casal e da criança. (BRASIL, 2002)

Na Constituição Federal de 1988, o artigo 226, parágrafo 7, que tem como abordagem a família, declara o planejamento familiar como livre decisão do casal e, ainda, compete ao Estado propiciar medidas educacionais e científicas para o cumprimento desse direito. (BRASIL, 1988)

Organizações internacionais, bem como, as políticas públicas do Brasil, discutem a proposta do planejamento familiar como uma questão voltada para os direitos reprodutivos e a liberdade reprodutiva com destaque para os métodos contraceptivos e o cuidado com a mulher (SANCHES; SIMÃO-SILVA, 2016).

Como complemento, Sanches e Simão-Silva (2016) ressaltam no que se refere a esse tema, que existem dois focos utilizados, o controle de natalidade e o planejamento de parentalidade. Esses têm significados bem diferentes, uma vez que o controle de natalidade busca diminuir o número de nascimentos sem consentimento da sociedade, ou seja, ocorre por meio da intervenção vertical do Estado. Já o outro propõe melhores condições para o nascimento das crianças, além da prevenção à concepção de filhos não planejados, através da informação e da tomada de decisão consciente, o que vai ao encontro do planejamento familiar.

Por conta disso, é o último foco que se pretende utilizar, pois se acredita que é por meio desta ferramenta que se obtém melhores resultados para o planejamento familiar e tomada de decisões. Quando as orientações são problematizadas o usuário passa a se empoderar do conhecimento participando, com autonomia, do seu cuidado.

Com o intuito de proporcionar uma atenção continuada aos usuários destaca-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que revisa as normas e diretrizes para a organização da atenção básica e para a estratégia de saúde da família. A atenção básica caracteriza-se pelo conjunto de ações – individuais e coletivas – que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. As unidades básicas de saúde devem ser a porta de entrada preferencial dos usuários no sistema único de saúde (BRASIL, 2012).

O modelo de assistência de Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa reorganizar, expandir, qualificar e consolidar a atenção básica, pois reorienta o processo de trabalho, amplia a resolutividade e propicia uma importante relação

custo-efetividade. Nesse modelo de atenção à saúde é apregoada a manutenção do vínculo e longitudinalidade do cuidado aos indivíduos e às famílias (BRASIL, 2012).

De acordo com a PNAB a equipe deve ser composta por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde; entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população. Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos têm-se o parâmetro de uma unidade para, no máximo, 12 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da atenção básica.

A Unidade Básica de Saúde da Família Doutor Luiz Gonzaga Dora (UBSF Castelo Branco), local de estudo deste trabalho, contempla os bairros Castelo Branco I, Santa Rita de Cássia e Profilurb, oferecendo cobertura a uma população adscritade 3.500 e 4.000 habitantes. Duas equipes são responsáveis por atender essa população, sendo cada uma composta por uma enfermeira, uma médica, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS).

Nessa área a população vive em situação vulnerável, considerando a escolaridade baixa, a falta de saneamento básico, a baixa renda, os pontos de tráfico de drogas, a cultura de violência para a resolução de problemas, entre outros.

Com base no diagnóstico comunitário realizado pelos residentes da Residência Multiprofissional de Saúde da Família, no período de julho de 2016, foi constatado 47 gestantes, sendo 13 (27%) adolescentes (entre 14 e 19 anos de idade). Esse dado em conjunto com os dados em nível nacional confirma a alta incidência de gestação na adolescência.

Em vista disso, esse trabalho se justifica pela necessidade de melhorar o acesso e conhecimento sobre o planejamento familiar entre os adolescentes. Nesse sentido, destaca-se o papel dos agentes comunitários de saúde, visto que eles têm maior contato com os usuários e são encarregados de problematizar informações em saúde com as famílias.

Eles são o elo entre a comunidade e a equipe de saúde da unidade. Isso favorece a construção e a manutenção do vínculo entre equipe e usuário, pois são os agentes que entram na casa das pessoas, identificam problemas e trazem diretamente para a equipe de saúde (FIGUEIREDO; BASTOS; TELLES, 2012). Além disso, conhecem bem as dificuldades e os dilemas do dia a dia, considerando que

moram na área de abrangência o que, de certa forma, contribui para a melhoria da atenção à saúde.

Para tanto, o ACS deve estar preparado para agir junto a comunidade, sendo de responsabilidade do enfermeiro a supervisão e a coordenação das ações para a sua capacitação (BRASIL, 2012). Com base no tema em pauta, após a problematização de temáticas eles têm a responsabilidade de disseminar as informações sobre o planejamento familiar e os métodos contraceptivos aos adolescentes por meio de discussões, rodas de conversa, orientação nas escolas juntamente com a equipe.

Através de atividades educativas, que não precisam ser feitas exclusivamente nas unidades de saúde, onde muitas vezes os adolescentes tem receio, vergonha ou medo de entrar em contato, é possível alcançar os vários espaços ocupados pelos adolescentes fazendo com que tenham ciência dos seus direitos e façam as escolhas de maneira consciente e autônoma.

2 OBJETIVOS

- 2.1 Conhecer o saber dos ACS acerca do planejamento familiar;
- 2.2 Compreender a percepção dos ACS sobre o planejamento familiar realizado com adolescentes.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A presente revisão está dividida em quatro subcapítulos. O primeiro trata do estado da arte relacionado ao tema, com base nas publicações nacionais e internacionais. O segundo aborda a atuação dos ACS e sua importância na ESF. Posteriormente discorre-se sobre a história do Planejamento Familiar, aperfeiçoado conforme a implementação de novas políticas públicas de saúde no Brasil. Por fim, apresentam-se os principais métodos contraceptivos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde e indicados para adolescentes.

3.1 Enfoque dos estudos sobre planejamento familiar na adolescência

Para subsidiar este estudo, foi realizada uma busca nas bases de dados de acesso individual, livre e direto Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), no período de setembro a outubro de 2016. Os descritores utilizados foram “anticoncepção”, “planejamento familiar” e “adolescente”. Foi utilizado o operador booleano *ande* uma combinação de todos os descritores. Os textos nos idiomas português, inglês e espanhol, com limite de publicações dos anos 2010 a 2015 foram incluídos no estudo.

Com os descritores citados acima foram encontrados na base de dados LILACS 109 artigos publicados, e na BDENF cinco artigos. Após leitura dos resumos foram excluídos 97 da LILACS, e quatro da BDENF, por não se aproximarem do tema ou por terem sido publicados em anos anteriores a 2010. Assim, restaram 13 artigos da LILACS e um da BDENF, esse último também apareceu na primeira base de dados, por isso foi utilizado apenas uma vez. Esses foram lidos na íntegra e categorizados para apresentação dos resultados.

Um quadro sináptico foi elaborado contendo a identificação e título do estudo, o ano de publicação, os sujeitos e o local de estudo, a base de dados e o periódico (Quadro 1).

Quadro 1 - sináptico do Estado da Arte. Rio Grande/RS. 2010 a 2016

Título	Ano	Sujeitos	Local	Base de dados	Revista
1 Conhecimento, aceitabilidade e uso do método <i>billings</i> de planejamento familiar natural	2011	Mulheres em idade fértil 18 – 44 anos	Centro de Obstetrícia Gineco	LILACS	Rev. Gaúcha de Enfermagem
2 Adequação do dispositivo intrauterino pela avaliação ultrassonográfica: inserção pós-parto e pós-abortamento versus inserção durante o ciclo menstrual	2013	Mulheres em idade fértil encaminhadas para avaliação do DIU	Ambulatório Natal/RN	LILACS	Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia
3 Conhecimento, uso e escolha dos métodos contraceptivos por um grupo de mulheres de uma unidade básica de saúde em teresópolis/RJ	2010	Mulheres em idade fértil 18-49 anos	ESF Teresópolis/RJ	LILACS	Cogitare Enfermagem
4 Conhecimento, atitude e prática de mulheres residentes no meio rural acerca dos métodos contraceptivos	2012	Mulheres em idade fértil 18-50 anos que utilizassem algum método	Comunidade Rural - UBS Russas/CE	LILACS	Rev. Eletrônica Enfermagem
5 Contracepção de emergência e adolescência: responsabilidade e ética	2010	Reflexão de aspectos éticos		LILACS	Revista Bioética
6 Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados	2011	Elegíveis os RN prematuros e entrevistadas as mães	Hospitais de Rio Grande/RS	LILACS	Caderno de Saúde Pública
7 Maternidad adolescente: herramientas para	2011	Adolescentes (não informada idade)	Posada de Belén, Costa Rica	LILACS	Medicina Legal Costa Rica

una mejor calidad de vida					
8 Caracterización de algunas variables en las adolescentes atendidas en la consulta de Planificación Familiar del Policlínico "Belkis Sotomayor Alvarez"	2011	Adolescentes (não informada idade)	Ciego de Avila, Cuba	LILACS	Mediciego
9 Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana	2012	Adolescentes de 14 a 25 anos que iniciaram atividade sexual nessa época	Colombia	LILACS	Rev. Chilena Ginecologia e Obstetrícia
10 Teenage pregnancy contextualized: understanding reproductive intentions in a Brazilian shantytown	2012	Jovens mães e mães adolescentes (sem idade)	Novo São Lucas, Belo Horizonte	LILACS	Caderno de Saúde Pública
11 Aspectos clínico-epidemiológicos das mulheres pós abortamento em hospital de referência	2010	Mulheres em idade fértil	Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará	LILACS	
12 Perfil da distribuição da contracepção de emergência para adolescentes em municípios do estado de São Paulo	2012	Adolescentes	São Paulo/Brasil	LILACS	Journal of Human Growth and development
13 Consejería en anticoncepción para adolescentes y jóvenes	2016	Reflexão sobre planejamento familiar entre adolescentes	Buenos Aires/Argentina	LILACS	Sociedad Iberoamericana de Información científica

Dos 13 artigos analisados para esta pesquisa dois eram de reflexão sobre aconselhamento e anticoncepção para adolescentes, e um abordava o perfil de distribuição da contracepção de emergência para adolescentes. Dos artigos originais, 10 tinham como sujeito mulheres (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11). Desses, cinco (7, 8, 9, 12, 13) foram focados no público adolescente.

Sobre o ano de publicação dos artigos a maioria era de 2010 (3, 5, 7, 11) e 2012 (4, 9, 10, 12), três de 2011 (1, 6, 8), um de 2013 (2) e um de 2016 (13). Houve grande variedade de periódicos, sendo apenas a Revista de Saúde Pública que obteve duas publicações.

Alguns estudos pesquisaram sobre o uso dos métodos contraceptivos (1, 2, 3, 4), como o planejamento familiar natural (PFN), o dispositivo intra-uterino (DIU), o anticoncepcional oral (ACO) entre outros. Além disso, foi investigado o conhecimento (1, 3, 4), o uso (1, 2, 3, 4) e a aceitabilidade (1, 2, 3, 4) dos métodos utilizados pelas usuárias.

Em relação ao planejamento familiar com foco na adolescência, apenas quatro tiveram adolescentes como sujeitos únicos da pesquisa (7, 8, 9, 12). Os artigos são em sua maioria estrangeiros (Costa Rica, Cuba e Argentina), o que pode sugerir escassez desse conteúdo, no Brasil, voltado para essa faixa etária.

O primeiro estudo (7) discorreu sobre as oficinas de educação em saúde na qual abordaram temáticas sobre sexualidade, prevenção de doenças, direitos sexuais e reprodutivos entre as mães adolescentes. O segundo (8) caracterizou algumas variáveis de adolescentes atendidas na consulta de planejamento familiar. Identificou que a maioria das entrevistadas tinha entre 14 e 17 anos de idade e que 94% foram acompanhadas da mãe à consulta. Esse estudo também destacou que o aborto foi utilizado como método contraceptivo. O último (13) apresentou aspectos sobre o aconselhamento para adolescentes e jovens, destacando a necessidade de respeito, o reconhecimento das potencialidades dos adolescentes e da rede de apoio, a escuta ativa e a confidencialidade das informações sobre sexualidade ao adolescente.

Os artigos de reflexão também foram direcionados ao público adolescente. O estudo 5 divulgou a importância da contracepção de emergência nessa faixa etária a fim de evitar gravidez precoce e não planejada.

Quanto ao conhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos, o mais citado foi o ACO (3, 4), seguido do preservativo masculino (3, 4), esterilização feminina (3), contraceptivos injetáveis (3) e DIU (3, 4). Pouco foi citado, pelas usuárias, métodos como preservativo feminino e menos ainda o PFN. Esse se caracteriza como um método natural no qual a mulher precisa conhecer o próprio corpo, nas fases férteis e inférteis do ciclo menstrual, com a restrição de relação sexual na fase fértil, caso o intuito seja prevenir uma gestação. É um método livre de

efeitos colaterais por não usar nenhum tipo de hormônio (ALMEIDA; PEREIRA; UCHIMURA, 2011).

Um estudo (1) investigou o conhecimento, aceitabilidade e uso do método PFN. A maioria das mulheres desconhecia o PFN e alegaram nunca terem sido informadas quanto a essa opção em suas consultas de planejamento familiar, porém quando interrogadas sobre a aceitabilidade desse método, 70% se mostrou favorável por ser um método livre de efeitos adversos e pela possibilidade de conhecer o próprio corpo. Entre as que não aceitaram o método foi citado como motivo não ser confiável, insuficiente e não efetivo.

Os estudos que avaliaram a aceitabilidade do método em uso divulgaram que grande parte das mulheres se mostraram insatisfeitas com o seu insumo (1, 2, 3). A insatisfação pode ser indício de deficiência no planejamento familiar, quando os métodos são impostos pela equipe técnica, não havendo uma conversa e/ou atividades educativas, conforme demonstrado(1, 13). Dessa maneira, não se permite as usuárias uma escolha livre e informada (3). Além da falta de conhecimento sobre os métodos contraceptivos, muitas vezes as usuárias podem ter vergonha e medo em expor sua vida sexual, como citado em um dos artigos(10)

Em um estudo(4) com o objetivo de verificar o conhecimento, a atitude e a prática de mulheres de uma comunidade rural, quanto a métodos contraceptivos, foi constatado que 56% das mulheres receberam orientação sobre planejamento familiar, de profissionais da saúde, porém o restante foi através de amigas, meios de comunicação, por conta própria e por balconistas de farmácia. Embora a maioria das mulheres tenha sido orientada por profissionais capacitados, ainda há um alto índice de mulheres sem um acompanhamento ideal, ficando vulneráveis a possíveis distúrbios e falhas dos métodos.

Todavia, nem todos os profissionais de saúde orientam de forma adequada. Nesse sentido, o artigo 13 alertou para a necessidade do aconselhamento de um profissional capacitado para conhecer, avaliar e criar maior vínculo para que se possa decidir junto com o adolescente qual o método contraceptivo mais adequado. Esse aconselhamento deve ser diferenciado de acordo com sua faixa etária, necessidades individuais, história pessoal e tratado com sigilo.

Esses precisam ter conhecimento sobre os prós e contras de cada método contraceptivo e seus efeitos colaterais indicando-os de acordo com a singularidade e particularidade de cada pessoa ou casal, de cada adolescente. Associado à

informação espera-se que ambos obtenham comum acordo em relação às escolhas adotadas.

Além disso, foi destacada a necessidade de recursos estruturais e humanos específicos no atendimento aos adolescentes, por meio da utilização de materiais didáticos para que os usuários entendam de forma clara as diferentes opções dos métodos contraceptivos disponíveis para uso, e também de instrumentos adequados para a realização de exames clínicos e ginecológicos básicos (13).

