

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ALANNA MICHELLA OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA A ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR
NA PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE
ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE SATUBA -
ALAGOAS**

**MACEIÓ – ALAGOAS
2015**

ALANNA MICHELLA OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA A ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR
NA PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE
ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE SATUBA –
ALAGOAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Valéria Bezerra Santos.

**MACEIÓ – ALAGOAS
2015**

ALANNA MICHELLA OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA A ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR
NA PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE
ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE SATUBA –
ALAGOAS**

Banca examinadora

Prof.^a Valéria Bezerra Santos – UFMG

Prof.^a Polyana Oliveira Lima – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 6 de Maio de 2015.

A Deus, que tem me proporcionado vivenciar experiências engrandecedoras e dar meu retorno como profissional. E às pessoas que me fazem acreditar em um mundo mais justo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, dono de toda a sabedoria e misericordioso com seus filhos. Reconheço-me como pequena e agradeço essa oportunidade de realizar mais esse trabalho em minha vida, no qual aprendi muito e me aperfeiçoei profissionalmente.

Aos meus pais, anjos de Deus em minha vida, o motivo pelo qual cheguei até aqui e anseio ir mais além – tudo por eles!

Ao meu noivo, Luan, que me entendeu nas minhas ausências, pela sua compreensão e, principalmente, pelo seu amor e companheirismo. Não sou inteiramente eu sem você.

À minha família, especialmente ao meu irmão, minhas primas Sara, Samara, Andréia, Ariane, meu primo Eduardo e Tia Remilda, que sempre me incentivam e me confortam nos momentos difíceis pelo simples fato de estarem a meu lado, além de seu amor e torcida incondicional.

Às minhas coordenadoras do PROVAB em Satuba, Maria Simone, Maristela e Rita de Cássia, pelo apoio, amizade e parceria.

À minha equipe do Programa Saúde na Escola, as enfermeiras Cristiene, Beatriz e Emilly, cada uma com seu jeito único. Obrigada pela parceria e pelos aprendizados em conjunto.

À equipe de saúde da ESF V, pela excelente acolhida, confiança e parceria no trabalho.

Aos meus demais colegas de pós-graduação e a minha tutora e orientadora, Valéria Bezerra, pelos momentos compartilhados de valiosas discussões e conhecimento.

Aos professores, diretores, coordenadores, cada profissional do município de Satuba, pais e estudantes, pela acolhida e parceria nesse ano proveitoso de trabalho.

Aos meus amigos que sempre me arrancam um sorriso do rosto e pelos quais tenho um carinho imenso. Obrigada pela verdade em nossa amizade.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente na produção desse trabalho, o meu muito obrigada de coração!

RESUMO

Satuba está situada a 15 km da capital Alagoana, Maceió, com área de 42.628 Km² e população de 15.737 habitantes segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Há uma gama de problemas sociais existentes no município gerados pelas condições de vida da população limitada financeiramente. A ESF V está localizada na zona urbana, por ela são atendidas cerca de 680 famílias, aproximadamente 2.584 pessoas. Foi constatado o baixo envolvimento dos adolescentes com as ações voltadas à saúde, os quais procuram a ESF apenas em quadros agudos de adoecimento ou para acompanhamento pré-natal de gestantes adolescentes. O objetivo deste trabalho é propor um plano de intervenção visando à promoção da saúde sexual e reprodutiva para adolescentes de uma escola de Satuba, Alagoas. É um trabalho descritivo, o método utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES) para determinação do problema prioritário, identificação dos nós críticos e orientação das ações. Foi elaborado um plano de intervenção contendo atividades educativas abordando a sexualidade para adolescentes de 10 a 19 anos de idade, professores, coordenadores, pais e profissionais da equipe de saúde da família. O plano está estruturado em torno de quatro nós críticos: hábitos e estilos de vida; pressão social; nível de informação; processo de trabalho da equipe de saúde. A partir disso, fazem-se necessárias ações contínuas que visem a ampliar seu conceito, promover o adequado desenvolvimento do adolescente, torná-lo autônomo no cuidado à saúde e desenvolver sua consciência crítica para a tomada de escolhas e realização de projetos de vida.

Palavras-chave: Sexualidade. Educação sexual. Saúde escolar.

ABSTRACT

Satuba is situated 15 km from the capital of Alagoas, Maceió, with an area of 42,628 km² and a population of 15,737 inhabitants according to the Brazilian Institute of Geography and Statistics - IBGE. A range of social problems in the city generated by the living conditions of the financially limited population. The ESF V is located in the urban area, for it are assisted about 680 families, about 2,584 people. The low involvement of adolescents with actions aimed at health was found, which seek ESF only in acute cases of illness or pre-natal care of pregnant adolescents. The objective of this work is to propose an action plan aimed at promoting sexual and reproductive health for adolescents in a school Satuba, Alagoas. It is a descriptive study, the method used was the Situational Strategic Planning (PES) to determine the priority problem, identification of critical nodes and orientation of actions. An action plan containing educational activities addressing sexuality for adolescents 10-19 years of age, teachers, coordinators, parents and family health team professionals was developed. The plan is structured around four critical problems: habits and lifestyles; social pressure; level of information; work process of the healthcare team. From this, are necessary continuous actions aimed at expanding its concept, promote adequate adolescent development, make it autonomous in health care and develop their critical consciousness for making choices and realization of life projects.

Keywords: Sexuality. Sex education. School health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
1.1	Caracterização do Município	8
1.2	Histórico de Criação do Município	8
1.3	Aspectos Geográficos	9
1.4	Aspectos Socioeconômicos	11
1.5	Aspectos Demográficos	12
1.6	Sistema Local de Saúde	16
1.7	Estratégia Saúde da Família V	17
2	JUSTIFICATIVA	20
3	OBJETIVOS	21
3.1	Objetivo Geral	21
3.2	Objetivos Específicos	21
4	METODOLOGIA	22
5	REVISÃO DE LITERATURA	24
5.1	Atenção à saúde do adolescente	24
5.2	Gênero e Cultura	25
5.3	Perfil da Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes Brasileiros	28
5.4	Educação Sexual e Reprodutiva como Promoção à Saúde	29
6	PROJETO DE INTERVENÇÃO	32
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

1.1 Caracterização do Município

Satuba está situada a 15 km da capital Alagoana, Maceió, com uma área de 35.199 Km² e população de 13.241 habitantes segundo estimativa de 2014 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (IBGE, 2015).

Os gestores do município são:

- Prefeito: José Paulino Acioly;
- Secretário Municipal de Saúde: Diógenes José Neto de Amorim;
- Assessoria de Comunicação: Ronaldo Lima;
- Coordenadora de Atenção Básica: Maristela Pereira Costa;
- Coordenador de Vigilância Epidemiológica: Diego Pereira da Silva;
- Coordenadora do Planejamento: Cecília Guimarães Villaverde Lopes.

1.2 Histórico de Criação do Município

Satuba era um povoado denominado Carrapato, formada principalmente por algumas casas de taipas, cujos pioneiros foram familiares de Manoel Joaquim de Barros e de sua esposa Úrsula de Melo Barros, cujas terras pertenciam à vila de Santa Luzia do Norte, e depois a Rio Largo, de onde foram desmembradas (SATUBA, 2014).

Uma capela foi construída no Povoado em 1893, reformada posteriormente para ser a Matriz de Nossa Senhora da Guia. O desenvolvimento do povoado decorria da produção de dois sítios e dois engenhos, um dos quais se localizava no terreno onde funciona hoje a Escola Agrotécnica Federal de Satuba (Instituto Federal de Educação Tecnológica de Alagoas - IFAL, polo Satuba). A navegação lagunar, com pequenas embarcações, fazia a comunicação com Santa Luzia, Coqueiro Seco e Maceió (SATUBA, 2014).

O crescimento populacional do então Povoado Carrapato começou com a chegada da linha férrea, seguida pela criação de várias estradas de rodagem, as quais ligavam a capital ao interior, principalmente à região do Agreste e do Sertão. Tal fato proporcionou a implantação da primeira escola pública do povoado, que até 1950 pertencia a Rio Largo (SATUBA, 2014).

O primeiro comerciante a se estabelecer na localidade foi José Ferreira de Barros, e o primeiro serviço público a ser instalado foi a agência dos Correios (SATUBA, 2014).

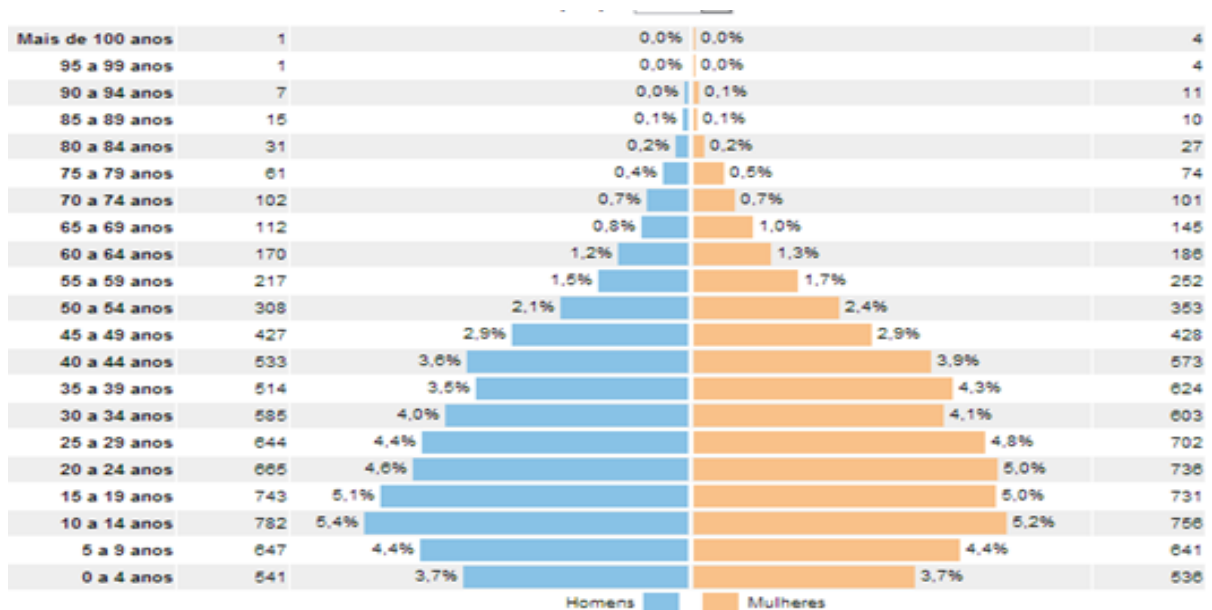
Passado o censo demográfico, os moradores iniciaram a luta pela emancipação. Com isso, em 1960, a lei nº 2.265 estabeleceu a sua autonomia política e administrativa. A iniciativa recebeu o apoio dos políticos Aristeu Lopes de Oliveira e Walter Figueiredo, este último sendo deputado estadual por Rio Largo na época (SATUBA, 2014).

A fim de marcar essa transição, Carrapato teve o nome mudado para Satuba que, segundo a professora Carmem Lúcia Dantas, foi devido à abundância de uma espécie de formiga, chamada saúva ou saúba, que muito incomodava os operários que construíam a trilha férrea da Great Western (SATUBA, 2014).

1.3 Aspectos Geográficos

Segundo o Censo Demográfico realizado pelo IBGE em 2010, a população era de 14.603 habitantes, a maior parte composta por jovens, tendo 85% dela enquadrada na faixa etária de menos de 40 anos de idade (IBGE, 2015).

Figura 1 – Pirâmide Etária do município de Satuba – AL, 2012.



Fonte: IBGE, Censo demográfico 2010.

Comparando-se com a pirâmide etária do Brasil, o município mostra características distintas, apresentando um alargamento da base, que é a população mais jovem, e um estreitamento do topo, que representa a população idosa. Tal fato é reflexo das condições socioeconômicas da população e também da falta de acesso à tecnologia dos serviços de saúde, apesar de situar-se a poucos quilômetros da capital Maceió.

Satuba possui o número de 3.823 domicílios particulares, segundo o Censo demográfico de 2010 (IBGE), tendo uma média de quatro pessoas por domicílio.

Tabela 1 – Distribuição das Pessoas em Satuba – AL no ano de 2012.

População	Mulheres	Homens
< 1 ano	61	59
1 a 4 anos	354	357
5 a 9 anos	508	514
10 a 20 anos	953	650
20 a 39 anos	2.220	1909
40 a 49 anos	900	782
50 a 59 anos	593	488
> 60 anos	598	524

Fonte: Plano Municipal de Saúde, 2014 – 2017.

Cerca de 97% do total dos imóveis são constituídos por adobe/tijolo. Todavia, ainda é considerável a quantidade de imóveis de taipa sem revestimento, em áreas isoladas, o que está relacionado à ocorrência de diversas doenças de importância epidemiológica como Chagas, dengue, leptospirose, entre outras (SATUBA, 2014).

Tabela 2 – Distribuição do tipo de habitação, Satuba – AL, 2012.

Tipo de casa	
Tijolo/Adobe	3.304
Taipa Revestida	36
Taipa não revestida	28
Madeira	7
Material Aproveitado	9

Outros Tipos	9
--------------	---

Fonte: Plano Municipal de Saúde, 2014 - 2017.

1.4 Aspectos Socioeconômicos

Satuba tem um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM 2010) de 0,660. Sabendo-se que quanto mais próximo de 1 for o IDHM, melhor a qualidade de vida daquela população (SATUBA, 2014).

Grande parcela da população (12.792 pessoas – 87,6%) vive na zona urbana e apenas 12,4% (1.811 pessoas) residem na zona rural (IBGE, 2015).

O valor do rendimento médio mensal por domicílio na zona urbana é de R\$ 1.553,43, com renda per capita mediana de R\$270,80. Nos domicílios da zona rural, o valor do rendimento médio mensal é de R\$792,73 e renda mediana per capita de R\$162,50 (IBGE, 2015).

Quanto à distribuição da forma de abastecimento de água cadastrada no município de Satuba – Alagoas no ano de 2012, a maior parte da população do município (73,5%) está coberta pela rede pública de abastecimento de água, enquanto que 23% dos imóveis utilizam formas alternativas como poços ou nascentes (SATUBA, 2014).

Tabela 3 – Distribuição da forma de abastecimento de Satuba – AL, 2012.

Abastecimento de água	Porcentagem
Rede pública	2.499 73,5%
Poço ou nascente	776 23%
Outros	118 3,5%

Fonte: Plano Municipal de Saúde, 2014 - 2017.

A maior parte das residências (35%) do município de Satuba não faz uso de nenhum tipo de tratamento da água (SATUBA, 2014).

Tabela 4 – Distribuição do tratamento de água Satuba – AL, 2012.

Tratamento de Água no Domicílio	
Filtração	1.303

Fervura	37
Cloração	839
Sem tratamento	1.214

Fonte: Plano Municipal de Saúde, 2014 - 2017.