Um fator a ser analisado é a alta prevalência de métodos contraceptivos femininos e a baixa participação do gênero masculino no planejamento familiar. Nenhum artigo trouxe como sujeito homens/meninos. Isso pode estar relacionado ao fato de que a sociedade ainda é altamente patriarcal responsabilizando apenas as mulheres pela concepção e contracepção (3, 6, 13).

Isso pode ser observado em uma pesquisa (9) que investigou a faixa etária de iniciação sexual. Um dos aspectos identificados foi a ausência do uso de método contraceptivo na primeira relação sexual entre 414 adolescentes (49%), seguido de 287 (34%) que usaram métodos hormonais e 42 (5%) os métodos de barreira. Fazendo uma análise comparativa entre os grupos etários foi observado que na faixa dos 10 aos 16 anos, 33 delas tiveram a laqueadura das trompas como método de escolha, enquanto que na adolescência tardia (17-19 anos) apenas seis utilizaram esse método.

Cabe destacar que a laqueadura não é um procedimento comum entre adolescentes/jovens, esse só é permitido no Brasil quando a mulher tem no mínimo 25 anos de idade ou pelo menos dois filhos vivos, porém há casos de distúrbios psiquiátricos, onde impossibilitam a mulher de fazer tratamento contraceptivo, onde a única opção seria a esterilização e também casos onde uma futura gestação pode colocar em risco a saúde da mulher e do concepto.

Outro estudo (8) divulgou que o método mais utilizado nas menores de 14 anos e no grupo de 17 a 19 anos de idade foram os contraceptivos hormonais injetáveis. No entanto, no grupo de 14 a 16 anos de idade, predominou o uso de ACO.

Em relação a participação da figura masculina no planejamento familiar, percebe-se uma baixa adesão. Esse fator apresenta-se associada a gestação não planejada, conforme observado em estudo que teve como objetivo identificar fatores associados à ocorrência de gravidez não planejada no Município de Rio Grande (6).

Foi constatado que 65% das participantes, não planejaram a gravidez, sendo que nesses casos houve a prevalência de reações negativas do pai e a ausência desse durante a gestação. Por outro lado, quando a gravidez foi planejada os pais demonstraram reações mais positivas e apoio paterno (6).

A ausência do pai, ou reação negativa pode afetar na estabilidade do relacionamento, e esse fator pode ser associado ao desejo de não continuar a gestação. Em um estudo (11), que buscou caracterizar os principais fatores determinantes para o abortamento, foi observado que o aborto provocado prevaleceu entre as mulheres de 20 a 29 anos, seguido das adolescentes de 15 a 19 anos. As causas que podem levar ao desejo de abortamento foram, principalmente, a condição financeira, falta de apoio do parceiro, medo entre outros. Para prevenção de uma gestação não planejada e/ou abortamento é necessário problematizar a educação sexual e o planejamento familiar, além buscar estratégias que promovam a atitude sexual responsável.

A educação em saúde entre os adolescentes mostra-se cada vez mais necessária frente ao elevado número de abortamento, de gestações não planejadas (6, 8) e principalmente pela precocidade da iniciação sexual.

Um estudo (9) que investigou a relação entre a iniciação sexual e fecundidade, planejamento familiar e presença de lesões cervico-uterinas, constatou que a média de idade foi de aproximadamente 16 anos, porém ao individualizar as adolescentes em grupos etários, notou-se que 15% tiveram sua iniciação sexual aos 13 anos. Nessa faixa etária os adolescentes estão suscetíveis a riscos, principalmente porque não costumam conversar com ninguém sobre a decisão de iniciar a atividade sexual.

Tendo em vista a vulnerabilidade dos adolescentes, a iniciação sexual cada vez mais precoce e a precária qualidade de informações sobre saúde sexual que chega até eles, é importante criar estratégias que busquem maior divulgação sobre os métodos contraceptivos e sua correta forma de usar, para que não ocorra automedicação, uso incorreto, abusivo e sem orientações (7, 9, 12). Uma maneira de melhorar os problemas relacionados a essa temática é o fortalecimento do vínculo entre usuário e equipe de saúde nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), pois é nesse serviço que se tem um atendimento contínuo e longitudinal, abrangendo os contextos sócio familiares onde estão inseridos estes adolescentes (4).

3.2 Sobre os Agentes Comunitários de Saúde

O programa de agentes comunitários de saúde (PACS) foi criado na década de 90 e, foi instituído, oficialmente, em 1997 (BRASIL, 2001). Surgiu na Região Nordeste como forma de buscar alternativas para atuar juntos às comunidades melhorando a qualidade de vida.

Esse programa tinha como objetivo inicial a prevenção de doenças por meio da informação e orientação sobre a saúde e buscava o vínculo efetivo entre as comunidades e as unidades básicas de saúde por meio de ações, principalmente, pelos ACS (BRASIL, 2001).

O ACS é uma pessoa escolhida dentro da própria comunidade para atuarem junto à população. Por causa dessa característica ele é considerado uma extensão do serviço de saúde, já que é membro da comunidade e possui maior envolvimento pessoal. Ser um ACS é ser um trabalhador que se identifica com seu meio, principalmente em relação à cultura, linguagem e costumes (BRASIL, 2009).

Um ACS atende de 400 a 750 pessoas em sua comunidade e, para manter um bom processo de trabalho, deve se envolver, sob supervisão competente, com as seguintes ações educativas e coletivas: visitar as famílias pelo menos uma vez ao mês; identificar situações de risco e encaminhar aos setores responsáveis; pesar e medir mensalmente as crianças menores de dois anos e registrar; incentivar o aleitamento materno; acompanhar a vacinação das crianças e gestantes; orientar as famílias sobre prevenção e cuidados com diarreias e desidratação em crianças; encaminhar gestantes para o pré-natal; orientar sobre o planejamento familiar; orientar sobre prevenção de IST's; orientar prevenção e cuidados em situações endêmicas; monitorar dermatoses e parasitoses em crianças; alertar quanto a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama; ações educativas em relação ao climatério; educação nutricional; educação em saúde bucal com ênfase nas crianças; supervisionar tratamentos domiciliares; promover a saúde do idoso e identificar portadores de deficiências psico-física e orientar as famílias para apoio necessário (BRASIL, 2001).

Para que se consiga cumprir com essas ações é necessário estabelecer uma rotina contendo tarefas como: cadastramento/diagnóstico das famílias e fornecendo informações específicas de cada pessoa; mapeamento, que consiste em um mapa

de localização das residências; identificação de micro áreas de risco; realização de visitas domiciliares; ações coletivas e intersetoriais (BRASIL, 2001).

Vale lembrar que todas as atividades desenvolvidas pelos ACS são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro lotado na unidade básica de saúde no qual atuam. Esse enfermeiro também é responsável pela capacitação dos ACS que serão desenvolvidas de acordo com o estabelecimento do diagnóstico da área (BRASIL, 2001).

O papel do ACS em relação à população adolescente é identificá-los, de acordo com cada micro área de abrangência, e planejar atividades relacionadas à orientação quanto ao esquema vacinal, sexualidade, IST's, planejamento familiar, gestação, uso de álcool e outras drogas, importância da formação escolar, redução de violência e acidentes, estímulo a atividade física, hábitos saudáveis e saúde bucal (BRASIL, 2001).

O vínculo é muito importante na atenção à saúde, principalmente quando se trabalha com adolescentes, e o ACS tem papel primordial nesse sentido. Ele estabelece uma ligação entre equipe de saúde e adolescentes, porém vai muito além do que apenas um elo. Um estudo realizado em Campinas (NASCIMENTO; CORREA, 2008) mostra que os ACS dão voz ou se tornam a voz da comunidade dentro dos serviços de saúde, que significa que eles levam as necessidades da população para dentro dos serviços de saúde.

Não existe nenhum preparo prévio sobre o trabalho com adolescentes, e o nível de conhecimento e entendimento sobre o assunto, muitas vezes se dá pelas experiências cotidianas no exercício da função. Os ACS acreditam que ações educativas têm papel primordial para um bom desenvolvimento dos adolescentes, até por que influencia a relação de confiança, afeto e respeito, o que facilita na hora de abordar questões referentes à promoção da saúde (AMORIM; QUEIROZ; BRASIL, et al., 2014).

Sendo assim, ressalto a importância desse trabalho que trará à tona as dúvidas, facilidades e dificuldades que os ACS enfrentam ao trabalharem com a saúde dos adolescentes e, possivelmente, tornar possível uma futura educação permanente sobre o assunto.

3.3 Do foco reprodutivo ao planejamento familiar

No começo do século XX surgiu, na Europa e Estados Unidos, um conceito de que a pobreza e a miséria estavam associadas ao crescimento populacional. O Brasil, nessa época, era voltado para a indústria cafeeira e visava a expansão da economia, através de mão de obra, porém não era garantida a inserção no mercado de trabalho a todas as pessoas (COSTA, 1996).

Naquela época as cidades cresceram sem política sanitária expandindo-se a pobreza, a marginalização, as doenças e, conseqüentemente, o aumento da mortalidade infantil (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000).

Ainda que o Brasil tenha adotado uma postura pró-natalista, na década de 60, ele foi submetido à política externa e as pressões americanas que forçaram a entrada de entidades que tinham como objetivo controlar a taxa de natalidade dos países pobres (COSTA, et al., 2013).

Os primeiros métodos contraceptivos inseridos no Brasil foram os anticoncepcionais orais, método hormonal reversível mais utilizado no mundo, e uma medicação de fácil acesso. Dessa forma, surgiram alguns problemas de saúde pública, pois as mulheres começaram a aderir a métodos hormonais sem assistência adequada e sem conhecimento, tornando-se cada vez mais dependentes do sistema médico (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000).

Atualmente existem diversos tipos de métodos contraceptivos no mercado, sendo que o ACO nem sempre é o método de primeira escolha. Um estudo realizado com 3.465 mulheres identificou a alta taxa de descontinuação do uso do método, tendo como fatores determinantes os efeitos colaterais, desejo de engravidar, cefaleia, sangramento uterino irregular e ganho de peso (BAHAMONDES et al., 2011).

No início do século XX as ações e os programas para as mulheres eram voltados exclusivamente para aspectos referentes à gestação e ao parto. Isso por que a saúde da mulher, por longo tempo, esteve atrelada ao binômio mãe-bebê.

A primeira vez que se discutiu sobre saúde materna foi em 1975 com o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PMI). Por meio desse programa apenas as mulheres que tinham filhos é que dispunham de acesso gratuito aos métodos contraceptivos. Somente em 1983 foi criada, sob reivindicações

feministas, uma política exclusiva para as mulheres, o Programa Nacional de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000).

Esse programa caracterizou-se como um marco histórico, pois incorporou a atenção à saúde focada nas particularidades do gênero feminino. Centralizado nos princípios de integralidade e equidade das ações, o PNAISM propunha uma assistência global à saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital e não apenas no ciclo gravídico-puerperal. Apesar do programa ter significado um avanço em termos de direitos reprodutivos para as mulheres, enfrentou dificuldades políticas, financeiras e operacionais para a implementação mais efetiva no cotidiano das mulheres brasileiras (BRASIL, 2013).

A partir do estabelecimento do SUS, em consonância com os preceitos da Constituição Federal de 1988, o planejamento familiar foi destacado como uma necessidade, obtida por meio da livre decisão do casal, sendo o Estado responsável por disponibilizar recursos educacionais e científicos para desempenho desse direito (BRASIL, 1988).

No que se refere à atenção voltada ao adolescente, em 1989, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) para aqueles entre 10 a 19 anos de idade. Esse programa tinha ênfase nas ações educativas e promovendo o empoderamento dos adolescentes para tornarem-se multiplicadores de saúde (JAGER et al., 2014). Em 1990 surge o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que preconiza a prioridade absoluta na atenção integral das crianças e dos adolescentes. O ECA reassegura o direito à vida e a saúde, permitindo um crescimento e desenvolvimento, da criança e do adolescente, harmonioso em condições dignas de existência (BRASIL, 2012). Esse estatuto assegura os direitos do adolescente quanto à privacidade, à preservação do sigilo e ao consentimento informado.

Isso significa que o adolescente tem direito a uma consulta individual em espaço adequado e reservado, incluindo ações que se referem ao planejamento familiar. Nesse sentido, deve ser garantido que tudo que for abordado não será informado aos pais e/ou responsáveis, desde que não haja riscos para o adolescente ou para outrem. Esse direito favorece o diálogo sobre questões de saúde sexual e saúde reprodutiva (BRASIL, 2013).

Em 1994 houve a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo, que concedeu um novo papel à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos. Nela, foi abandonada a ideia de que limitar o crescimento populacional combate pobreza e desigualdade. No ano seguinte, aconteceu a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, reafirmando o acordo feito na CIPD o que trouxe um avanço quanto aos direitos sexuais e reprodutivos por serem destacados como Direitos Humanos (BRASIL, 2013).

Na CIPD foi definido como saúde reprodutiva:

A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho saudável. (NACIONES UNIDAS, 1995, p. 37).

Esta declaração mostra o avanço de que a saúde sexual e reprodutiva teve. Ela foi formalizada como concernente ao planejamento familiar e ao enfrentamento da violência sexual. O Estado deve proporcionar meios de os usuários terem autonomia de decidir como planejar sua família, quais métodos contraceptivos utilizar ou não e terem acesso a um pré-natal, parto e puerpério seguros.

Após esses acontecimentos, em favor dos direitos de saúde sexual e saúde reprodutiva, foram estabelecidos os direitos reprodutivos e direitos sexuais (BRASIL, 2013):

Direitos reprodutivos:

- O direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas;
- O direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos;
- O direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.

Direitos sexuais:

- O direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições, e com total respeito pelo corpo do (a) parceiro(a);
- O direito de escolher parceiro(a) sexual;
- O direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças;
- O direito de viver a sexualidade, independentemente de estado civil, idade ou condição física;
- O direito de escolha à relação sexual.
- O direito de expressar livremente a orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade;
- O direito de ter relação sexual, independentemente da reprodução.
- O direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez e de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e Aids;
- O direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação;
- O direito à informação e à educação sexual e reprodutiva.

Nessa linha do tempo, destaca-se a Lei n. 9.263/1996 que trata do Planejamento Familiar no Brasil. Essa lei incorpora muito do que havia sido discutido anteriormente, no país, sobre o planejamento familiar, enquanto um direito da mulher, do homem e do casal, fazendo parte do conjunto de ações de atendimento global e integral à saúde, além de proibir qualquer medida coercitiva (BRASIL, 1996).

Com isso, observa-se que a saúde sexual e reprodutiva passa a ser valorizada e discutida pelos governantes, sendo encarada como uma necessidade para o progresso saudável da população. Para reiterar os acordos, em 2000, foi realizada a Conferência do Milênio, no qual participaram 189 países, incluindo o Brasil, que assinaram a Declaração do Milênio. Dentre os oito objetivos do milênio, quatro têm relação com a saúde sexual e reprodutiva, são eles: a promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; a melhoria da saúde materna; o combate ao HIV/Aids e outras doenças; e a redução da mortalidade infantil (Nações Unidas, 2000).

Em 2004, o Ministério da Saúde, em parceria com diversos setores da sociedade, elaborou o PAISM, com o intuito de garantir os direitos humanos das mulheres e reduzir taxas de morbimortalidade preveníveis e evitáveis. Esse

programa buscou atender as fragilidades do PNAISM, de 1984, por meio de avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, da melhoria obstétrica e do planejamento familiar, da atenção ao abortamento inseguro e do combate à violência doméstica e sexual, inclusive entre adolescentes (BRASIL, 2004).