A maioria dos imóveis cadastrados é atendida pela coleta pública de lixo (SATUBA, 2014).

Tabela 5 – Distribuição do destino do lixo Satuba – AL, 2012.

Destino do Lixo	Número	Porcentagem
Coleta Pública	3.195	94%
Queimado/Enterrado	49	1,6%
Céu Aberto	149	4,4%

Fonte: Plano Municipal de Saúde, 2014 - 2017.

Observando a destinação final dos dejetos humanos nos domicílios, no ano de 2012, 6% dos imóveis cadastrados descartavam fezes e urina a céu aberto, 61% dos imóveis eram beneficiados com sistema de esgoto e 33% destinavam seus dejetos em fossas sépticas. O município não dispõe de unidade de tratamento de esgoto (SATUBA, 2014).

Tabela 6 – Distribuição do destino de fezes e de urina segundo Satuba – AL, 2012.

Destino das Fezes/Urina	Número	Porcentagem
Sistema de Esgoto	2.095	61%
Fossa	1.106	33%
Céu Aberto	192	6%

Fonte: Plano Municipal de Saúde, 2014 - 2017.

As principais atividades econômicas desenvolvidas no município são o comércio, ensino e a agricultura (SATUBA, 2014).

1.5 Aspectos Demográficos

Satuba tem densidade demográfica de 342,57 hab/km².

Um total de 10.912 pessoas residentes no município são alfabetizadas, correspondendo a 74,7% da população. No ano de 2012, foram efetuadas 2.523 matrículas no ensino fundamental e 898 matrículas no ensino médio.

Tabela 7. Nº de nascidos vivos segundo município de nascimento e tipo de parto, Satuba - AL, 2012.

Município	Vaginal	Cesário	Total
Ocorrência			
Maceió	49	87	137

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

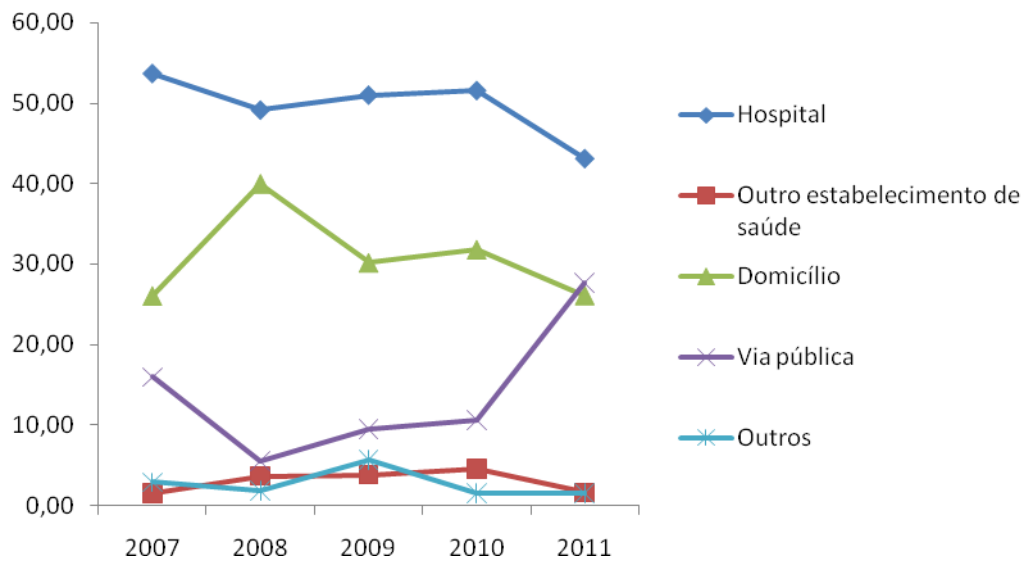
A tabela oito mostra que 100% dos nascimentos do município de Satuba ocorrem no município de Maceió, que é a referência em serviços de saúde para esta região. O número de cesarianas, 65% dos partos, é maior que o número de partos normais (SATUBA, 2014).

Em 2012, o perfil de mortalidade seguiu a tendência de 2011, tendo como principal causa de morte as causas externas, apresentando-se em 37,5% dos óbitos (SATUBA, 2014).

Dentre as causas externas, a maioria se caracteriza como homicídio por agressão com arma de fogo ou objeto perfuro-cortante. A faixa etária mais atingida são os adultos jovens (15 a 49 anos) do sexo masculino (SATUBA, 2014).

A segunda causa de morte são as doenças do aparelho circulatório (29%). Destas, as principais causas o infarto agudo do miocárdio (IAM) com 18%, e acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico com 11%, atingindo predominantemente o sexo masculino (63,5% dos óbitos), na faixa etária acima de 50 anos. As afecções originadas no período perinatal ocupam o sexto lugar como causa de morte, esses óbitos correspondem às infecções gravídico-puerperais, ou seja, aos óbitos infantis (05) e fetais (02) (SATUBA, 2014).

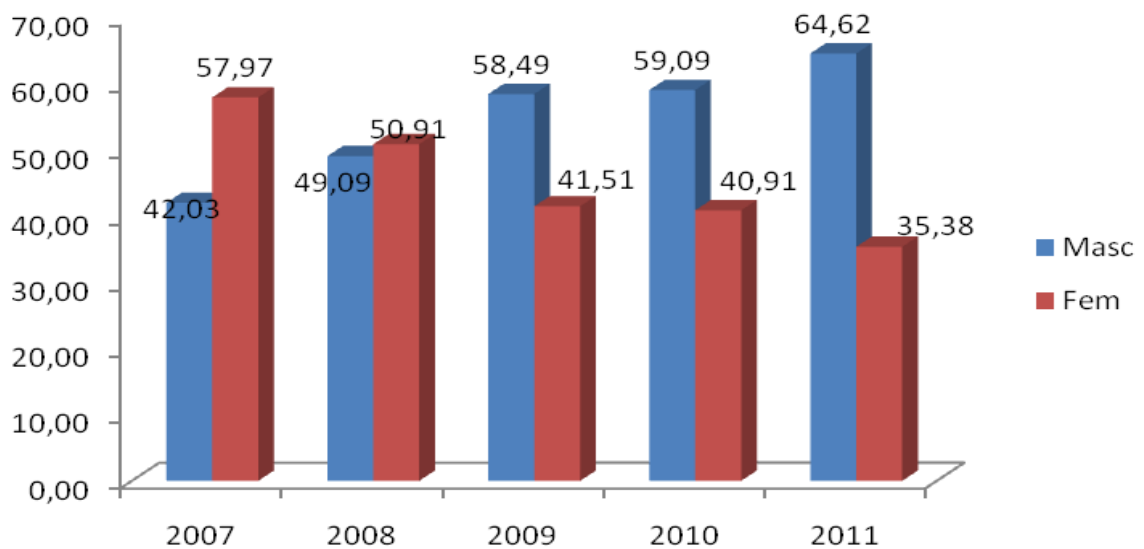
Figura 2 – Proporção de óbitos segundo local de ocorrência, Satuba - AL, 2007 a 2011.



Fonte: MS/SVS/DASIS – SIM.

Percebe-se que nos anos de 2007 e 2008 a maior proporção dos óbitos foi do sexo feminino; porém, em 2009, 2010 e 2011 as maiores proporções foram do sexo masculino, convergindo com a causalidade dos óbitos (causas externas).