Em 2007 foi lançado pelo Ministério da Saúde o Marco Legal da Saúde dos Adolescentes que reforça a proteção aos direitos dessa população, o pleno exercício do seu direito fundamental à saúde, no âmbito nacional e internacional. O Marco Legal traz subsídios para os profissionais de saúde, gestores estaduais e municipais, órgãos e instituições que atuam na área de saúde do adolescente, para elaboração de políticas públicas que incentivem a divulgação e discussão pela sociedade sobre os direitos dos adolescentes (BRASIL, 2007).

Nesse mesmo ano também foi instituído pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. Essa, que está alicerçada nos princípios do SUS, reconhece que os adolescentes/jovens são seres humanos em desenvolvimento e, portanto, precisam de atenção especial. Enfatiza a Atenção Básica como um espaço ideal para se trabalhar com esse público, considerando a possibilidade de acompanhamento longitudinal e desenvolvimento de atividades educativas, promovendo a saúde, prevenindo agravos e permitindo a participação juvenil no seu próprio cuidado (BRASIL, 2013).

Como forma de garantir os direitos sociais previstos na Constituição de 1988 e pela notável vulnerabilidade dos adolescentes e jovens, o Ministério da Saúde propôs as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Essa sensibiliza os gestores para uma visão holística e para uma assistência que aborde as necessidades específicas dessa população. Tal documento apregoa a importância de um atendimento em espaços humanizados, que favoreçam o vínculo e o acolhimento. Os adolescentes/jovens precisam participar na construção do seu processo terapêutico para que se envolvam no seu próprio cuidado e apoiem a equipe de saúde (BRASIL, 2010).

Para melhor adesão dos adolescentes/jovens no seu próprio cuidado, deve-se considerar as vulnerabilidades e riscos que essa faixa etária está sujeita. Atividades grupais podem ser uma estratégia eficaz, pois os adolescentes/jovens precisam sentir-se parte de um grupo, serem ouvidos e respeitados. É exatamente nesses espaços que podem ser realizadas ações pela equipe de saúde, para construção de

uma rede de proteção e garantia dos seus direitos. Produzir saúde com os jovens significa valorizar sua participação, acreditar que eles podem aprender a lidar com seus problemas, exercer autonomia e fazer com que entendam a importância dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2010).

Como forma de promover uma atenção integral, continuada e longitudinal, a atenção básica ou atenção primária à saúde é a porta de entrada para a maioria das necessidades e problemas. A saúde sexual e reprodutiva são temas importantes de serem trabalhados nas ações da atenção básica afim de contribuir para uma melhor qualidade de vida e de saúde (BRASIL, 2013).

3.4 Descrição dos métodos contraceptivos

Na Lei 9.263 de 1996, em seu artigo 9º, diz que para o exercício do planejamento familiar são fornecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas e que garanta a liberdade de escolha (BRASIL, 1996).

Para que os direitos, citados na lei, se concretizem, é necessário que os profissionais de saúde conheçam sobre os métodos contraceptivos fornecidos, suas vantagens e desvantagens e efeitos colaterais. Com esse conhecimento, o atendimento no planejamento familiar pode ser mais eficiente, fazendo com que os usuários sejam capazes de decidir junto à equipe qual o melhor método a ser usado, de acordo com as particularidades de cada um.

É importante ressaltar que o planejamento familiar não é apenas a escolha do método contraceptivo, mas sim uma oferta de informações, de aconselhamento e de acompanhamento clínico, para que os usuários se sintam seguros caso haja algum desconforto na escolha do método e possam recorrer à equipe (BRASIL, 2013).

Por causa da realidade mundial sobre os altos índices de IST's, recomenda-se o uso de dupla proteção, que é dada pela combinação de preservativo e algum outro método contraceptivo. Assim, é possível a prevenção tanto da gestação indesejada, quanto de infecção por IST's (BRASIL, 2013).

Essa recomendação é baseada na classificação desses insumos, divididos em métodos contraceptivos reversíveis (hormonais, preservativo masculino e

feminino, diagrama e dispositivo intrauterino) e não reversíveis (laqueadura e vasectomia).

Dentre todos os métodos contraceptivos que serão citados, há os que são mais recomendados para os adolescentes/jovens, pois nessa época da vida eles estão passando por transformações, medos, inseguranças e vergonha para conseguir abrir suas dúvidas para a família e/ou equipe de saúde e, assim estão mais vulneráveis. Antes de citar os mais recomendados, vale lembrar que a escolha do método deve ser feita junto com o(a) adolescente e o profissional médico ou enfermeiro, analisando cada caso individualmente com suas particularidades, necessidades, queixas e incertezas (POLI et al., 2009) e, esse conhecimento integral de cada indivíduo possa ser obtido através do vínculo entre adolescente e agente comunitário.

Segundo Bouzas e Eisenstein (2004), na decisão sobre o método contraceptivo para adolescentes, devem ser levados em consideração os seguintes aspectos: conhecimento das características específicas da adolescência, do contexto social e familiar da adolescente; adequada orientação e transmissão das informações sobre o método, para perfeita compreensão pela adolescente; acompanhamento e assistência ginecológica contínua durante o uso do método contraceptivo

A seguir será apresentado os principais métodos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, e que são fornecidos pela rede de atenção do SUS: métodos hormonais (oral e injetável), métodos de barreira (preservativo masculino e feminino e diafragma) e o método intrauterino (DIU)

3.3.1. Métodos Hormonais

- Oral

Os anticoncepcionais orais combinados e os injetáveis mensais são recomendados para os adolescentes pois tem fácil reversibilidade e podem ser usados desde a primeira menstruação (POLI et al., 2009).

A pílula combinada de baixa dosagem (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg) tem o mecanismo de ação compreendendo a inibição da ovulação e tornando o muco cervical espesso, o que dificulta a passagem do espermatozoide. Tem uma boa eficácia quando usadas de forma adequada, sua taxa de falha é 0,1% no primeiro ano de uso, com o uso rotineiro sua taxa de falha aumenta de 6 a 8%, porém o esquecimento da ingestão ou alterações na posologia podem interferir (BRASIL, 2013).

Além disso, algumas medicações diminuem a eficácia dos ACO como, por exemplo, rifampicina, antibióticos em geral, anticonvulsivantes e antirretrovirais. Existem casos em que o ACO inibe o efeito de outra droga, nesse grupo estão anticonvulsivantes, antidepressivos, teofilina, certos benzodiazepínicos e anticoagulantes. No caso de vômito até quatro horas após a ingestão de um comprimido, o efeito contraceptivo pode ser prejudicado, assim é recomendado utilizar método de barreira até o final da cartela de comprimidos. Não há interações com bebidas ou alimentos (BRASIL, 2013).

Frente a isso, é importante que os ACS conheçam as principais interações entre os anticoncepcionais orais e outras drogas para fornecer orientações adequadas as usuárias desse método. Além disso, podem auxiliar no manejo de ingestão, ou seja, auxiliando de forma que a adolescente adote estratégias para evitar o esquecimento, tal como sempre no horário do café, ou após escovar os dentes, etc.

Algumas vantagens desse método são a possibilidade de ciclos menstruais regulares, diminuição da frequência e intensidade da dismenorrea, além de existir contraindicação para faixa etária (BRASIL, 2013). Por outro lado, podem causar alguns efeitos colaterais, como por exemplo: náusea, vômito e mal-estar gástrico (no primeiro trimestre), leve ganho de peso, alterações do ciclo menstrual, retenção de líquido, entre outros. Uma das complicações mais comuns é a trombose venosa profunda (BRASIL, 2013).

Há também a chamada minipílula (noretisterona 0,35 mg), seu uso é indicado em situações que se deve evitar o estrógeno, como por exemplo: puerpério de mãe que amamenta, hipertensão arterial sistêmica, passado de tromboflebite, entre outros (POLI et al., 2009).

Seu mecanismo de ação é diferente das pílulas combinadas, inibe a ovulação em APENAS 15 a 40% dos casos, agindo principalmente sobre o endométrio e

espessamento do muco cervical. Esse método é utilizado geralmente nas lactantes, pois sua taxa de falha é de 0,5%, e quando usada de forma adequada e nos primeiros seis meses de amamentação exclusiva ela oferece alta taxa de proteção (BRASIL, 2013).

As vantagens são principalmente para as puérperas que desejam um ACO, pois não alteram a quantidade e a qualidade do leite materno. As desvantagens da minipílula são cefaleia, alterações do fluxo menstrual e sensibilidade mamária (BRASIL, 2013).

Os efeitos secundários mais comuns são amenorreia e sangramentos irregulares, nesses casos é importante orientar a usuária de que são manifestações normais e oferecer troca de método, se intolerável (POLI et al., 2009). Devido aos efeitos secundários, menor eficácia e alteração menstrual exagerada, esse método não é recomendado aos adolescentes

Ainda na classe dos anticoncepcionais orais, existe a contracepção de emergência (CE), popularmente conhecida como “pílula do dia seguinte” (levonorgestrel 0,75 mg). Ela é utilizada em caso de relação sexual desprotegida, e atua por um curto período de tempo nos dias seguintes a relação. Tem como objetivo a prevenção de gestação inoportuna ou indesejada (BRASIL, 2011).

A CE pode ser realizada com a administração de um comprimido de 0,75 mg a cada 12 horas, ou preferencialmente, dois comprimidos de 0,75 mg, em dose única. Pode ser utilizado a primeira dose do levonorgestrel até no máximo, 72 horas após a relação sexual desprotegida, sendo que o tempo compromete a eficácia do método, ou seja, ele tem uma taxa de falha de 5% nas primeiras 24 horas e vai aumentando após esse tempo (BRASIL, 2011).

Esse método altera o desenvolvimento dos folículos, impedindo a ovulação ou a retardando por vários dias. A ovulação é impedida em quase 85% dos casos, assim os espermatozoides não terão contato com o óvulo (BRASIL, 2011).

Existem dois mecanismos de ação desse método, o primeiro é se ele for administrado próximo ao momento da rotura folicular, nesse caso existirá pouca chance de impedir a ovulação, o que justifica grande parte dos casos de falha desse método. Num segundo momento se for administrado após a fase de ovulação, ele age modificando a viscosidade do muco cervical, dificultando a passagem dos espermatozoides em direção ao óvulo (BRASIL, 2011).

Geralmente a CE é bem tolerada pela maioria das mulheres, algumas vezes ocorrem efeitos indesejados, dentre eles os mais frequentes são náusea e vômitos. Outros efeitos que podem ocorrer com menor frequência são dor mamária, cefaleia e vertigens de curta duração (BRASIL, 2011).

A CE pode ser utilizada em qualquer etapa da vida reprodutiva e fase do ciclo menstrual na prevenção da gravidez, porém não deve ser estimulada livremente. A principal indicação é para situações emergenciais como estupro, ruptura do preservativo, expulsão do DIU, esquecimento de duas ou mais pílulas anticoncepcionais de progestôgeno, entre outros (CONSTANTINO, 2010).

No que se refere as adolescentes, após muitas discussões foi aprovada a Resolução CFM 1.811/06, que trata da prescrição da CE para esse público alvo. Considerando que a anticoncepção de emergência, em caso de ocorrência de fecundação, não causa interrupção do processo gestacional; considerando que o objetivo da anticoncepção de emergência é evitar a gravidez e que mesmo nos raros casos de falha do método não provoca danos à evolução da gestação; considerando que a anticoncepção de emergência contribui para a diminuição da gravidez indesejada e do aborto provocado, o método deve ser prescrito as adolescentes, sempre acompanhado de orientação (CONSTANTINO, 2010)

- Injetável

Sobre os contraceptivos hormonais injetáveis existem dois tipos, o de administração mensal (combinado) e trimestral (apenas progestágeno). São uma boa opção para as mulheres que tem alterações gástricas e/ou esquecem de tomar diariamente o ACO (POLI et al., 2009).

A injeção mensal é composta de enantato de norestisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg e deve ser administrada via intramuscular e iniciada até o quinto dia do ciclo e as próximas a cada 30 dias. O mecanismo de ação é muito parecido com o ACO que inibem a ovulação e tornam o muco cervical mais espesso, tem uma taxa de falha de praticamente zero e sua reversibilidade acontece em torno de 60 a 90 dias após o seu uso. Seu principal efeito secundário é o de irregularidades menstruais e, são relatadas também pelas usuárias a cefaleia, ganho de peso e mastalgia (POLI et al., 2009).

Os benefícios do uso desse método são diminuição da dismenorreia e ajudam na prevenção de problemas como gravidez ectópica, câncer de endométrio, câncer de ovário, entre outros. Seu uso não é recomendado entre as puérperas, lactentes e fumantes, por oferecer risco de acidentes vasculares, trombozes venosas profundas e infarto do miocárdio (BRASIL, 2013).

Existe também o anticoncepcional injetável trimestral, que é composto apenas por progestogênio(acetato de medroxiprogesterona 150 mg) semelhante ao produzido pelo organismo feminino. O mecanismo de ação é o mesmo do anticoncepcional mensal, também promove uma atrofia do endométrio o que pode causar amenorreia. Ele é administrado via intramuscular a cada 90 dias, com 15 dias de tolerância (BRASIL, 2013).

Os pontos positivos desse método são a diminuição da gravidez ectópica, câncer de endométrio, doença inflamatória pélvica, mioma uterino, pode ser usado em lactentes entre outros (BRASIL, 2013).

Alguns efeitos secundários desse método incluem irregularidades menstruais, *spottings* (manchas), ou sangramentos abundantes. Os efeitos levam de seis a oito meses para cessar após a última injeção. Alguns riscos também devem ser destacados como redução da densidade mineral óssea - que pode ocasionar perda óssea progressiva e osteoporose - e alterações no metabolismo lipídico (BRASIL, 2013) Esses fatores fazem com que esse método não seja recomendado para os adolescentes e, ainda tem baixa reversibilidade (COSTEIRA, 2003).

3.3.2 Métodos de Barreira

Os métodos de barreira são aqueles que como o próprio nome diz, impedem a migração do espermatozoide até o óvulo. Atualmente os que são oferecidos pelo Ministério da Saúde são o preservativo masculino, preservativo feminino, diafragma (BRASIL, 2013).

Os preservativos masculino e feminino devem ser usados em todas as relações sexuais, independente de se usar algum outro tipo de anticoncepcional ou não. Ele é distribuído pelo Ministério da Saúde em diferentes tamanhos visando

atender as especificidades dos adolescentes. Com essas afirmações, é um dos métodos mais indicados para os adolescentes (POLI et al., 2009).

O preservativo masculino é um envoltório para o pênis geralmente constituído de uma fina membrana de látex. É colocado no pênis ereto logo antes da relação sexual. Com exceção do preservativo feminino, é o único que previne a gestação e as IST's ao mesmo tempo (POLI et al., 2009).

Esse exige alguns cuidados na preservação da qualidade, tais como: manter íntegro, abrir corretamente evitando comprometer a integridade; colocar antes da penetração atentando para retirada do ar que fica na extremidade. É livre de efeitos colaterais, salvo em raros casos de alergia ao látex (POLI et al., 2009).

Outro método que veio com objetivo de ampliar as estratégias para prevenção de IST's foi o preservativo feminino. Ele chegou ao Brasil em 1990, mas só em 2000 que passou a ser fornecido pelo Ministério da Saúde (UNFPA, 2011).

Constitui-se de uma bolsa cilíndrica feita de plástico fino (poliuretano), transparente, possui dois anéis flexíveis, um em cada extremidade, sendo uma delas oclusa. É introduzida, antes da relação sexual, na vagina pela parte oclusa devendo alcançar o fundo, enquanto que o anel aberto fica no exterior em contato com a vulva, possibilitando a penetração do pênis (POLI et al., 2009).

Tem a mesma função do preservativo masculino, impedir que os espermatozoides migrem para o óvulo e protege contra IST's. Quando usada corretamente a taxa de falha para gravidez é de 5%. Algumas vantagens podem ser observadas como: maior autonomia à mulher; parece não haver condições clínicas que limitem seu uso; pode ser colocado até oito horas antes da relação sexual, evitando interrupções no ato sexual; o poliuretano é mais resistente que o látex usado no preservativo masculino; não apresenta efeitos colaterais (BRASIL, 2013).