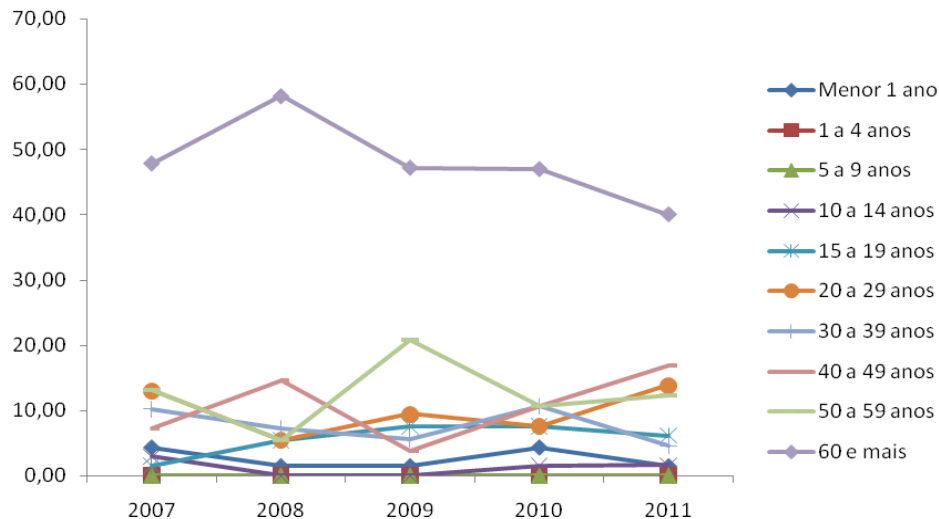
Figura 3 – Proporção de óbitos segundo sexo, Satuba - AL, 2007 a 2011.



Fonte: MS/SVS/DASIS - SIM

Em relação à faixa etária, percebe-se redução dos óbitos em idosos e aumento em adultos jovens. Verifica-se ainda redução de óbitos em menores de um ano.

Figura 4 – Proporção de óbitos segundo faixa etária, Satuba - AL, 2007 a 2011.



Fonte: MS/SVS/DASIS - SIM

Quanto às morbidades ou agravos notificados, no ano de 2012, aconteceram 20 casos confirmados de Dengue, 60% foram do sexo feminino e 40% masculino. A faixa etária mais acometida foi a de 20 a 34 anos com percentual de 40%, seguindo da faixa etária de 35 a 49 com percentual de 30%, as faixas etárias de 15 a 19, 1 a 4 e 50 a 64 seguem com percentual de 15%, 10% e 5% respectivamente (SATUBA, 2014).

Quanto à tuberculose e o tipo de entrada dos casos, são quatro casos novos, um por reingresso após abandono e dois por transferência. Sendo 85% dos casos da forma pulmonar e 15% da extrapulmonar. A faixa etária mais acometida foi a de 20 a 49 anos, totalizando 71,5% dos casos. O sexo masculino totaliza 57% dos casos e o feminino 43%. Desses casos, 71,7% evoluíram para cura, porém houve um abandono e um documentado como ignorado ou branco (SATUBA, 2014).

O atendimento antirrábico humano representou 80% dos casos notificados na Unidade Central de Saúde Drº José Lobo de Oliveira. Destes, 90% foram agredidos por animais da espécie canina (SATUBA, 2014).

Duas unidades notificaram violências sexuais e/ou outras (SATUBA, 2014).

Foi constatado que aproximadamente 57% da população satubense vive na linha da pobreza (SATUBA, 2014). Isto denota a gama de problemas sociais existentes no município gerados pelas condições de vida limitadas financeiramente, o que reflete nos outros campos da vida diária.

1.6 Sistema Local de Saúde

Ao todo, no município, há 11 estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Há seis Unidades de Saúde da Família (USF), cada qual com sua equipe de saúde da família. Contudo, já está aprovado o piso para mais duas USF, as quais já se encontram em construção. A cobertura do município pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) corresponde a 100% da população. Há 36 agentes comunitários de saúde atuantes em suas respectivas unidades e áreas de abrangência; seis equipes de Saúde Bucal cadastradas e implantadas, cinco delas sendo da modalidade I (composta cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal) e 1 modalidade II (composta por cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal); além de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) tipo 1.

Satuba tem em seu sistema de referência e contrarreferência, no próprio município, um Centro de Saúde e um Centro de Reabilitação. Na cidade vizinha, a capital Maceió, as instituições referenciadas são o Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), o Hospital Geral do Estado (HGE) e o Hospital Santo Antônio, tendo as consultas de especialidades gerenciadas pelo SISREG (Sistema de Regulação).

A rede de média e alta complexidade abrange o Centro de Saúde para atendimento ambulatorial e pequenas urgências, o Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), o HGE para outras urgências, o HUPAA para especialidades e o Hospital Santo Antônio para obstetrícia.

O repasse dos recursos é feito fundo a fundo. O Fundo Municipal de Saúde tem o CNPJ 13.232.096/0001-65.

O Conselho Municipal de Saúde do município de Satuba é composto por 12 membros titulares e seus respectivos suplentes, sendo seis (50%) representantes dos usuários do Sistema Único de Saúde, três (25%) representantes do governo municipal e prestadores de serviços de saúde e três (25%) representantes dos trabalhadores de saúde. O Conselho se reúne ordinariamente uma vez ao mês e

extraordinariamente quando convocado pelo Presidente ou a requerimento de 1/3 (um terço) de seus membros.

Há 148 trabalhadores inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), uma ínfima parcela são servidores públicos (estatutários), os demais são empregados públicos (celetistas) ou contratados por prazo determinado (sem vínculo). A carga horária de trabalho varia entre 20 horas e 40 horas semanais.

1.7 Estratégia Saúde da Família V

A ESF V está localizada no bairro Centro de Satuba e divide com a ESF II o território desse bairro. São atendidas por ela, aproximadamente, 680 famílias, o equivalente a aproximadamente 2.584 pessoas em sua área de abrangência.

Os moradores da área trabalham em prestação de serviços no comércio local, em escolas e creches e também com a agricultura. Além de muitos se dirigirem à capital Maceió diariamente a trabalho, uma vez que o município compõe a região metropolitana do litoral do Estado.

Segundo a sala situacional decorrente da produção mensal da equipe de saúde da família, os agravos mais encontrados são as insuficiências respiratórias agudas (IRAs) em crianças, elevado número de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, um caso de tuberculose em tratamento e muitos achados de leucorreias e colonizações bacterianas nos resultados das citologias. Há poucas gestantes, cerca de 12 (referente a abril de 2014), e baixa procura pelos adolescentes ao serviço de saúde. Também foi constatado que a prática de educação em saúde, especialmente pelos profissionais de nível superior, é baixa. No ano de 2014, houve um caso de óbito fetal.

Na área da unidade de saúde, há cinco escolas, sendo uma de natureza privada, uma estadual e três municipais; nas quais há turmas da pré-escola, ensino fundamental, ensino médio e educação de jovens e adultos.

Como instituições de apoio da comunidade, existem cinco igrejas evangélicas e um grupo de Alcoólicos Anônimos. Bem como o Bosque Municipal (espaço destinado a comemorações e momentos de lazer), o Projeto Satuvinda (onde ocorrem atividades de promoção à saúde) e a Associação da Terceira Idade.

Na área de abrangência, ainda se situam o Posto de Coleta de Exames Laboratoriais municipal, uma agência dos Correios, uma agência do Banco

Bradesco, um cartório, como também existem serviços de fornecimento de água, telefonia e energia elétrica.