Até aqui foram citados os métodos de barreira que protegem tanto para uma gravidez não desejada, quanto para a prevenção de IST's. Agora será comentado o método que é de barreira, porém só previne a gestação, o diafragma.

O diafragma é uma membrana de silicone em forma de cúpula, circundada por um anel flexível. Seu uso deve ser recomendado por um profissional da saúde, enfermeiro ou médico, para que se faça a medida da vagina, pois possui tamanhos diferentes de diafragma, e faça uma capacitação de autoexame, para que esse seja inserido de modo que cubra a cérvix e a parede vaginal anterior (POLI et al., 2009).

Esse método impede a entrada dos espermatozoides no óvulo e trompas, porém é recomendado que seja usado concomitantemente com cremes espermicidas para aumentar sua eficácia, porém o próprio espermicida pode causar irritação e existem algumas críticas sobre esse método que pode alterar a flora vaginal aumentando a ocorrência de vaginoses. Há muitos questionamentos sobre seu uso e a maneira correta de utilização e, por isso não é recomendado que seja de primeira escolha (POLI et al., 2009).

Seu uso deve ser muito bem orientado pois ele só pode ser retirado de seis a oito horas após a relação sexual, higienizar com água e sabão, secá-lo e guarda-lo em lugar seco e fresco (BRASIL, 2006). Não são indicados para o público adolescente pois exige grande participação e colaboração por parte da usuária (COSTEIRA, 2003).

Por outro lado, o Caderno de Atenção Básica nº 26 indica para o público adolescente e afirma ser um ótimo método para uma paciente bem orientada (BRASIL, 2006).

3.3.3 Dispositivo Intrauterino

O último método apresentado aqui e fornecido pelo Ministério da Saúde é o DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre). Esse dispositivo é pequeno e feito de plástico flexível, no qual pode ser adicionado cobre ou hormônios e é inserido na cavidade uterina exercendo função contraceptiva (BRASIL, 2013).

O DIU de cobre impede a fecundação porque dificulta a passagem do espermatozoide para o trato reprodutivo feminino. O cobre também estimula uma reação anti-inflamatória ou reação a presença de corpos estranhos no útero, são raros os espermatozoides que conseguem passar para as trompas de falópio, no entanto os que conseguem não são aptos para a fertilização (BRASIL, 2013).

O DIU Tcu-380 A é o mais eficaz e sua taxa de falha é de 0,4%. Quando colocado corretamente por profissional de saúde treinado, pode permanecer no útero por dez anos, porém pode ser removido se a usuária desejar ou se houver algum problema. A efetividade se mantém durante todo o período de uso, recuperando a fertilidade logo após a remoção (POLI et al., 2009).

Existem alguns efeitos secundários (5 a 15% dos casos) que podem ser alteração no ciclo menstrual (comum no primeiro trimestre), hipermenorreia, sangramento e manchas e cólicas. E algumas complicações incluem: gravidez ectópica; perfuração (0,1%); expulsão do DIU; hemorragia (BRASIL, 2013).

O DIU de cobre oferece diversas vantagens por ser um método de longa duração, evitando o esquecimento do cuidado contra a gravidez não planejada. Ele não interfere nas relações sexuais, não oferece efeito colateral por não usar hormônios e por consequência pode ser usado no período de lactação. Não oferece proteção contra IST's, portanto recomenda-se o uso de preservativo junto (BRASIL, 2013).

O DIU de cobre deve ser usado com cautela nas adolescentes menores de 19 anos e nulíparas. Existe o risco de expulsão do dispositivo e de infecções em mulheres muito jovens. O DIU só é indicado para adolescentes com parceiro sexual fixo pois assim existe menor risco de contrair IST's (BRASIL, 2013)

3.3.4 Métodos comportamentais

Além dos métodos hormonais, de barreira e intrauterino, existem também os métodos comportamentais no qual se tem a abstenção periódica do ato sexual no período fértil, caso não queira uma gestação ou concentração de relações nesse período, caso o desejo seja contrário. Para isso a mulher precisa conhecer seu corpo e conseguir notar as alterações que ocorrem durante o ciclo. Os métodos incluem *Ogino-Knaus* ("tabelinha"), *Billings* (muco cervical), método da curva da temperatura basal, método de relação sem ejaculação na vagina ("coito interrompido") (POLI et al., 2009). Os métodos comportamentais são pouco recomendados para os adolescentes pois exigem disciplina e conhecimento aprofundado sobre seu corpo (BRASIL, 2006)

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Pesquisa descritiva exploratória de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa oferece oportunidade de estudar questões particulares, que não podem ser quantificadas (MINAYO, 2002).

A pesquisa qualitativa possibilita conhecer pensamentos individuais que contribuem ou não para a concretização das ações. O conjunto de fenômenos faz parte da realidade social, pois o ser humano, como ser racional, além de fazer, pensa sobre o fazer e interpreta seus atos a partir do que vive, juntamente com seus semelhantes. Permite conhecer e aprofundar as crenças, atitudes, comportamentos, opiniões sobre certo objeto, por isso mostra-se relevante para o tema em pauta (MINAYO, 2002).

A pesquisa descritiva tem como objetivo observar, registrar e analisar fenômenos ou sistemas técnicos. Pode ser entendida como um estudo de caso que, após a coleta de dados é realizada uma análise entre as variáveis (MINAYO, 2002).

Entende-se por pesquisa exploratória a realização de exploração do material obtido. Ao final da coleta de dados, é elaborado uma condensação interpretativa através de texto para que se consiga debater sobre os achados do tema proposto (MINAYO, 2002).

4.2 Local do estudo

O local para esta pesquisa foi uma Unidade Básica de Saúde da Família do município do Rio Grande/RS. Na época do estudo a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, realizava suas atividades práticas, nesta unidade. Ali contemplam os bairros Castelo Branco I, Santa Rita de Cássia e Profilurb, e tem uma população adscrita entre 3.500 e 4.000 habitantes, sendo divididos em duas áreas.

A UBSF é formada por duas equipes que atendem as áreas 5 (A= 05) e a área 6 (A= 06). Cada área possui 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e 6 ACS. Há também 1 odontóloga e 1 auxiliar de saúde bucal que atendem ambas

as áreas. A equipe ainda conta com o suporte do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), composto por: 1 Educador Físico, 1 Psicólogo, 1 Nutricionista, 1 Fisioterapeuta e 1 Assistente Social.

A unidade também recebe grande fluxo de estagiários dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina e, mais atualmente, Educação Física. Pode-se perceber que, mesmo as equipes da UBSF serem estruturadas de forma tradicional, o trabalho multiprofissional percorre de forma transversal o cuidado do paciente nas suas áreas de cobertura.

4.3 Participantes do Estudo

Foram convidadas para participar do estudo todas as agentes comunitárias de saúde que atuam na UBSF, porém nesse período uma ACS pediu exoneração e outra estava em licença saúde, sendo assim excluídas do estudo, totalizando 10 informantes. Todas as outras aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Para realizar o grupo focal é recomendado que o grupo tenha alguma característica homogênea, seja em relação ao gênero, trabalho, nível socioeconômico, escolaridade, etc. A escolha das variáveis a serem consideradas na formação do grupo está diretamente relacionada com o problema de pesquisa (GATTI, 2005). É necessário selecionar participantes que possuam características e vivências em comum que os qualifiquem para uma roda de discussão que terá como foco a temática desse trabalho (TRAD, 2009).

4.4. Coleta de Dados

Na coleta de dados foi usada a técnica de Grupo Focal. Essa técnica deriva de discussão em grupo para coleta de informações, percepções, crenças, atitudes sobre o tema e diferentes pontos de vista (TRAD, 2009). Para facilitar a interação entre o grupo eles podem estar dispostos em roda ou todos em volta de uma grande mesa para que seja permitida a visualização face a face de todas as participantes.

A coleta de dados se deu no período de setembro a novembro de 2017. As participantes desse estudo receberam duas vias do TCLE para leitura e assinatura, para compreenderem os objetivos do estudo e permitirem o uso dos dados. Uma cópia ficou com a participante e outra com a pesquisadora. Para manter o anonimato dos sujeitos, esses foram identificados pelas iniciais ACS seguido de numeração sucessiva (ACS1, ACS2...).

Para a discussão do tema existiu um moderador (pesquisadora principal) que encaminhou a conversa com um roteiro de questões norteadoras (APÊNDICE B) sobre o tema, facilitando trocas e mantendo os objetivos do trabalho do grupo. Vale destacar que a roda de discussão não deve e nem tomar forma de entrevista, o moderador teve a responsabilidade de tornar a conversa fluida, criando condições para explicitação de percepções, críticas e análise. Para obter maior êxito, a roda de conversa deveria conter no mínimo seis e máximo 12 pessoas, para conseguir abordar o tema profundamente (TRAD, 2009). Neste estudo, obteve-se 10 ACS e a duração da conversa durou em média 90 minutos cada uma.

Sendo assim, com base no número de participantes, foram realizados três encontros, para discussão da temática. O primeiro encontro foi para apresentação do estudo, explanação sobre o TCLE e acordo para a data dos encontros futuros, os outros dois abordaram a temática. Esses sempre ocorreram nas quartas feiras, dia em que ocorre o expediente interno da unidade. Os três encontros foram suficientes para esgotar a temática (GATTI, 2005).

A conversa foi realizada na sala de reuniões da unidade, no próprio local de atuação das ACS, pois era de fácil acesso às informantes. É importante ter um local reservado para que não haja interferência de ruídos e interrupções externas, porém a sala de reuniões da unidade não era muito reservada e foi pedido para que os outros trabalhadores não utilizassem a sala durante a coleta de dados. Foi utilizado um gravador de voz para posterior transcrição dos dados, esta foi realizada mediante permissão dos participantes. (TRAD, 2009).

Quanto ao moderador, era necessário que tivesse conhecimento prévio do tópico em discussão para que conduzisse o grupo adequadamente já que ele tinha como atribuições introduzir a discussão, enfatizar que não há respostas certas ou erradas, encorajar a palavra de cada participante, aprofundar as respostas e comentários considerados relevantes e observar comunicações não-verbais. Além dele, houve também uma pessoa que agiu como observador, que apenas captou as

reações dos participantes, porém este só esteve presente no primeiro encontro, por dificuldade de acerto de horários. Nesse estudo a observadora foi a residente de psicologia. Era indicado que essa pessoa fosse conhecida do grupo para que não tivessem a sensação de estarem sendo observados (TRAD, 2009).

O roteiro de questões norteadoras possuía poucos itens, porém era flexível, permitindo apontamentos não previstos, porém relevantes. A seguir serão apresentadas as questões norteadoras:

1. Qual o entendimento do grupo sobre planejamento familiar?
2. Como vocês visualizam o planejamento familiar no trabalho dos ACS?
3. Existem dificuldades e facilidades para abordar o tema?
4. Qual o público-alvo do planejamento familiar?
5. Qual a importância de abordar o planejamento familiar entre os adolescentes?
6. Quais estratégias necessárias para qualificar o planejamento familiar entre adolescentes?

4.5 Análise de Dados

Nessa etapa existiram três finalidades: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado. Para isso, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo (ROMEY, 2002).

Após a transcrição, a análise de conteúdo, adotada neste trabalho, se estabeleceu a partir de pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação. A primeira foi dada como organização do material, onde se fez a leitura minuciosa dos resultados, buscando particularidades de cada informante para a elaboração das ideias. Após essa busca, fez-se a codificação com letras e/ou números, de forma que pudessem ser agrupados em núcleos semelhantes que deram origem às categorias (BARDIN, 2011).

No tratamento dos resultados se descobriu o conteúdo subjacente que estava sendo manifesto voltado para ideologias, tendências e outras determinações da análise (ROMEY, 2002).

A análise foi realizada após a transcrição, digitação e elaboração das ideias, a partir das rodas de conversa que foram realizadas (BARDIN, 2011).

Foram identificadas duas categorias gerais: “O saber e a visão das agentes comunitárias de saúde sobre o planejamento familiar para adolescentes” e “Ferramentas de trabalho que facilitam e dificultam a realização do planejamento familiar com os adolescentes”, a primeira se divide em duas subcategorias: “Percepção geral sobre os adolescentes” e “A visão das ACS sobre adolescentes no contexto do planejamento familiar”. Dentro da segunda subcategoria destacou-se três itens: “Abordagem de um tema para um público despreparado”; “Outras facetas do planejamento familiar” e “Influência do gênero no contexto do planejamento familiar”.

4.6 Aspectos Éticos

Respeitou-se a Resolução 466/12 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Foi entregue aos participantes da pesquisa um documento, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A), que prestou esclarecimentos quanto ao estudo proposto, convidando-os a participarem; explicou os objetivos e a metodologia proposta; solicitou seu consentimento por escrito, para participar da pesquisa, assegurou o respeito aos aspectos éticos envolvidos na pesquisa, como o direito à privacidade, garantindo o respeito e o anonimato dos sujeitos. O documento foi assinado pela pesquisadora principal e pelas participantes, ficou uma cópia com a participante e outra com a pesquisadora.

A presente pesquisa não ofereceu riscos físicos e biológicos, mas caso as participantes tivessem se sentido incomodadas, constrangidas e/ou algo que pudesse gerar abalos emocionais, foi garantido o atendimento psicológico do Núcleo de Apoio a Saúde da Família Urbano II (NASF urbano II). Os dados foram gravados, com consentimento das participantes e os pesquisadores asseguraram os princípios éticos de confidencialidade e anonimato das participantes envolvidas, para tanto foram identificados pelas iniciais ACS seguido de numeração consecutiva (ACS1, ACS2...). A participante poderia desistir da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

Não houve benefício direto para as participantes, porém a análise dos dados

permitiu problematizar aspectos referentes ao planejamento familiar para adolescentes e sobre o papel do agente comunitário e, a partir disso elaborar estratégias para capacitações e educação permanente sobre o tema. A pesquisa não gerou nenhum gasto para as participantes, nem mesmo algum tipo de recompensa.

Durante toda a etapa do estudo, a participante tinha garantia de acesso aos profissionais responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas. Após o término do estudo, análise e discussão dos resultados, os dados serão publicados, garantindo o anonimato de todos os participantes da pesquisa.

Todo material produzido será guardado por, no mínimo, cinco anos na sala do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Enfermagem, Gênero e Sociedade.

Concomitante ao CEPAS, o projeto foi encaminhado ao Núcleo Municipal de Saúde Coletiva, bem como a Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da FURG.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo são apresentados o perfil das informantes, bem como as duas categorias analisadas que revelam as falas dos ACS sobre o planejamento familiar para adolescentes. A primeira categoria se divide em duas subcategorias que esclarece a visão geral sobre adolescentes e a visão voltada para o planejamento familiar para o grupo. Os adolescentes são vistos como irresponsáveis, vulneráveis e de fácil influencia. A subcategoria que aborda especificamente o planejamento familiar destaca três itens muito comentados pelas entrevistadas: a visão de que os adolescentes estão despreparados para o planejamento familiar, a visão do planejamento familiar ampliado com abordagem simultânea de outras temáticas e ainda a influência que o gênero tem quando se fala sobre o tema para este público.

Por fim, aborda-se a segunda categoria que é um apanhado das ferramentas que facilitam e dificultam o planejamento familiar entre adolescentes e algumas estratégias para melhor aceitação deste público.

5.1. Perfil das informantes

Todas as 10 participantes foram mulheres, trabalham na unidade no mínimo cinco anos e máximo dezesseis anos. As idades variaram, sendo a mínima 29 anos e a máxima 52 anos. Sobre a situação conjugal, metade eram casadas e metade eram solteiras, todas tinham filhos. A maioria delas tinha ensino médio completo e, apenas uma tinha ensino médio incompleto. Acerca do tempo de atuação na Estratégia em Saúde da Família o mínimo foi de 5 anos e o máximo de 16 anos. A maioria delas recebeu alguma capacitação em planejamento familiar. A seguir segue o quadro traçando o perfil das entrevistadas.

PERFIL DAS ENTREVISTADAS.

ACS	Idade	Sit. Conjugal	Escolaridade	Tempo de atuação	Filhos (nº)	Capacitação em planejamento familiar
ACS1	42	Solteira	EMI	13 anos	03	Sim

ACS2	33	Solteira	EMC	7 anos	02	Não
ACS3	52	Solteira	EMC	7 anos	05	Sim
ACS4	37	Casada	EMC	16 anos	01	Sim
ACS5	39	Casada	EMC	8 anos	01	Sim
ACS6	29	Solteira	EMC	8 anos	01	Sim
ACS7	48	Casada	EMC	11 anos	01	Não
ACS8	40	Casada	EMC	6 anos	02	Não
ACS9	35	Solteira	EMC	5 anos	01	Sim
ACS10	42	Casada	EMC	16 anos	02	Sim

Fonte: própria autora

Legenda: EMI: Ensino Médio Incompleto; EMC: Ensino Médio Completo

5.2. O saber e a visão das Agentes Comunitárias de Saúde sobre o planejamento familiar para adolescentes

As subcategorias compreendem, primeiramente, a percepção das ACS sobre adolescentes. Posteriormente, discorre-se acerca da visão das ACS sobre adolescentes no contexto do planejamento familiar.

5.2.1. Percepção geral das ACS sobre adolescentes

A presente subcategoria aborda a visão geral que as agentes comunitárias de saúde têm sobre adolescentes. Abaixo seguem falas que abrangem o comportamento dessa população, incluindo a falta de maturidade e de interesse, além de sentimentos e a vergonha, comum nessa fase, entre outros.

ACS10: *“Adolescência para mim é a pior parte da vida, por que é a transformação, eles não escutam pai, amigos, eles escutam aquilo que querem ouvir. Eu vou fazer aquilo que eu quero. Os adolescentes precisam de ajuda de vários lados”.*

ACS7: *“Acho que tem muita falta de interesse e falta de cuidado porque falta de informação não é (...), mas eu acho que falta de informação de jeito nenhum não é, é falta de interesse mesmo da pessoa, de cuidado da pessoa mesma e aquele negócio: ‘não vai dar nada’ e acaba dando”.*

ACS1: *“Eu vejo que eles querem ter liberdade mas não querem ter compromisso”.*

ACS10: *“Adolescente não planeja, aconteceu, aí tem o medo do pai e medo da mãe. É aquela função, é difícil”.*

Na fala das ACS observa-se a visão sobre o comportamento deste grupo. As ACS relatam que a adolescência é uma fase na qual não ouvem os pais, não possuem responsabilidades, não planejam suas ações, são inconsequentes e só prestam atenção na opinião do próprio grupo.

De acordo com a literatura nesta fase é comum o afastamento dos familiares e a inserção em grupos de pessoas da mesma idade. Por isso, é comum que ouçam os seus pares, colocando de lado as reivindicações da família. Quando estão entre os amigos enfrentam desafios, mas quando estão sozinhos perdem essa coragem (TIBA, 2005)

Os adolescentes estão numa fase de transformação, tanto física quanto psicológica. Com as modificações físicas, o indivíduo começa a analisar a sua identidade, tentando integrar o passado (sua infância) com as exigências do novo meio. Diante disso, a vergonha e a falta de interesse, relatados pelas agentes, por exemplo, podem ser modificados ao longo tempo, dando lugar ao senso crítico, ao cumprimento das responsabilidades e ao amadurecimento natural do ser humano.

O amadurecimento do córtex ocorre até os 25 anos e essa área é responsável pelo planejamento de longo prazo, controle de emoções e senso de responsabilidade. Portanto, é comum que os adolescentes não estejam aptos para determinadas tomadas de decisões (TIBA, 2005) ou mesmo que não se interessem por certos temas.

Considerando isso, é necessário que as impressões sobre o adolescente não interfiram nas práticas de cuidado, tentando justificar a pouca orientação com a falta de interesse deles. É preciso enxergar a maneira que são e procurar entender as mudanças dessa fase para que adapte o cuidado, rotinas, diálogo e se consiga estabelecer vínculo entre profissional e adolescente.

Os adultos deveriam ter empatia pelos seus adolescentes, visto que já conhecem a maioria das dúvidas, medos e anseios, por já terem passado por essa fase. Além disso, quando se trata dos profissionais da saúde, é necessário que não se encare a adolescência como *“a pior parte da vida”*, mas sim que enfrente esse

público como algo natural, e que se faça educação em saúde de forma que estimule o desenvolvimento saudável (CONSTANTINO, 2010).

Também foi observado, nas falas das ACS, que o público adolescente tem dificuldade de expressar o que realmente estão sentindo, tem vergonha de falar sobre certos assuntos e que por causa da imaturidade, são muito vulneráveis.

ACS1: *“Algumas vezes eles tem dificuldade de expressar o que eles sentem, o que eles querem, o que eles esperam, mas sabemos que os adolescentes são muito inconstantes, uma hora querem uma coisa e uma hora querem outra...”*

ACS8: *“Ainda mais que são só adolescentes, não tem maturidade, e se não ta maduro já tem o risco de se perder”.*

ACS4: *“Eles tem vergonha, você vai falar alguma coisa eles já baixam a cabeça e riem”.*

Entende-se que a vulnerabilidade pode estar associada a imaturidade, a vergonha de conversar questões pessoais com um adulto ou profissional da saúde, bem como as dúvidas que permeiam essa fase de transformação. Nesse sentido, a fim de auxiliar os profissionais a enfrentarem os desafios que estão associados ao cuidado com os adolescentes, o Ministério da Saúde disponibilizou, em 2017, um caderno de saúde dos adolescentes, que traz as forças de resiliência e os fatores de risco que o adolescente está sujeito.

O manual do ministério descreve algumas situações de risco como a instabilidade familiar, dificuldades escolares, falta de identidade no grupo, solidão, impulsividade, exploração de trabalho entre outros. Tais fatores podem gerar o adoecimento dos adolescentes, podendo levar a sofrimento mental, com destaque para depressão, risco de suicídio, alta ansiedade, impulsividade e oscilações de humor, problemas de obesidade, desnutrição, anemia, bulimia, envolvimento com substância psicoativas tendendo ao abuso/dependência e iniciação sexual sem o necessário apoio dos serviços de saúde (BRASIL, 2017).

Assim, conhecendo as vulnerabilidades desse grupo, é possível pesquisar as forças de resiliência de cada individuo como, por exemplo, procurar saber quem é a pessoa de referência afetiva mais importante para o adolescente e sua rede de apoio, fazer o adolescente refletir sobre os projetos de vida a partir de seus desejos, identificare talentos, desenvolver autoestima e autocuidado. A partir dessa reflexão, é possível criar junto com o adolescente o melhor caminho a seguir (BRASIL, 2017).

Sabendo disso, fica claro que adolescentes dependem de uma rede de apoio para ajudá-los na tomada de decisões, os adultos que já passaram por essa fase teriam muito mais condições de entendê-los do que o contrário (TIBA, 2005). É importante conhecer a visão acerca da adolescência, pelas entrevistadas, tendo em vista que, dependendo da percepção sobre esta fase, pode haver, ou não, certa diferenciação nas práticas de cuidado ao grupo, fato que deve ser evitado o que vai ao encontro dos princípios do SUS.

5.2.2 A visão das ACS sobre adolescentes no contexto do planejamento familiar

Esta subcategoria aborda a visão sobre o adolescente frente ao planejamento familiar, para isto dividiu-se em três itens. A primeira trata da falta de preparo dos adolescentes para o planejamento familiar, a falta de interesse de falar sobre o assunto e a pouca abordagem do tema pelos familiares. A segunda discute outra visão do planejamento familiar que é muito mais do que só preparar famílias para terem ou não filhos. E a última traz a questão do gênero e o que isso influencia no planejamento familiar.

5.2.2.1. Abordagem de um tema para um público despreparado

As ACS relatam que adolescentes além de não terem entendimento sobre o planejamento familiar, estão despreparados para discutir o assunto, considerando que a prioridade é desenvolver autonomia e as práticas relacionadas a sexualidade sem se preocuparem com a prevenção.

ACS10: *“Eles não tem muito entendimento, porque o adolescente tem cabeça furada, então para ele tanto faz o sexo. (...) Trabalhar diretamente com eles para ver qual o entendimento, porque eu vejo que eles não tem entendimento, são cabeça louca... Saiu, namorou, ficou... Eles não vêem o sentido da prevenção da doença. Se estáafim, faz sexo e tanto faz. Eles não tem, eu acredito, ou não querem ter o entendimento do planejamento familiar”.*

ACS10: *“Um público que está despreparado, eles acham que sabem tudo, acho que eles estão despreparados para o futuro (...) público que não sabe agir com planejamento familiar, eles fazem o que eles acham que ta certo (...)”.*

Essa visão sobre a adolescência como uma fase de irresponsabilidade não é somente das ACS, outras pesquisas também apresentam aspectos relacionados a falta de responsabilidade (MORAS; VITALLE, 2012). A adolescência é uma fase de eclosão hormonal e maturação sexual, é nela que acontece a busca da identidade, a tendência grupal, as variações de humor, a separação progressiva dos pais e a evolução sexual. Essas vivências, porém, podem levar a vulnerabilidade (CONSTANTINO, 2010) fato esse evidenciado nas falas das agentes.

De acordo com Borges et al (2016) e Malta et al (2011) adolescentes têm iniciado suas vidas sexuais cada vez mais cedo e isso traz um risco elevado tanto para gestações não planejadas, quanto para as IST's, pois nessa fase eles geralmente não procuram orientação prévia e não falam de suas dúvidas com pessoas adultas ou profissionais da saúde. "Ser cabeça louca e achar que sabem tudo", conforme relato das participantes, é algo que merece ser problematizado com os adolescentes, a fim de alertar sobre as práticas e condutas que vão de encontro à prevenção de doenças.

Mesmo diante da impulsividade que caracteriza o grupo, estudo realizado com 74.589 adolescentes de diferentes capitais do Brasil, observou que os adolescentes tendem a usar algum tipo de contracepção na primeira relação sexual. Os autores alertam que o perigo surge quando eles começam a ter um relacionamento mais duradouro, sendo menos vigilantes quanto ao uso de métodos contraceptivos (BORGES et al., 2016).

Ao lidar com todas essas transformações, os adolescentes podem se expressar de forma intensa, por ações ou pensamentos fantasiosos, colocando sua vida em risco, muitas vezes. Isso revela seu despreparo em conviver com o próprio corpo, no qual ele tem pouco controle (BRASIL, 2017). Essa fase do autoconhecimento é um processo que nunca termina. O conhecimento do desenvolvimento psicológico está diretamente ligado a compreensão das transformações corporais da puberdade e suas repercussões, evolução do desenvolvimento cognitivo, modificações de socialização e à construção da identidade (BRASIL, 2017).

É comum na adolescência a instabilidade de humor e a vivência de situações novas com pessoas que não compartilham as mesmas opiniões podendo desencadear um típico curto-circuito emocional (TIBA, 2005). Isso justifica o porquê

dos adolescentes não quererem se abrir muito com a família ou equipe de saúde, pois pensam que suas opiniões estão certas e não precisam de mais ninguém.

Sabe-se que a adolescência é permeada por dúvidas, fato esse que aparece nas falas das ACS quando discutem planejamento familiar com esse público. Essas dúvidas estão relacionadas tanto a falta de interesse, falta de orientação, bem como a inexperiência.

ACS7: *“A gente pergunta se tem alguma duvida e elas só riem, elas não levam o assunto a serio”.*

ACS3: *“Eles achavam que estavam fazendo coisas certas mas estavam erradas, sobre o anticoncepcional, sobre as doenças, o medo de conversar em casa.”*

ACS5: *“Então assim como as mais velhas não sabem, as adolescentes são inexperientes com um monte de dúvidas e muitas vezes é aí que entra o índice alto da gravidez das adolescentes, elas não sabem a maneira certa e quando a informação chega para elas, muitas vezes elas já estão grávidas”.*

De acordo com as falas observa-se que esta visão não é somente das ACS. Houve estudos que mostraram também falas de adultos que julgam os adolescentes como imaturos, irresponsáveis e vulneráveis (MORAS; VITALLE, 2012). Por outro lado, um estudo traz um motivo para a falha na comunicação e a transmissão de informações. Esse se refere aos mitos ou crenças errôneas que os adolescentes têm de que muitas vezes são esquecidos pelos profissionais (COUTINHO; MOLEIRO, 2017), talvez por acharem que o assunto sobre sexualidade e prevenção de doenças é tão óbvio que todos já deveriam saber.

Nas falas acima, as ACS dizem *“eles achavam que estavam fazendo coisas certas”, “eles não levam o assunto a sério né?”, “são inexperientes com um monte de dúvidas”*. Essas falas revelam que os adolescentes têm dúvidas, porém muitas vezes os profissionais abordam o assunto com o que foram preparados para falar e, não tentam aprofundar o assunto individualmente, desencorajando o adolescente a expressar suas inseguranças, por vergonha de acharem que seus sentimentos são superficiais.

A visão dos adultos de que os adolescentes são instáveis, não escutam e não se interessam, acaba dificultando a aproximação, visto que se quer controlar a vida do jovem sem considerar suas vontades reais e individuais, podendo, assim, comprometer o acesso ao serviço.

5.2.2.2 Outras facetas do planejamento familiar

Neste tópico, algumas das falas das ACS aparentemente têm uma visão equivocada do planejamento familiar por considerar adequado apenas a quem deseja ter filhos. Por outro lado, é evidente uma visão mais ampla do tema, ao relatarem a necessidade de abordarem outras questões que estejam ligados ao público adolescente desvinculando o planejamento familiar apenas de concepção e contracepção.

ACS5: *“Acho que o nome em si, ele não abrange todas as categorias, por que esse nome abrangeria uma família já constituída. Família seja convencional ou não é planejamento familiar. Família constituída mesmo. Os adolescentes, não constituíram a família deles ainda, eles estão pipocando”.*

ACS5: *“Seria um planejamento, mas não familiar, por que muitas engravidam e não se tornam famílias. O menininho e a menininha não ficam juntos”.*

ACS8: *“A orientação sexual vai além das doenças, é uma questão de orientar respeito como um todo, conhecer seu corpo, respeitar o outro (...)Então acho que não tem que trabalhar só as doenças, tem que trabalhar todo o cuidado consigo mesmo”.*

ACS4: *“Até mesmo porque eles se batem, se agredem, a violência ta exposta também, não só a sexualidade, tu vê meninos agredindo as meninas e elas também agredindo os meninos, então assim né, o assunto é bem complexo, o planejamento familiar abrange muita coisa”.*

ACS5: *“A conversa com eles é diferente, a gente não pensa no método anticoncepcional, essas coisas assim com eles, a gente fala sobre o cuidado e, mais importante para mim do que ela tomar um anticoncepcional, é fazer uso do preservativo”.*

Nas falas das ACS é evidente que elas julgam necessário a abordagem de outras questões no planejamento familiar, além da concepção e contracepção, como por exemplo a prevenção de doenças, o autoconhecimento do corpo, promoção da paz, respeitar as diferenças. No entanto, o planejamento tradicional não é menos importante, diante dessas questões.