A ESF é de fácil acesso à comunidade. Funciona das 7h às 12h e das 14h às 17h. Contudo, possui problemas estruturais, pois se trata de uma casa alugada, adaptada, sem sala de vacina, sala de espera pequena e com os consultórios de enfermagem e odontológico situados no primeiro andar, cujo acesso é feito através de escada. A fim de solucionar tal problema, já está sendo construída uma unidade de saúde adequada para onde a equipe será transferida.

A equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, uma odontóloga, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal, seis agentes comunitários de saúde, um assistente administrativo, um auxiliar administrativo e um auxiliar de serviços gerais; com jornada de trabalho de 40 horas semanais.

Compõem a área física da USF V:

- Recepção e arquivo;
- Sala de espera;
- Sala de curativos;
- Sala de pré-consulta, onde também é realizada a vacinação (a caixa térmica com os imunobiológicos é levada diariamente para a unidade no início do dia e recolhida ao final, para que esses sejam acondicionados na sala de vacina do Centro de Saúde);
- Copa/cozinha;
- Área de serviço;
- Dois banheiros;
- Almoxarifado;
- Consultório de Enfermagem;
- Consultório médico;
- Consultório odontológico.

A partir do diagnóstico situacional realizado, foi confirmado tanto pela equipe de saúde da unidade, quanto constatado em visita técnica às escolas da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) V, o baixo envolvimento dos adolescentes com as ações voltadas a sua saúde, com uma mínima procura pelos mesmos à unidade básica de saúde, acontecendo isso apenas em quadros agudos

de adoecimento, assim como para acompanhamento pré-natal de gestantes adolescentes; tal condição é agravada pelo fato de que a equipe de saúde da família pouco desenvolve atividades de promoção à saúde para esse público, sendo relatado que, quando se tentou formar um grupo operativo para esses jovens, houve baixa adesão.

Dessa forma, faz-se necessário atuar no ambiente onde os adolescentes passam grande parte do seu dia, no qual constroem relações e amizades, adquirem conhecimento e formam opiniões: a escola. Trabalhar a educação em saúde nas escolas, segundo o perfil do ambiente e das pessoas, irá proporcionar não só uma aproximação do serviço de saúde à comunidade, mas também poderá influenciar na mudança dos indicadores de saúde daquela localidade ao ser adotada uma postura preventiva quanto a sua saúde pelos usuários.

Também é essencial integrar os profissionais da atenção básica, junto aos professores, a essas atividades, para que passem a fazer parte da sua rotina de serviço, considerando a igual relevância da prevenção e promoção à saúde e não apenas da assistência.

2 JUSTIFICATIVA

É visto que as escolas não têm em sua rotina, ou inclusos no seu Projeto Político Pedagógico, atividades de promoção à saúde, podendo até desconhecerem o Programa Saúde na Escola (PSE) e não compreenderem ainda que o bem-estar do estudante vai influenciar no processo ensino-aprendizagem e na evasão escolar.

A população de Satuba é, em sua maioria, pobre, sujeita a diversas vulnerabilidades, sendo uma delas e de maior repercussão, especialmente na vida da menina, a gravidez na adolescência, evento que altera seu crescimento e desenvolvimento físico, mental e social.

Além disso, o desenvolvimento sexual e reprodutivo é um dos temas propostos pelo PSE a ser trabalhado nas escolas, haja vista a repercussão negativa na vida dos adolescentes quando a fase por qual passam é interrompida com o advento de uma gravidez não planejada, que exige mais responsabilidades dos adolescentes e, ainda hoje, sofre estigmatização da sociedade; bem como o aparecimento de uma doença sexualmente transmissível (DST), que pode prejudicar a saúde não só de uma pessoa, mas de uma coletividade que se relaciona e menospreza as consequências de se adotar práticas sexuais desprotegidas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Propor um plano de intervenção com vistas à promoção da saúde com foco na sexualidade para adolescentes de uma escola de Satuba, Alagoas.

3.2 Objetivos Específicos

- Realizar momentos de educação em saúde relacionados ao desenvolvimento sexual e reprodutivo na escola para o público adolescente (10 a 19 anos de idade);
- Capacitar professores a abordarem o tema sexualidade na sala de aula;
- Buscar a parceria com a equipe de saúde da família que tem a escola em sua área de abrangência nas educações em saúde.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma proposta de plano de intervenção, criada a partir da identificação do problema no diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família V, no município de Satuba – AL.

O método utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES) para determinar o problema prioritário, identificar os nós críticos e orientar as ações (CAMPOS *et al.*, 2010).

No momento explicativo, foi realizado um diagnóstico situacional a partir do geral (o município de Satuba), para o intermediário (USF) e, em seguida, o particular (a Escola Estadual Manoel Gentil do Vale Bentes).

No momento normativo, dos problemas identificados na área da ESF V de Satuba, foi priorizada a promoção da saúde sexual e reprodutiva, pela ocorrência relevante de gravidez na adolescência e baixa procura dos adolescentes ao serviço de saúde, situações apresentadas tanto pela equipe de saúde da família, quanto pelo corpo docente da escola. Agregado ao baixo número de momentos de educação em saúde realizados pela equipe de saúde da família com o público adolescente.

No momento estratégico, foram pensadas e elaboradas as seguintes ações:

1. Reuniões com a equipe de saúde da família para construção das educações em saúde;
2. Educação permanente com os professores e coordenadores sobre puberdade, sexualidade e métodos contraceptivos;
3. Oficinas com os adolescentes (estudantes de 10 a 19 anos) sobre puberdade, sexualidade e métodos contraceptivos;
4. Avaliação das ações com professores, coordenadores e equipe de saúde.

O momento tático-operacional, no qual as ações serão colocadas em prática, terá início após a aprovação do projeto.

Para construção do referencial teórico, buscou-se, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), textos concernentes ao tema a partir dos descritores “sexualidade”, “educação sexual”, “adolescente” e “saúde escolar”, que constam no Dicionário de especialidades em Ciências da Saúde (DeCS). Além de informações contidas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e dados coletados nas bases

online do IBGE e DATASUS, que também constam no Plano Municipal de Saúde de Satuba 2014-2017.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Atenção à saúde do adolescente

A proteção ao adolescente como lei é assegurada desde 1990 com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual destaca o dever da família, do Estado e da comunidade em garantir a efetivação dos direitos do adolescente referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990). Coisas inerentes ao ser humano, mas que foram privadas das crianças e adolescentes por muito tempo por não serem seres produtivos ao sistema capitalista, mas que agora são garantidos por lei a fim de promover seu o “desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade” (BRASIL, p. 12, 1990).

Desde então, a assistência ao adolescente vem sendo ampliada, por meio de leis, decretos e portarias, ao se facilitar o acesso a bens e serviços que promovam a saúde, educação e o bem-estar a esse grupo, demandando uma atuação construtiva de forma coletiva em busca de transformação (GURGEL *et al.*, 2010). Tais regulamentações proporcionam segurança a essa faixa etária, apesar da baixa notificação de violações de seus direitos, o adolescente pode recorrer aos órgãos de proteção em qualquer situação.

A proteção à adolescência é importante devido à complexidade desse processo.

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) definem a adolescência como um processo fundamentalmente biológico de vivências orgânicas, no qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Abrange a pré-adolescência que compreende a faixa etária de 10 a 14 anos e a adolescência propriamente dita, dos 15 anos aos 19 anos (MACEDO *et al.*, p. 104, 2013).