Como já se sabe, o planejamento familiar surgiu para o controle de natalidade, auxiliando assim no desenvolvimento socioeconômico do país. Assim, a contracepção e a responsabilidade feminina sempre foram o foco, porém a

perspectiva do desenvolvimento familiar hoje, é outro. O planejamento familiar deve ser adequado a cada tipo de unidade familiar, avaliando crenças, valores e tradições. Deve ser conduzido passo a passo para que se torne um processo ativo para os usuários (SANTOS; FREITAS, 2011), principalmente para o público adolescente com uma abordagem diferenciada.

Nesse aspecto, foi muito comentado nas entrevistas que o planejamento familiar deve ser algo ampliado para os adolescentes, pois eles não estão na idade de planejar uma família. Embora a constituição de uma família não deva ser prioridade para os adolescentes, é importante que se discuta sobre a anticoncepção e os diferentes tipos de métodos contraceptivos, pois além de evitarem a gravidez, evitam também as IST's.

É preciso aproveitar todas as oportunidades de encontro com os adolescentes para trabalhar o projeto de vida, levando em consideração diferentes aspectos e conteúdos. O planejamento familiar é um dos temas que pode ser abordado, fazendo-os repensar sobre as responsabilidades que envolvem o ser pai e mãe. A violência é outro assunto que merece destaque, conforme mencionado, pois sabe-se que atualmente a população enfrenta uma epidemia de violência doméstica contra mulheres, crianças e adolescentes, *bullying*, suicídio. Valorizar o respeito às diferenças, promover a cultura da paz, são ações que impactam, positivamente, no contexto de saúde desse grupo etário.

Segundo Horta, Madeira e Armond (2009) é preciso repensar as ações voltadas aos adolescentes, considerando que a necessidade deles não seja apenas de informações sobre saúde sexual e reprodutiva, mas que contemplem mudanças de comportamento, autocuidado e respeito aos indivíduos, com suas peculiaridades e singularidades.

Os adolescentes precisam de uma atenção holística e integral, enquanto o cuidado for fragmentado e mecânico, não teremos um entendimento dos sentidos atribuídos pelos jovens ao seu próprio corpo, experiências, desigualdades e diferenças que cada um vive (HORTA, MADEIRA, ARMOND, 2009).

5.2.2.3 Influência do gênero no contexto do planejamento familiar

Aqui se aborda a influência do gênero e as diferenças de comportamento entre adolescentes conforme o relato das ACS. Elas mencionam que as meninas se preocupam mais que os meninos em relação ao uso de métodos contraceptivos.

ACS5: *“Elas são muito imaturas, os meninos também, muitas vezes eles deixam a obrigatoriedade do cuidado com a menina. Eles gostam de transar, vão lá e nem se preocupam muito (...).”*

ACS10: *“Acho que os meninos para esse tipo de coisa não são nem esses da risadinha, eles apenas saem da sala. Se o assunto for sexualidade ou prevenção, o assunto não flui, as meninas ficam mais inibidas, mas lá no fundo elas ainda tentam colher algumas coisas”.*

ACS5: *“Se o menino não quer usar preservativo, elas não usam, isso é um grande problema... ‘ah, o gurizinho é bonzinho, bom de família’, mas não adianta, infelizmente as meninas ainda se submetem a isso”.*

ACS10: *“Prevenção da doença não existe na cabeça deles, é só ‘vou usar o anticoncepcional pra não engravidar’, nas meninas. Nos meninos nem se fala...”*

Os discursos permitem uma reflexão acerca das diferentes visões que se tem sobre ambos os sexos, muito influenciada pela questão cultural que permeia a sociedade. Há um entendimento que adolescentes, frequentemente, se expõem a situações de risco de maneiras distintas, tal como evidenciado nas falas.

Quando as agentes mencionam que as meninas se interessam mais no assunto, ou que abrem mão do uso do preservativo quando eles solicitam, observa-se a influência cultural da sociedade no pensamento comum. A literatura apresenta uma diferença entre meninos e meninas no que se refere ao despertar da sexualidade. Para elas, a primeira relação sexual está ligada com afeto, já para os meninos representa a afirmação da sua sexualidade (TAQUETTE, 2009). Estudo evidenciou que a primeira relação sexual das meninas foi devido a pressão do parceiro, essas se mostraram arrependidas acerca da iniciação sexual e referiram que as mulheres se submetem as exigências do parceiro, pela cultura de opressão (MOURA et al., 2011), conforme observado pesquisa em tela.

Com esse pensamento, as meninas acabam não exigindo o uso de preservativo na relação sexual, por julgarem conhecer o parceiro, usarem algum anticoncepcional, ou até mesmo pela submissão aos desmandos do companheiro, e com isso se expõem ao risco de se contaminar com as IST'S. Elas pensam no amor

romantizado, que a partir das decisões tomadas pelo parceiro e/ou em conjunto, pode ser construído um relacionamento duradouro e estável (TAQUETTE, 2009).

Já os meninos iniciam suas vidas sexuais muito mais cedo, seja por estímulo da mídia ou por pressão grupal e, tem mais parceiras sexuais (MALTA, et al., 2011). No Brasil isso ocorre pela valorização da masculinidade, sendo considerado “homem” a partir do momento que inicia sua vida sexual (GONÇALVES et al., 2015; JUNIOR et al., 2009).

Eles são educados desde cedo a terem comportamentos de risco, são “criados” para serem fortes, agressivos, competidores e a não demonstrarem suas fraquezas e emoções e isso, geralmente, resulta na violência física e prática sexual sem censura e/ou proteção (TAQUETTE, 2009). Por outro lado, essa pressão da sociedade pode desencadear o medo de não corresponder as expectativas como “homem”, e tendo a necessidade de provarem para si mesmos, através da relação sexual, que são “homens de verdade” (REBELLO; GOMES, 2009). Esse meio cultural e social dificulta a conversa sobre a sexualidade, pois mesmo que tenham dúvidas, eles não perguntam por vergonha ou por medo de que seja uma manifestação de fraqueza.

Outro fator que pode ser desencadeado pelo comportamento dos meninos é a violência sexual. Como forma de manter seu poder, justifica suas ações agressivas para manter a ordem na relação (TAQUETTE, 2009). Esse assunto também deve ser abordado quando se fala de planejamento familiar, pois envolve as relações afetivo-sexuais e o bem-estar de todos os envolvidos.

Além disso, sempre se falou que o sexo masculino é mais voltado para o a prática sexual e o sexo feminino, para os relacionamentos, carinho e amizade. Essas diferenças estão extremamente ligadas aos hormônios testosterona, estrogênio e progesterona (TIBA, 2005). Porém diversos comportamentos e condutas são reforçados pela sociedade estabelecendo papéis que podem ou não contribuir para a vulnerabilidade do adolescente.

Essas diferenças de comportamento entre os gêneros podem gerar certa insegurança por parte dos profissionais da saúde, para conseguir adequar o cuidado de forma integral. Porém, é de extrema importância que, além da prática de grupos para abordar o tema sobre sexualidade, também deve-se estar atento as necessidades individuais de cada adolescente.

Os profissionais da saúde precisam levar em consideração o gênero no momento da conversa, pois os sentimentos, preocupações e comportamentos acerca da sexualidade nessa fase, são diferentes entre meninos e meninas (COUTINHO; MOLEIRO, 2017).

5.3 Ferramentas de trabalho que facilitam e dificultam a realização planejamento familiar com os adolescentes

Existem alguns fatores que influenciam diretamente no trabalho das ACS em relação ao planejamento familiar. Desses fatores destacam-se a relação com a família, o trabalho da ACS e o uso de mídias portáteis, todos eles tanto facilitam como dificultam o trabalho.

A Família:

ACS5: *“Mesmo que a gente faça a orientação, não adianta, quando é da cabeça deles, até as mães acobertam.”*

ACS4: *“Ou então a mãe deixa aquele tabu: ‘não posso ficar falando de sexo senão vou estar incentivando a pensar nisso’.”*

ACS 10: *“Na família existe tabu, a mãe não fala, o cuidador não fala para aquele adolescente sobre os cuidados...”*

Nesses comentários observa-se a visão negativa que as ACS têm sobre o envolvimento da família com o assunto em pauta. Se por um lado elas orientam os adolescentes, por outro as mães preferem não conversar sobre sexualidade em casa.

Nesse sentido alguns autores apregoam que a família tem a intenção de proteger os adolescentes dificultando a fala sobre a educação sexual, pois acreditam que problematizar o assunto influencia a prática sexual precocemente (QUEIROZ; VASCONCELOS; ALCÂNTARA, 2017)

Outras vezes também há vergonha por parte dos pais, que cortam o assunto sem dar voz ao adolescente (ARAGÃO et al., 2018). Isso pode ocorrer por causa da mudança de fase dos filhos, que antes eram crianças e agora são adolescentes

cheios de dúvidas e, assim como eles estão se transformando e não sabem lidar com os problemas que surgem, os pais também estão nessa fase de mudança da maneira de criar seus filhos.

Por parte dos adolescentes, a literatura apresenta que eles não conseguem tirar dúvidas com os pais, seja porque a família não problematiza o assunto ou porque os pais não estão disponíveis para conversa na hora em que querem conversar (ARAGÃO et al., 2018). A primeira dificuldade pode estar relacionada com os pais que não conseguem manter uma relação de confiança com os filhos, visto que estes estão numa fase de questionamentos e busca de autonomia. Já a segunda se deve à falta de tempo, comum a quase todas as famílias, que tem horários de trabalho para cumprir entre outros compromissos do dia-a-dia (BERLESE et al., 2016).

As agentes também relatam a necessidade de vínculo entre adolescente e família, reforçando o papel do serviço de saúde quando não existe o diálogo no domicílio.

ACS7: *“Eles não tem liberdade para sentar e conversar com os pais e perguntar, então as vezes é mais fácil vir numa consulta de enfermagem e tirar todas as dúvidas”.*

ACS7: *“Se vê que não houve planejamento, quem sabe se tivesse sentado com a filha e tivesse entrado no assunto a fundo, teria sido diferente”.*

As falas das ACS mostram a preocupação delas ligada ao relacionamento dos adolescentes com seus pais, pois muitos deles não conseguem abordar o tema em casa, seja por vergonha, medo ou até mesmo por ser um assunto que nunca foi tratado com naturalidade. Na adolescência, há um afastamento da família e isso pode acontecer justamente pela falta de conversa e compreensão entre pais e filhos.

É importante ressaltar que as mudanças que ocorrem nesse período não afetam apenas os adolescentes, mas também a família que é formada por um conjunto de relações que quando um é afetado, afeta todo o resto. (ZANETTINI; SOUZA; FINGER, 2017)

Se antes a família funcionava no esquema patriarcal, hoje em dia a família funciona como uma equipe (TIBA, 2005). É necessário que as famílias conversem, compreendam seus adolescentes, mas principalmente eduquem. A família deve ser a

rede de apoio mais importante e efetiva e deve trabalhar como uma equipe, o que for para benefício de um será benefício de todos.

No período da adolescência é comum que haja um afastamento das relações familiares e, com isso muitos pais não conseguem ver que seu filho já está querendo iniciar sua vida sexual. Os filhos acabam tendo muitas dúvidas, mas sem coragem de perguntar para os pais, pelo medo de desavença, vergonha ou até mesmo pelo fato de não terem o hábito da conversa, sendo assim preferem buscar respostas entre amigos, *internet* e/ou profissionais da saúde (ZANETTINI; SOUZA; FINGER, 2017), o que aumenta a sua vulnerabilidade.

Diante disso, a ACS7 menciona a consulta de enfermagem como recurso adicional nesse processo de educação sexual, tendo em vista que os adolescentes estão numa fase que necessita de atenção especial. A enfermagem tem papel fundamental na promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e atuam juntamente com os professores das escolas próximas às suas unidades, assim, aqueles casos em que não podem ser resolvidos nas ações educativas em grupo nas escolas, são passados para a equipe de saúde para que sejam encaminhados a uma consulta de enfermagem (MATIAS et al., 2013). Nessas consultas o adolescente tem direito a privacidade, preservação do sigilo e consentimento informado (BRASIL, 2007).

Por outro lado, existem as famílias que apoiam seus adolescentes, que realmente se importam com essa fase da vida onde há muitas descobertas. As famílias que tem diálogo frequente e funcional entre pais e filhos resultam em um comportamento sexual seguro, aumentando o conhecimento sobre métodos contraceptivos, o que leva a um uso adequado e evitando gestações indesejadas (GRACIANO et al., 2014).

ACS10: *“E os adolescentes hoje, o que vejo muito assim é que as mães já estão trazendo as meninas para tomar o anticoncepcional oral ou injetável para prevenir uma gravidez, mas não tem aquela função da orientação, por que quando eu falo, eu tenho uma adolescente grávida, e você pergunta se foi planejado, elas dizem que sim, mas sabemos que não foi...”*

ACS8: *“A sexualidade na adolescência, é muito cultural, porque por mais que tenham uma orientação de nós, se não tiver uma boa base familiar, com exemplos, uma conversa aberta eu acredito que não adianta muito, eles não respondem a isso. Eles fazem o que eles querem, conforme a base familiar que eles têm”.*

ACS4: *“As mães dos adolescentes sabiam tudo que era falado no grupo, falava na visita. Os que vinham era porque as mães aceitavam, achavam legal”.*

ACS10: *“Mas tentaram, são pais que tentam, que conversam, que vão atrás, que vão nas esquinas buscar os filhos, só que chega uma parte da vida ali que eles não conseguem mais, perdem o controle”.*

A Mídia:

A mídia foi citada como uma das ferramentas que mais facilita o trabalho das ACS. Todavia, ao mesmo tempo em que existe um universo de informações relevantes, verdadeiras e úteis, existem também muitas informações falsas, com conteúdo inapropriado para adolescentes. Por isso, destacam-se que a mídia é perigosa considerando que pode manipular a cabeça dos jovens, fazendo com que se exponham muito e se protejam pouco.

ACS5: *“A informação está ali: ta na TV, ta no radio, ta na internet. Com relação a sexo, sabem muita coisa sobre sexo, hoje em dia eles passam videozinhos um para o outro com uma cena completa (...)sabem do sexo mas não sabem se proteger”.*

ACS7: *“A gente diz para terem cuidado, não se exporem nas redes sociais, cuidarem os amigos, para se preservarem mais e se valorizarem mais, ter mais cuidado”.*

ACS4:*“Uma coisa que ajuda muito é a internet, eu já recebi mensagem de uma menina: “desculpa te incomodar mas eu acho que estou grávida, mas não fala para ninguém, me ajuda...” (...) Mas tudo era por mensagem, se ela me via ficava com vergonha”.*

ACS10: *“Hoje em dia tu não precisa ir lá falar, está aberto, está explicito, na escola, na televisão, na internet, mesmo assim eu acho que é um público que não sabe agir com planejamento familiar”.*

ACS5: *“É mais fácil os adolescentes buscarem respostas no celular, por que não vai ter ninguém julgando ou brigando. Certo ou errado, o celular vai responder mais ou menos do jeito que eles querem, o celular vai ta sempre ali, e os pais nem sempre”.*

Nas falas percebe-se que há duas visões sobre a mídia. O lado positivo é que as redes sociais ajudam os adolescentes a se expressarem e falarem sobre suas dúvidas, sem vergonha. O uso da internet facilita a busca por respostas, bem como a comunicação com as agentes, assim como relatado pela ACS 5. O lado negativo retrata os perigos do mal uso dessa ferramenta tal como a obtenção de informações falsas. É necessário que se conduza as melhores fontes para buscar orientação, visto que a internet é alvo de grande quantidade de *fake news*, podendo

confundir ou até mesmo contradizer conhecimentos previamente adquiridos em lugares confiáveis. Por outro lado, se a informação for obtida de *sites* científicos e/ou confiáveis, torna-se uma excelente ferramenta para aprendizagem.