As posturas, atitudes e cuidados tomados pelo jovem na adolescência refletem-se no seu processo de crescimento e desenvolvimento, com consequências nessa delicada transição da infância para a vida adulta. As situações de vulnerabilidade a que os adolescentes estão sujeitos como o uso de drogas lícitas e ilícitas, gravidez precoce, prostituição, violência e delinquência infanto-juvenil, geram preocupações frequentes com esse grupo, pois possuem raízes sociais, somando-se ao fato de que poucos dessa faixa etária buscam cuidado ou informação nas

unidades de saúde, falta a integração dos setores sociais no enfrentamento para resolução ou minimização dessas condições (MACEDO *et al.*, 2013).

Os estabelecimentos de saúde, por sua vez, mostram-se despreparados para trabalhar com o adolescente em suas peculiaridades e complexidade de suas necessidades. Os mesmos devem buscar estratégias para atrair esse público, com enfoque especial nas escolas, que podem ser o passo inicial de uma relação de confiança entre profissional de saúde e adolescente (MACEDO *et al.*, 2013). Um dos desafios é encontrar uma forma de trabalhar com os adolescentes de maneira que produza resultados, que não seja impositiva nem preconceituosa, mas dinâmica, participativa e respeitosa, a fim de se criar confiança, estabelecer um vínculo e que induza a mudança de comportamento quanto ao cuidado à saúde, apresentando-os aos serviços de apoio disponíveis.

Pois em busca da identidade, geralmente os adolescentes procuram as pessoas fora da família para tomar como referência, buscam se inserir em grupos da mesma idade que adotam determinadas posturas, sejam construtivas ou de risco, para se sentirem pertencentes a algum lugar como seres, as pessoas com as quais convivem e se espelham irão influenciar na formação da personalidade e modos de agir, uma característica natural do processo de adolecer. O profissional de saúde pode ser essa referência que, junto ao adolescente, incentivará sua autonomia e autocuidado.

5.2 Gênero e Cultura

O comportamento de um indivíduo é condicionado ao ambiente que vive. Cada ação, pensamento ou opinião deve ser levada em consideração dentro do contexto social, cultural ou político no qual o indivíduo está inserido. Não só durante a adolescência, assim como todas as fases e aspectos da vida do ser humano (MAIA *et al.*, 2012).

Como fase de mudança na vida do ser humano, essa época de modificações biológicas e psicológicas traz muitos questionamentos. Nela se formam hábitos, atitudes e opiniões sobre diversos temas, dentre estes, os relacionados ao homem e à mulher, especialmente em suas relações desiguais de gênero (REIS; SANTOS, 2011). Apesar de ser um processo mutável nessa fase e que cada experiência pode ser vista de maneira diferente por cada adolescente que irá decidir se ela é

construtiva ou destrutiva para si, a vivência da adolescência forma modos de pensar e agir que se consolidam para a vida adulta.

Hoje, ainda muitos adolescentes carregam o conceito de que o homem pode exercer livremente sua sexualidade desde o início de sua fase reprodutiva, adquirindo um caráter normal para o sexo masculino, mas repressivo para o sexo feminino (REIS; SANTOS, 2011). Embora tenham ocorridos avanços na luta pela igualdade de gênero, ainda há diferença no exercício da sexualidade entre o homem e a mulher através da visão construída ao longo dos séculos pela sociedade e que necessita ser ultrapassada, distinção pertinente somente nas características biológicas inerentes a cada sexo.

Desde pequenas, as mulheres não aprendem a se conhecer, ou seja, não conhecem o seu próprio corpo, não se tocam, não sentem prazer e preparam-se para serem mães, diferente da educação masculina. Esta última é incentivada a expressar menos emoção e afetividade, demonstrando uma sexualidade genitalizada (REIS; SANTOS, 2011, p. 3981).

A evidência dessa realidade está num estudo de 2013, ao se perguntar aos adolescentes sobre a existência de dúvidas na temática sexualidade, destacou-se uma diferença entre os sexos masculino e feminino: os meninos, 50% referiram ter dúvidas e a outra metade não admitiu tê-las, já entre as meninas 71% referiram ter dúvidas sobre sexualidade (MACEDO *et al.*, 2013). Há uma preocupação maior pelas famílias em não tratar desse assunto com as meninas, pois erroneamente encaram informação como estímulo à atividade sexual, e não como fator de proteção.

A diferença biológica não justifica a construção de modelos de relações sociais que acarretem na subordinação de um sexo a outro. A mudança de pensamento pela igualdade de gênero deve vir desde o seio familiar, pois é nesse ambiente social que o sujeito se faz homem e mulher de maneira contínua e dinâmica, a cada momento da história (REIS; SANTOS, 2011). A inibição do diálogo com a família é geralmente causada pela vergonha e o medo de como os pais serão receptivos com as dúvidas e indagações do (a) filho (a). Dificuldade trazida pelos tabus em torno do tema sexualidade.

A sexualidade, por vezes, é restringida equivocadamente ao sexo, ainda que este seja apenas uma forma de expressá-la. Embora o sujeito viva a sexualidade individualmente, a construção da mesma leva em consideração os valores e normas

de uma sociedade, que é desigual em gênero e socioeconomicamente (MAIA *et al.*, 2012).

A sexualidade é natural e aspecto fundamental em todo ciclo de vida de homens e mulheres, abarcando práticas e desejos ligados à satisfação, à afetividade, ao prazer, aos sentimentos, ao exercício da liberdade e à saúde. A construção histórico-sócio-cultural da sexualidade se altera conforme mudam as relações sociais e, na sociedade ocidental, foi histórica e culturalmente limitada em suas alternativas de vivência, devido a tabus, mitos, preconceitos, interdições e relações de poder que possuem raízes profundas (BRASIL, 2006).

Grande importância no processo de transformação do pensamento limitante da sexualidade é uma educação sexual ética e comprometida com a emancipação dos indivíduos, que precisa questionar e debater os padrões de normalidade transmitidos ao longo das gerações (MAIA *et al.*, 2012). Padrões esses que tornam alvo da sociedade os sujeitos que vivem fora do estabelecido como normal ou tido como natural.

Além da privação da informação, o medo de julgamento pela comunidade impede muitas meninas de procurar assistência a sua saúde sexual e reprodutiva, com a realização do exame ginecológico, por exemplo. Tal conduta torna-as mais vulneráveis a agravos biológicos em decorrência das limitações psicológicas e dependência financeira (MACEDO *et al.*, 2013). A não abertura no ambiente familiar afeta o diálogo do adolescente com o profissional de saúde, que será permeado por meias-verdades geradas pelo medo de que este informe aos pais do adolescente sobre sua vida sexual. Tal temor pode ocasionar, inclusive, o ocultamento da homossexualidade, fazendo com que o adolescente não seja assistido em suas reais necessidades.

A religião e o posicionamento da Igreja a respeito da sexualidade também influencia o comportamento do adolescente. São feitas associações entre pecado e temas como: relações sexuais pré-matrimoniais, masturbação, infidelidade, castidade e virgindade; e a repetição de discursos religiosos, que afetam a autonomia do jovem em fazer sua escolha conscientemente (FERREIRA *et al.*, 2010). É importante a utilização de estratégias educativas com grupos da mesma faixa etária, para uma reflexão crítica sobre esses temas, promovendo a autonomia dos sujeitos e a saúde da coletividade.

Os adolescentes se apoiam em um pensamento social imbricado no nível mais profundo e determinante da realidade. Sendo suas representações apreendidas facilmente dentro do contexto social que vivem (MACEDO *et al.*, 2013). Dessa forma, a compreensão do jovem através da expressão verbal e não verbal, tendo como base as representações existentes na sociedade, é aliada no diagnóstico de um comportamento e subsidiam as intervenções necessárias.

5.3 Perfil da Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes Brasileiros

Segundo o IBGE, em 2010, a população adolescente de 10 a 19 anos alcançou 17,9% da população total do país, representando cerca de 34 milhões de jovens nessa faixa etária (IBGE, 2015).

A média de idade para o início sexual era de 15 anos no Brasil em 2011, que se revela como fator de proteção. Porém, a gravidez na adolescência não planejada e não esperada continua no cenário do país, especialmente das regiões mais pobres e desfavorecidas. Em decorrência disso, também têm aumentado a proporção de mortes maternas atribuídas ao aborto provocado. E foi visto que as adolescentes grávidas são mais sujeitas a retardar a decisão para abortar do que as mulheres mais velhas (CORREIA *et al.*, 2011).

Considerado ilegal no Brasil, o aborto é largamente praticado na clandestinidade, ocasionando complicações severas como morte, esterilidade, infecções, hemorragia e más formações fetais. Além de complicações psicológicas como depressão, desespero e preconceito sofrido (CORREIA *et al.*, 2011). Devido à ausência de informação e discussão do assunto com as adolescentes, a maioria demonstra que desconhece as consequências de um aborto provocado ao seu bem-estar, o que evidencia a necessidade de maiores esclarecimentos preventivos e educacionais, principalmente nas escolas brasileiras.

Além disso, a gravidez na adolescência acarreta em maiores chances de ocorrer mortalidade infantil e materna e problemas de saúde para a mulher como: hipertensão, maior incidência de eclampsia, infecções urinárias e anemias (REIS; SANTOS, 2011). A imaturidade sexual e reprodutiva aliada à falta de autocuidado e ocultamento da gestação aos familiares são fatores que contribuem para esses agravos. Por esses motivos, é necessária uma maior atenção pré-natal à adolescente

gestante e tratá-la de forma acolhedora na unidade de saúde, a fim de que se sinta à vontade para retornar.

5.4 Educação Sexual e Reprodutiva como Promoção à Saúde

A figura e atuação do educador é essencial para processo de transformação da sociedade, estimulando a mudança de hábitos, o autocuidado, a autonomia com a saúde e a vida de forma segura, tudo isso através da informação que é aplicada à vida, não apenas restrita aos livros e à informação pela informação. Educadores são pais, professores, profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro que tem papel fundamental na educação em saúde. Todos esses são aptos a educar para a vida sexual. Os professores desempenham papéis correspondentes aos estereótipos masculino e feminino e podem servir de referência para os adolescentes (REIS; SANTOS, 2011).

A evolução dos meios de comunicação é responsável por uma explosão de informações acessíveis à sociedade. Contudo, apesar de toda informação que existe atualmente, muitos adolescentes ainda possuem déficit de conhecimento, além do fato de que algumas informações podem ser recebidas de maneira distorcida (REIS; SANTOS, 2011). Com a liberdade na rede mundial da internet, muitas fontes de informação não são fidedignas, além de que podem surgir dúvidas com termos específicos da área da saúde que se somam a não compreensão técnica da fisiologia do corpo humano; a referida situação reafirma a necessidade da existência de uma fonte segura, alguém que o adolescente possa confiar e recorrer com suas inseguranças e indagações, para que sejam esclarecidas e proporcione sua autonomia.

Além disso, na tentativa de evitar as consequências da construção de pensamentos a partir de informações erradas, assim como no intuito de minimizar os tabus impostos pela sociedade, que eles mesmos carregam desde sua adolescência, os pais precisam se conscientizar de seu papel na educação sexual dos filhos (REIS; SANTOS, 2011). A orientação e o apoio dos pais são essenciais nesse período, que precisam estar cientes daquilo que o (a) filho (a) ouve e aprende em seus círculos sociais, incluindo a escola, para que o lar seja um espaço de continuidade da construção do conhecimento, de diálogo e de aprendizagem

bilateral – os pais que compartilham seu saber empírico e o (a) filho (a) que insere novos temas para discussão e conceitos aprendidos.

No espaço dos serviços de saúde, o trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) com desenvolvimento de habilidades em saúde sexual e reprodutiva do adolescente, a fim de evitar agravos à saúde e a gravidez na adolescência, mostra-se como muito importante e desafiador, ao ser necessário atender um sujeito que se encontra em processo de transformação biopsicossocial e basear sua postura e atuação considerando as necessidades e singularidades desse grupo. E vai exigir um processo de instrumentalização do profissional para abordar o assunto com indivíduos da faixa etária (GURGEL *et al.*, 2008).

O desenvolvimento de habilidades pessoais que construam competências autocuidativas aumenta o poder de decisão e negociação do adolescente, para não ceder às pressões, praticando o autocuidado, tendo atitudes positivas para lidar com a sexualidade e a prática de sexo seguro (BRASIL *apud* GURGEL *et al.*, 2010, p. 641)

O profissional de saúde deve abandonar o conceito de atividade educativa como transmissão de conhecimento, pois essa forma é considerada antieducativa e não favorece a aprendizagem, além de que contribui para o distanciamento dos adolescentes da unidade de saúde (GURGEL *et al.*, 2010). Dar atenção à metodologia utilizada e ter o cuidado de avaliar seu efeito sobre o público alvo são medidas necessárias para a manutenção ou reorganização da ação, dada a influência demasiada desse aspecto na forma como o adolescente absorverá aquela informação e construirá seu entendimento. Uma atitude impositiva pode afastar o adolescente, assim como subestimar seus conhecimentos prévios acerca do assunto e, portanto, são posturas que precisam ser evitadas.

O conceito de saúde e de promoção da saúde mais amplo direciona a atuação do enfermeiro para o desenvolvimento de uma visão aprimorada do contexto socioeconômico e cultural do adolescente, e enxergar suas vulnerabilidades para atuar sobre elas. O enfoque desse trabalho deve ir além da transição da fase criança para a adulta e visa o desenvolvimento de habilidades para proporcionar o protagonismo juvenil (GURGEL *et al.*, 2010). “Quando as suas potencialidades são estimuladas, há um fortalecimento da autoestima, da

assertividade e da construção do projeto de vida, possibilitando escolhas e decisões de forma consciente” (GURGEL *et al.*, 2010, p. 645).

Possibilitar ao adolescente descobrir-se como pessoa, ser social e transformador da sociedade é um dos objetivos da atividade educativa. A informação pela informação se perde com o tempo se não for tomada para si, para ser instrumento na vida cotidiana, sendo reciclada e atualizada. Para tanto, esse trabalho requer continuidade, ser pertinente à realidade local e ainda ser sensível às individualidades.

O espaço escolar também é considerado um local de promoção da saúde, com enfoque nas ações educativas, de construção da cidadania, e envolvendo os sujeitos que o compõem; uma vez que nele ocorrem interações e relações socioeconômicas e culturais, onde o adolescente dispende horas importantes do seu dia, além do papel relevante na construção de sua identidade e perspectivas de futuro (MACEDO *et al.*, 2013).

A educação sexual e reprodutiva irá proporcionar aos estudantes não só o conhecimento científico a respeito de anatomia, fisiologia e saúde, em substituição a conceitos trazidos do cotidiano, às vezes não condizentes com a verdade; mas também a geração da consciência sobre seus direitos sexuais e reprodutivos e a construção de significações pessoais acerca da sexualidade, ao se criar espaços de discussão e reflexão para superar estigmas e conceitos preconceituosos elaborados socialmente (MAIA *et al.*, 2012).