Outra mídia citada foram os *chats* utilizados pelos ACS como forma de obter aproximação dos adolescentes, através de mensagens, sem precisar encarar face a face, esses jovens sentem-se mais motivados para sanar dúvidas. Segundo Aragão (2018), as mídias estão à disposição a qualquer momento, facilitando a busca por respostas imediatas diante de suas necessidades.

Portanto, observa-se, conforme relato, que os chats podem servir como ferramenta para estreitar vínculo entre ACS e adolescente, facilitando a comunicação e a resolução de problemas.

O Trabalho da ACS:

As agentes comunitárias de saúde são profissionais que possuem bastante contato com as famílias e, geralmente acompanham o indivíduo desde o seu nascimento, infância e adolescência, sendo assim, elas conhecem o contexto em que se encontra os adolescentes.

ACS10: *“Dentro do trabalho já é automático perguntar sobre isso (planejamento familiar). Vemos uma mãe que conhecemos e conhecemos também a adolescente, sabemos como ela é na rua, na escola, então sabemos como abordar qualquer pessoa da família que tenhamos um relacionamento. (...)Então essa orientação é o olhar, o nosso olhar dentro do domicílio da família que faz a diferença(...)”.*

Os ACS são fundamentais para o estreitamento das relações entre equipe e comunidade. Eles estabelecem diálogos, desenvolvem relações de afeto, problematizam as situações e constroem de forma compartilhada o conhecimento, permitindo a livre expressão e a valorização dos sujeitos na sua realidade (GOMES-MACIAZEKI et al., 2016).

Conhecer as famílias é relevante para as ACS, pois sabe-se que as crenças familiares muitas vezes são passadas de geração em geração favorecendo a abordagem pelo profissional de saúde. Ao mesmo tempo, muitas vezes, é difícil desmistificar certas condutas conforme evidenciado em estudo que observou mães adolescentes reproduzindo, no cotidiano de cuidado do bebe, várias práticas que fazem parte da cultura local e familiar, tais como amamentação cruzada, utilização

de benzimentos, xaropes, chás e orações para tratar intercorrências (TOMELERI; MARCON, 2009). As ACS por residirem no mesmo bairro, muitas vezes conhecem tais crenças, facilitando a problematização sobre os benefícios e malefícios de tais práticas.

Por outro lado, esse contato e conhecimento sobre as famílias muitas vezes interfere no vínculo com os adolescentes, pois julgam que tudo que eles falarem para as ACS, será transmitido a seus pais.

ACS5: *“Ou muitos nem perguntam para nós com medo que falemos alguma coisa para família, para mãe”.*

ACS10: *“No início é aquela coisa complicada, nem nós conhecíamos, mas assim ‘o que precisar pode falar comigo, a gente não vai falar para o pai, não vai falar para mãe, a gente tá aqui pra ajudar”.*

É garantido o sigilo profissional, independente da idade, desde que não haja casos de risco de vida ou outros riscos relevantes a terceiros. Para o enfrentamento de algumas dificuldades é necessário que os profissionais que irão assistir o adolescente busquem encorajá-lo a envolver a família, já que os pais ou responsáveis têm obrigação legal de proteção e orientação. Quando a quebra do sigilo for indispensável, a equipe deve conversar com o adolescente explicando o porquê e apresentar o benefício real e, não como forma de “livrar-se do problema”. Caso a comunicação com o adolescente seja uma barreira que causará ainda mais danos, a quebra do sigilo deve ser decidida pela equipe (BRASIL, 2007).

Por outro lado, mesmo que esse direito seja garantido, percebe-se que há uma falha na capacitação dos profissionais para atender esse público (NETTO et al., 2018). Logo, os adolescentes limitam-se em procurar auxílio nas unidades básicas de saúde por não se sentirem compreendidos pelos profissionais.

Outro fator complicado no trabalho da ACS é que ele faz suas visitas dentro da casa das famílias, com todos que estiverem em casa (mãe, pai, avós, irmãos...), dificultando uma conversa individual para os adolescentes que estão precisando.

ACS10: *“A fala com os adolescentes no domicílio é complicado, por que sentamos ali, olhamos, queremos falar sobre o assunto mas já te cortam ou na frente da mãe ou do pai eles ficam mais inibidos (...)então eu digo que santo de casa não faz milagre porque nós já somos da área (...)”.*

ACS5: *“A gente consegue acessar aquele adolescente? Sim, mas dificilmente aquele adolescente ou aquela adolescente que de repente já está começando a sua vida sexual, ou pensando em começar a sua vida sexual vai perguntar qualquer dúvida para nós na visita da família”.*

O trabalho da ACS é fundamental dentro da comunidade. As ACS moram no mesmo bairro em que atuam, isso faz com que elas vivenciem as mesmas dificuldades dos usuários, identificando as prioridades que precisam ser resolvidas. (BINDA, BIANCO, SOUSA, 2013)

A ACS é responsável por identificar as necessidades de cada família e indivíduo e assim repassar para a equipe técnica, ou então encaminhar o usuário para a Unidade Básica de Saúde da Família. O trabalho da ACS ajuda também no fortalecimento do vínculo entre ACS e enfermeiro. (KEBIAN; ACIOLI, 2014)

As visitas domiciliares para usuários que não estão listados como prioridades são visitados apenas uma vez no mês. Esse tempo sem a visita pode ser o período que o adolescente precisava de alguma orientação, por isso é muito importante que toda a equipe sempre deixe bem claro que a Unidade pode ser acessada por todos na hora que necessitarem (KEBIAN; ACIOLI, 2014).

As Estratégias:

As estratégias citadas pelas ACS voltadas ao planejamento familiar consistem no uso de dinâmicas interativas, bem como na projeção de futuro pelo adolescente permitindo vivenciar de modo fictício o ser pai e ser mãe.

ACS1:*“(...)Para nós o teatro foi uma coisa muito boa de trabalhar com adolescentes, por que conseguimos chamar a atenção deles (...)”.*

ACS5: *“Podíamos marcar uma consulta de adolescente com a enfermagem, mas hoje em dia não temos mais essa liberdade”.*

ACS5: *“Acho que sempre quando se fala em grupo, como se fosse uma palestra na escola, por mais na brincadeira que eles levem, estão todos juntos no mesmo barco, as vezes a pergunta de um vai instruir todos os outros”. “Legal mesmo seria criar um blog, uma pagina, algo com várias matérias sobre a sexualidade, só voltado para o adolescente, só suprimindo as duvidas deles”.*

ACS10: *“Eu acho que tinha que trabalhar muito nas escolas, porque é o centro deles, seja particular ou publica, mostrando a realidade”.*

ACS1: *“Jovens gostam muito de dinâmica, de jogos, tem que ser coisas atrativas que chamassem a atenção”.*

Observa-se que as agentes compreendem a necessidade de uma abordagem diferenciada a este público tal como a criação de blog, teatro, etc. É preciso usar estratégias que chamem a atenção dos adolescentes, falar a mesma linguagem a fim de atrair o interesse. As atividades integrativas na escola são de grande importância, pois tornam a escola um lugar mais atraente, favorecendo a frequência e o interesse dos adolescentes, tanto pelo ensino quanto por temáticas que necessitam ser abordadas com o grupo. Assim como o teatro, as dinâmicas e os jogos, outra maneira de chamar a atenção dos jovens é através da música que é um meio de comunicação que desperta sentimentos e sensações que levam a reflexão. (ZANETTINI; SOUZA; FINGER, 2017)

Outra estratégia eficiente para abordar os adolescentes são as consultas de enfermagem. Essas consultas podem ser marcadas através do ACS que elencará as prioridades de atendimento. Os adolescentes precisam saber que tem direito a essas consultas e direito a sigilo. O enfermeiro que atender o adolescente precisa estar disposto a ouvir, estar aberto as diferentes experiências que irão surgir e ter a capacidade de formular perguntas que auxiliam no dialogo (BRASIL, 2017).

Muitas vezes os profissionais da Estratégia em Saúde da Família pensam que a promoção de saúde para adolescentes é ineficaz, comprometendo a saúde e a utilização do serviço por eles (SANTOS et al., 2012). Com a implementação do Programa Saúde na Escola, há um grande avanço nesse atendimento. O programa traz uma assistência de qualidade, com trabalho interdisciplinar e ações educativas que envolvem os adolescentes de uma forma mais informal.

Os ACS participam ativamente do Programa Saúde na Escola juntamente com a equipe, fato esse que aproxima os adolescentes. O ACS é o trabalhador que possui maior conhecimento sobre as situações de vida desse público, pois atua no mesmo local em que mora. A relação de confiança e construção de vínculo é um importante caminho a ser seguido, pois facilita o cuidado e melhora a adesão quanto às orientações recebidas dos ACS. Ainda assim, há um estudo que mostra que os ACS sentem-se despreparados para desenvolver atividades junto a esta população (BRASIL; AMORIM; QUEIROZ, 2013).

Atividades mais realísticas, citadas pelas ACS, também consistem em estratégias utilizadas no planejamento familiar.

ACS8: *“Fazereles vivenciarem de alguma maneira uma suposta gravidez inesperada e sentir de alguma maneira em si como é encarar uma gestação não programada”.*

ACS10: *“Mas eu acho que tinha que mostrar, achar um jeito de mostrar pra eles o porquê da prevenção, os prós e os contras, qual a importância do planejamento familiar e futuramente na vida de cada um, tanto homem quanto mulher”.*

Com o intuito de verificar as estratégias que mais funcionam com os adolescentes para prevenção de situações de risco, um estudo trouxe a utilização de vídeos/música, atividades esportivas, dinâmicas de grupo e teatro, esta última foi muito citada pelas ACS, afirmando que é uma ferramenta eficaz para os adolescentes projetarem o futuro e visualizarem as consequências de suas ações. As estratégias embasadas no modelo de vida entre os adolescentes são eficientes para a prevenção de situações de risco (NADALETI et al., 2018).

Trabalhar com ferramentas e dinâmicas que envolvam os jovens é uma ação prioritária para diminuição de fatores de risco e promoção de fatores de proteção. Essas atividades também capacitam e empoderam os adolescentes para que estejam preparados para enfrentarem com autonomia outras situações que ocorrerão no processo de adolecer (NADALETI et al., 2018).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que as impressões das agentes sobre adolescentes é uma visão cultural, ou seja, do senso comum. Essa visão ressalta que eles são difíceis de conversar, que não compreendem as informações, que são irresponsáveis e imaturos e, que sempre pensam que conhecem mais sobre planejamento familiar do que os outros.

Na busca de conhecer os saberes das ACS sobre o planejamento familiar, percebe-se que alguns tinham uma visão tradicional, com destaque para a concepção e contracepção como foco, já outras trouxeram uma nova visão do planejamento familiar, compreendendo os adolescentes e problematizando questões da idade como, por exemplo, o autocuidado, conhecer o próprio corpo e suas mudanças, valorização da vida e respeito às diferenças.

Percebeu-se que há uma dificuldade das ACS conversarem com os adolescentes do sexo masculino. Ela relataram que eles não discutem o assunto naturalmente e quando são questionados ficam envergonhados ou não querem falar sobre o assunto. Já as meninas se preocupam mais em tirar as dúvidas com as ACS, porém isso não diminui o fato delas não se preocuparem com o uso de preservativo, muitas vezes por pressão do parceiro. Destaca-se a importância de capacitações que abordem as questões de gênero e sexualidade na adolescência, para melhorar a comunicação entre ACS e público adolescente.

Para melhor adesão do planejamento familiar entre os adolescentes, foram destacadas algumas ferramentas que facilitam e/ou dificultam essa abordagem. A família foi a que mais teve prós e contras, pois ao mesmo tempo que a família protege os filhos, o diálogo sobre sexualidade é limitado. Segundo as ACS, algumas famílias se preocupam apenas com o uso do anticoncepcional para as meninas, sendo um fator de risco para as IST's. Outras famílias nem problematizam essas questões, por acharem que isso será uma influência para iniciar as relações sexuais precocemente, ou pela vergonha de conversarem sobre esse assunto com seus filhos.

Outra ferramenta muito utilizada para buscar respostas sobre planejamento familiar foi a mídia, pois os *chats* facilitam a comunicação entre os jovens e as ACS, por não precisarem encarar seus medos e vergonhas face a face. A mídia também

possui muitas informações que podem ser alcançadas a qualquer momento, porém existe o perigo desses adolescentes acessarem informações não coerentes com a realidade. É importante conduzir esse público para as fontes mais confiáveis, para que possam sanar suas dúvidas.

Foi observada as dualidades de trabalhar e morar no mesmo bairro. Os relatos mostraram que a atuação profissional, às vezes, é prejudicada pois as adolescentes acreditam que haverá quebra de sigilo diante do vínculo com a sua família. Por outro lado, conhecer as famílias facilita a abordagem ampliada e olhar dentro do contexto do domicílio.

Em relação as estratégias de trabalho foram listadas algumas estratégias para lidar com esse público tais como o teatro, a criação de blogs, dinâmicas interativas permitindo que visualizem seu futuro de acordo com suas escolhas. Também foi falado das consultas de enfermagem, que é uma forma de interação entre enfermeira e adolescente, individualmente, num lugar seguro com garantia do sigilo.

Assim percebe-se que os profissionais que atuam com os adolescentes precisam compreender o seu desenvolvimento e suas particularidades. É importante falar a mesma língua deles para que haja compreensão e construção de um vínculo, o que pode aumentar a adesão desse público nas unidades básicas de saúde.

O estudo mostrou relevância para a saúde, pois possibilitou a problematização de questões que muitas vezes não são abordadas na unidade por falta de tempo ou talvez por achar que os adolescentes não estão interessados.

Embora o objetivo da pesquisa tenha sido alcançado, os resultados constituem uma análise de um grupo específico, necessitando que outras pesquisas sejam realizadas, ampliando para outras unidades básicas e outras categorias profissionais. Espera-se que essa pesquisa possa orientar a atuação profissional sobre o planejamento familiar com os adolescentes para que além de serem melhor compreendidos acerca de sua fase de transformação, a abordagem desse tema também seja realizada com foco nas vivências desse público.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, M.M.R.; LIMA, L.A.; LOPES, C.V. et al. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol.31 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2009
- ARAGÃO, J.M.N.; GUBERT, F. do A.; TORRES, R.A.M. et al. O uso do facebook na aprendizagem em saúde: percepções dos adolescentes escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 17, n. 2. Brasília, mar-abr, 2018
- ARROYO, A.A.; MASIS, R.C.; ARCE, M.C.; et al. Maternidad adolescente: herramientas para una mejor calidad de vida. **Medicina Legal de Costa Rica**, v. 28, n. 1, p. 25-29, março de 2011
- ALBUQUERQUE-SOUZA, A. X.; NÓBREGA, S. M.; COUTINHO, M. P. L. Representações sociais de adolescentes grávidas sobre a gravidez na adolescência. **Psicologia & Sociedade**; v24 n3, p. 588-596, 2012
- BAHAMONDES, L.; PINHO, F.; MELO, N.R.; et al. Fatores associados à descontinuação do uso de anticoncepcionais orais combinados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**: vol. 33, n. 4, p. 303-309, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BINDA, J.; BIANCO, M.F.; SOUSA, E.M. O trabalho dos agentes comunitários de saúde em evidência: uma análise com foco na atividade. **Saude soc.** v.22, n.2 São Paulo abr-jun, 2013
- BERLESE, D.B.; BERLESE, D.B.; Ambiente social, mídia e obesidade na adolescência: proposta de reflexão. **Adolescência e Saúde**, v.13, supl. 1, p. 118-125, 2016.
- BORGES, A.L.V.; FUJIMORI, E.; KUSCHNIR, M.C.C., et al. ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. **Revista Saúde Pública**, v. 50, supl. 1, 2016.
- BRASIL, E.G.M.; AMORIM, D.U.; QUEIROZ, M.V.O. Atuação do agente comunitário de saúde no cuidado ao adolescente: propostas educativas. **Adolescência e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 28-35, 2013.
- BOUZAS, I.; PACHECO, A.; EISENTEIN, E. Orientação dos principais contraceptivos durante a adolescência. **Adolesc Saúde**, v. 1, n. 2, p. 27-33, 2004.
- BOTELHO, N.M.; ARAÚJO, S.G.; SOUZA, D.C. Aspectos clínico-epidemiológicos das mulheres pós-abortamento em hospital de referência. **Revista para. Med.**, v. 24, n. 1, 2010
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010**. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco Legal – Saúde, um direito de adolescentes**. Brasília, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anticoncepção de emergência – Perguntas e respostas para profissionais de saúde**. Brasília, 2011

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata [recurso eletrônico]**. – 9. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde [Internet]. Secretaria Executiva. **Datasus**. Acesso em outubro de 2016. TABNET. Estatísticas Vitais, 2014. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Assistência Integral a Saúde da Mulher**. Brasília, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência ao Planejamento Familiar – Manual Técnico**. Série A Normas e Manuais Técnicos, nº 40, 4ª edição. Brasília, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E Legislação em Saúde. Brasília, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, 2010

CONSTANTINO, C.F. Contracepção de emergência e adolescência: responsabilidade e ética. **Revista Bioética**, v. 18, n. 2, p. 347-361, 2010

COELHO, E.A.C.; LUCENA, M.F.G.; SILVA, A.T.M. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.34, n. 1, p. 37-44, 2000

COUTINHO, R.; MOLEIRO, P. Aconselhamento sexual e contraceptivo aos adolescentes: a importância do gênero. **Adolescência e Saúde**, v.14, n.1, p. 112-118, jan-mar, 2017.

COSTA, A.M. Planejamento familiar no Brasil. **Revista Bioética**, v. 4, n. 2, p. 209-215, 1996

COSTA, A.; ROSADO, L.; FLORÊNCIO, A.; et al. História do planejamento familiar e sua relação com os métodos contraceptivos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 74-86, jan-mar, 2013

COSTEIRA, O. **Caderno de terapêutica - Gravidez precoce: do pediatra direto ao obstetra**. Laboratório FQM-Farmoquímica S/A, Rio de Janeiro/RJ, 2003

FIGUEIREDO, R.; BASTOS, S.; TELLES, J.L. Perfil da distribuição da contracepção de emergência para adolescentes em município do Estado de São Paulo. **Journal of Human Growth and Development**, v. 22, n. 1, p. 1-15, 2012

GATTI, B.A. Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Brasília: Líber Livro Editora. **Série Pesquisa em Educação** v. 10, 2005

GONTIJO, D.T.; MEDEIROS, M. Significados da maternidade e paternidade para adolescentes em processo de vulnerabilidade e desfiliação social. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v. 12, n. 4, p.607-15, out/dez 2010

GONÇALVES, H.; MACHADO E.C.; SOARES, A.L.G. et al. Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.18, n.1, p. 1-18, jan-mar, 2015

GOMES-MACIAZEKI, R.C.; SOUZA, C.D.; BAGGIO, L, et al. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.21, n.5, p. 1637-1646, 2016.

GRACIANO, M.M. de C.; MARCOS, V.C.; JUNIOR, H.S. et al. Saúde reprodutiva na adolescência: comunicação, funcionalidade da família e comportamento preventivo. **Adolescência e Saúde**, v. 11, n. 3, p. 87-95, jul-set, 2014.

HOLANDA, A.A.R.; PESSOA, A.M.; HOLANDA, J.C.P.; et al. Adequação do dispositivo intrauterino pela avaliação ultrassonográfica: inserção pós-parto e pós-abortamento versus inserção durante o ciclo menstrual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 8, p.373-378, 2013

HORTA, N.C.; MADEIRA, A.M.F.; ARMOND, L.C. **Desafios na atenção à saúde do adolescente. In: Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica/** organizadoras Ana Luiza Vilela Borges, Elizabeth Fujimori – Barueri, SP, Manole: 2009

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Taxa de fecundidade total**. 2009

JAGER, M.E.; BATISTA, F.A.; PERRONE, C.M.; et al. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 211-221, abr-jun, 2014.

JUNIOR, J.C.F.; NAHAS, M.V.; BARROS, M.V.G. et al. Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Revista Panamericana Salud Publica**, v.25, n.4, 2009

KEBIAN L.V.A.; ACIOLI S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.16, n.1, p. 169-169, jan-mar, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20260>

MENDOZA, L.F.T.; ARIAS, M.G.; PEDROZA, M.P.; et al. Actividad sexual em adolescenciaprematura: problema de salud pública em una ciudad colombiana. **Revista Chilena Obstetricia e Ginecologia**, v. 77, n. 4, p. 271-279, 2012

MALTA, D.C.; SILVA, M.A.I.; MELLO, F.C.M., et al. Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.14, supl. 1, São Paulo, 2011.

MATIAS, E.L.; SOUSA, C.N.S.; NEVES, C.S., et al. Estratégia educativa como tecnologia facilitadora para promoção da saúde do adolescente no âmbito escolar. *Adolescência e Saúde*, v.10, n. 2, p.7-14, 2013

MOURA, E.R.F.; SOUSA, I.O.; AMÉRICO, C.F.; et al. Prática anticoncepcional e aspectos sexuais e reprodutivos de acadêmicos de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.15, n.2, p. 225-232, abr-jun, 2011.

MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: . In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; NETO, O.C., et al. **Pesquisa Social**. 20º ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002, p. 9-27

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração do Milênio das Nações Unidas**, 08 de Setembro de 2000.

NADALETI, N.P.; MURO, E.S.; CHAVES, E.C.L., et al. Habilidades de vida: estratégia de prevenção do uso de substâncias psicoativas entre adolescentes. **Adolescência e Saúde**, v.15, n.3, p. 36-43, 2018.

NETTO, J.J.M.; DIAS, M.S.A.; MACHADO, M.F.A.S., et al. Construção e validação de instrumento para subsidiar o cuidado ao adolescente na Atenção Primária a Saúde. **Adolescência e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 92-101, 2018.

NICOLAU, A.I.O.; DANTAS, R.C.; GADELHA, A.P.P.; et al. Conhecimento, atitude e prática de mulheres residentes no meio rural acerca dos métodos contraceptivos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 164-170, jan/mar, 2012

PENAFORTE, M.C.L.F.; SILVA, L.R.; ESTEVES, A.P.V.S; et al. Conhecimento, uso e escolha dos métodos contraceptivos por um grupo de mulheres de uma unidade básica em Teresópolis, RJ. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n.1, p. 124-130, jan/mar, 2010

POLI, M.E.H.; MELLO, C.R.; MACHADO, R.B.; et al. Manual de anticoncepção da FEBRASGO. **Femina**, v. 37, n. 9, set, 2009

PRIETSCH, S.O.M.; GONZÁLEZ-CHICA, D.A.; CESAR, J.A.; et al. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1906-1916, out, 2011.

QUEIROZ, M.V.O.; VASCONCELOS, M.M; ALCÂNTARA, C.M. Características sociodemográficas e gineco-obstétricas de adolescentes assistidas em serviço de planejamento familiar. *Revista de Enfermagem UFSM*, v.7, n.4, p. 615-628, Out./Dez, 2017.

REBELLO, L.E.F.d.S.; GOMES, R. Iniciação sexual, masculinidade e saúde: narrativas de homens jovens universitários. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 653-660, 2009.

RIBAS, J.M.M. Consejería em anticoncepcion para adolescentes y juvenes. **Sociedade Iberoamericana de Información Científica**, 2016.

ROMEU, G. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; NETO, O.C., et al. **Pesquisa Social**. 20º ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002, p. 67-80.

SANCHES, M.A.; SIMAO-SILVA, D.P. Planejamento familiar: do que estamos falando? **Revista Bioética**. v. 24, n. 1, p.73-82, 2016.

SANTOS, K.A. Teenage pregnancy contextualized understanding reproductive intentions in a Brazilian shantytown. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 655-664, Rio de Janeiro, abril de 2012.

SANTOS, A.C.F. REIS, T.M.; OLIVEIRA, V.C.C. et al. Conhecimento das adolescentes sobre anticoncepcionais orais em uma escola de ensino médio do Município de Amorinópolis – GO. **Revista Faculdade Montes Belos**, v. 8, n. 4, p. 77-202, 2015.

SANTOS, A.A.G.; SILVA, R.M.; MACHADO, M. de F.A.S. et al. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde e do adolescente. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n. 5, p.1275-1284, 2012.

SANTOS, J. C.; FREITAS, P.M. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.3, p. 1813-1820, 2011.

SILVA, M.R.B.; SANTOS, M.E. Por que elas não usam? Um estudo sobre a não adesão das adolescentes ao preservativo e suas repercussões. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 4, p. 75-83, 2015.

TAQUETTE, S.R. Violência entre namorados na adolescência. **Adolescência e Saúde**, vol. 6, n. 2, p. 6-12, abr/jun, 2009.

TRAD, L.A.B. Grupos Focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

UCHIMURA, N.S.; UCHIMURA, T.T.; ALMEIDA, L.M.M.; et al. Conhecimento, aceitabilidade e uso do método *Billings* de planejamento familiar natural. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre/RS, v. 32, n. 3, p. 516-523, 2011.

WONG, L.L.R.; BONIFÁCIO, G.M. Retomada da queda da fecundidade na América Latina. Evidências para a primeira década do século XXI. **Revista Latinoamericana de Población**. Año 3, nº 4-5, p. 93-121, 2009.

ZANETTINI, A.; SOUZA, J.B.; FINGER, D. A música contribui para o desenvolvimento saudável da adolescência? Percepção do familiar. **Revista de enfermagem do centro-oeste mineiro**, v.7, n.1994, 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ concordo em participar do trabalho de pesquisa desenvolvido pela Enfermeira Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) Carolina Coutinho Costa (coutinhocarolc@hotmail.com telefone: 32319434) intitulado “Planejamento familiar para adolescentes: a percepção do agente comunitário de saúde” sob a orientação da Prof. Dr^a Daniele Ferreira Acosta (nieleacosta@gmail.com). O mesmo tem por objetivo conhecer o saber dos agentes comunitários de saúde acerca do planejamento familiar e compreender a percepção dos agentes comunitários de saúde, que atuam nessa unidade, sobre o planejamento familiar realizado com adolescentes.

O estudo tem abordagem qualitativa, descritiva-exploratória com técnica de coleta de dados de grupo focal. Será realizada uma roda de conversa com questões norteadoras propostas pelo moderador da pesquisa. Assim declaro que fui informado (a):

- * dos objetivos, da justificativa do trabalho e que a coleta de dados será realizada através de uma roda de conversa com gravador digital;
- * da garantia de requerer resposta a qualquer dúvida acerca dos riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao estudo;
- * de que a pesquisa não apresenta riscos biológicos ou físicos que possam me afetar, no entanto se houver algum tipo de incômodo, constrangimento que possa gerar algum tipo de abalo emocional, serei encaminhado (a) ao Serviço de Psicologia do Núcleo de Apoio a Saúde da Família Urbano II;
- * não terei gastos, nem benefícios diretos, não terei nenhum tipo de recompensa, mas problematizarei a temática em pauta que é importante para minha área de atuação;
- * da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo;
- * da segurança de que não serei identificado, e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade nas futuras publicações;
- * de que serão mantidos todos os preceitos Éticos e Legais durante e após o término do trabalho, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos;
- * do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho, bem como dos resultados, ainda que isso possa afetar minha vontade de continuar participando;
- * de que os resultados do trabalho serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e divulgados para a comunidade geral e científica em eventos e publicações;
- * da liberdade de obter esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde – CEPAS, da FURG, localizado no HU ou mediante contato com a pesquisadora responsável.

O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com a (o) participante da pesquisa.

Rio Grande, ____/____/2017.

Participante

Enf. Res. Carolina Coutinho Costa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

APÊNDICE B – ROTEIRO

Idade:

Situação Conjugal:

Escolaridade:

Tempo de atuação na unidade:

Filhos: ()sim ()não

Idade dos filhos:

Capacitação em planejamento familiar: ()sim, onde? Quando?
()não

Questões norteadoras:

1. Qual o entendimento do grupo sobre planejamento familiar?
2. Como vocês visualizam o planejamento familiar no trabalho dos ACS?
3. Existem dificuldades e facilidades para abordar o tema?
4. Qual o público-alvo do planejamento familiar?
5. Qual a importância de abordar o planejamento familiar entre os adolescentes?
6. Quais estratégias necessárias para qualificar o planejamento familiar entre adolescentes?

APÊNDICE C – MEMORANDO DE ENCAMINHAMENTO NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Ao Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva

Eu, Carolina Coutinho Costa, solicito a autorização para realizar a pesquisa intitulada “PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ADOLESCENTES: A PERCEPÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE” que tem como conhecer o saber dos agentes comunitários de saúde acerca do planejamento familiar e compreender a percepção dos agentes comunitários de saúde, que atuam nessa unidade, sobre o planejamento familiar realizado com adolescentes. Esta pesquisa será realizada com todos os Agente Comunitários de Saúde que atuam na UBSF Castelo Branco, que aceitarem participar do estudo. O projeto seguirá os preceitos éticos previstos na Resolução nº 466 de 2012, para tanto só terá início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande

Rio Grande, de 2017.

Prof^a. Dr^a. Daniele Ferreira Acosta

Enf. Residente Carolina Coutinho Costa

APÊNDICE D – MEMORANDO DE ENCAMINHAMENTO CEPAS/FURG

Ilma. Sra. Eli Sinnot

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde – CEPAS/FURG

Vimos por meio deste solicitar a Vossa Senhoria a avaliação da pesquisa –“PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ADOLESCENTES: A PERCEPÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE”. Será desenvolvida por pesquisadora enfermeira residente Carolina Coutinho Costa, sob responsabilidade da Profª. Drª. Daniele Ferreira Acosta, na Unidade Básica de Saúde da Família Luiz Gonzaga Dora. O objetivo geral do estudo é conhecer o saber dos agentes comunitários de saúde acerca do planejamento familiar e compreender a percepção dos agentes comunitários de saúde, que atuam nessa unidade, sobre o planejamento familiar realizado com adolescentes. Será operacionalizado através de instrumentos com informações acerca do perfil sociodemográfico e será realizado um encontro de grupo focal entre pesquisadora e os agentes comunitários de saúde, para refletir o tema a partir de questões norteadoras. Se enquadram no estudo todos agentes comunitários de saúde que atuam na UBSF Luiz Gonzaga Dora que aceitarem participar da pesquisa e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, sendo que os dados serão analisados por análise temática. Na certeza de contar com a sua colaboração aproveitamos a oportunidade para registrar nossa consideração.

Rio Grande, de 2017.

Profª. Drª. Daniele Ferreira Acosta

Enf. Residente Carolina Coutinho Costa

APÊNDICE E - DECLARAÇÃO DO DIRETOR DA ESCOLA DE ENFERMAGEM

Ilmo. Prof. Dr.Edison Luiz DevosBarlem

Diretor da Escola de Enfermagem/FURG

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa “PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ADOLESCENTES: A PERCEPÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE” e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Declaro, também, que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto e autorizo a sua execução nos termos propostos.

Rio Grande, de 2017.

Prof. Dr.Edison Luiz DevosBarlem