O contato diário dos professores com os estudantes é um ponto favorável à continuidade das ações, para que tenham maior eficácia. Faz-se mister capacitá-los e instrumentalizá-los a trabalhar o tema sexualidade com os adolescentes em parceria com a equipe de saúde da família.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

A situação problema escolhida foi o risco de desenvolvimento sexual e reprodutivo inadequado dos adolescentes. Procurando-se promover atividades de promoção à saúde e práticas educativas nas escolas, terão enfoque os seguintes nós críticos: hábitos e estilos de vida; pressão social (preconceito e padrões culturais); nível de informação; processo de trabalho da equipe de saúde. As ações relativas a cada nó crítico serão detalhadas nos quadros de um a quatro, os quais seguem abaixo.

Quadro 1 – Operações sobre o nó crítico “hábitos e estilo de vida inadequados” relacionado ao problema “risco de desenvolvimento sexual e reprodutivo inadequado dos adolescentes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família V, em Satuba, Alagoas.

Nó crítico 1	Hábitos e estilo de vida inadequados
Operação	Realizar momentos de educação em saúde, visando a produção de conhecimento sobre o corpo, a sexualidade e os cuidados com o desenvolvimento do adolescente e sua saúde sexual e reprodutiva.
Projeto	Ser esperto!
Resultados esperados	Redução dos casos de gravidez na adolescência e incidência de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).
Produtos esperados	Programa de atividades educativas na escola, com dinâmicas participativas.
Atores sociais/ responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe do Programa Saúde na Escola (PSE); • Equipe de saúde da ESF V; • Corpo administrativo da escola; • Corpo docente; • Estudantes; • Secretaria Municipal de Saúde; • Secretaria Municipal de Educação.
Recursos necessários	Organizacionais: espaço físico, recursos humanos; Cognitivo: informações;

	Financeiros: folhetos informativos, recursos audiovisuais e insumos (preservativos masculino e feminino).
Recursos críticos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizacional: espaço escolar (sala de aula); 2. Financeiros – folhetos informativos, recursos audiovisuais e insumos (preservativos masculino e feminino).
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ator que controla: Direção da escola. Motivação: Favorável. 2. Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde. Motivação: Indiferente.
Ação estratégica de motivação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não é necessário. 2. Apresentar o projeto.
Responsáveis:	Enfermeiras do PSE, da Equipe de Saúde da Família e ACS.
Cronograma / Prazo	<p>Iniciar em 2 meses e terminar em 2 meses.</p> <p>Realizar 50 minutos de atividade educativa em cada sala de aula com alunos de 10 a 19 anos.</p>
Gestão, acompanhamento e avaliação	<p>A cada ação realizada, será disponibilizada ao aluno uma folha em branco para dúvidas ou sugestões de temas.</p> <p>Será passado um questionário com cinco perguntas objetivas e cinco assertivas a respeito do tema abordado para ser respondido pelo estudante, cujo resultado será avaliado depois pela equipe do PSE, professores e equipe de saúde da família.</p>

Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico “pressão social (preconceito e padrões culturais)” relacionado ao problema “risco de desenvolvimento sexual e reprodutivo inadequado dos adolescentes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família V, em Satuba, Alagoas.

Nó crítico 2	Pressão social (preconceito e padrões culturais)
Operação	Promover rodas de conversas com pais, professores e equipes de saúde nas escolas, assim como em outros locais da comunidade (associações, igrejas, entre outros), sobre o paradigma em torno da abordagem do tema sexualidade no

	ambiente domiciliar, nas escolas e outros espaços onde os jovens convivem, desconstruindo conceitos errôneos, construindo conhecimento e criando um ambiente no qual o adolescente se sinta à vontade para buscar orientação e tirar suas dúvidas.
Projeto	Liberdade de viver: abaixo preconceito e sim à vida
Resultados esperados	Sensibilização pais, professores e equipe de saúde quanto ao aspecto natural da sexualidade, intrínseca ao homem.
Produtos esperados	Reuniões frequentes entre pais, professores e equipe de saúde sobre o desenvolvimento do jovem e enfrentamento de problemas.
Atores sociais/ responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe do Programa Saúde na Escola (PSE); • Equipe de saúde da ESF V; • Corpo administrativo da escola; • Corpo docente; • Estudantes; • Comunidade.
Recursos necessários	Organizacionais – espaço físico; Financeiro – recursos audiovisuais; Político – mobilização dos atores sociais; continuidade das ações educativas em saúde como parte do projeto político pedagógico da escola.
Recursos críticos	1. Político – mobilização dos atores sociais; inclusão das ações educativas em saúde como parte do projeto político pedagógico da escola.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	1. Ator que controla: alunos, pais, professores, corpo administrativo da escola, Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação. Motivação: indiferente.
Ação estratégica de motivação	1. Apresentação do projeto; apoio do corpo docente da escola e da Secretaria Municipal de Educação; participação dos pais.
Responsáveis:	Enfermeiras do PSE e da equipe de saúde da família e ACS.

Cronograma / Prazo	Iniciar em 2 meses e terminar em 2 meses. Realizar reuniões mensais com pais, professores e equipe de saúde da família.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Na primeira reunião será passada uma folha em branco onde o pai, professor ou profissional de saúde escreverá uma dificuldade ao tratar o tema sexualidade e na relação com o estudante ou filho (a) e qual solução ele propõe-se a tentar. No segundo encontro e último, todos lembrarão o que foi escrito e se a dificuldade foi superada, fazendo-se uma avaliação e procurando outras estratégias para a continuidade das ações.

Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “nível de informação” relacionado ao problema “risco de desenvolvimento sexual e reprodutivo inadequado dos adolescentes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família V, em Satuba, Alagoas.

Nó crítico 3	Nível de informação
Operação	Realizar momentos de educação em saúde com dinâmicas participativas, recursos audiovisuais e rodas de conversas a respeito da adolescência, saúde, conceitos sobre a sexualidade, métodos contraceptivos e prevenção de doenças infecciosas, relacionamentos, com profissionais de saúde de várias categorias (Enfermeiro, Médico, Odontólogo, Psicólogo, Nutricionista, Educador Físico).
Projeto	Adolescência segura
Resultados esperados	Aumento o nível de informação dos estudantes e professores a respeito do desenvolvimento sexual, reprodutivo e métodos contraceptivos.
Produtos esperados	Programa de oficinas sobre adolescência, sexualidade, práticas seguras e vida saudável.
Atores sociais/ responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe do Programa Saúde na Escola (PSE); • Equipe de saúde da ESF V;

	<ul style="list-style-type: none"> • NASF; • Corpo docente; • Estudantes.
Recursos necessários	<p>Organizacionais – espaço físico, recursos humanos;</p> <p>Financeiro – recursos audiovisuais, insumos.</p> <p>Político – mobilização de professores e coordenador da escola.</p>
Recursos críticos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizacionais – espaço físico, recursos humanos; 2. Financeiro – recursos audiovisuais, insumos. 3. Político – mobilização de professores e coordenador da escola.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ator que controla: direção da escola. Motivação: favorável. 2. Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde. Motivação: indiferente. 3. Ator que controla: corpo docente da escola. Motivação: indiferente.
Ação estratégica de motivação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não é necessário. 2. Apresentação do projeto; apoio da Secretaria Municipal de Saúde; 3. Apresentação do Projeto; apoio do corpo docente.
Responsáveis:	Enfermeiras do PSE, equipe de saúde da família, profissionais do NASF e professores.
Cronograma / Prazo	<p>Iniciar em 2 meses e finalizar em 3 meses.</p> <p>Realizar atividades educativas e rodas de conversa com duração de 50 minutos com alunos de 10 a 19 anos.</p>
Gestão, acompanhamento e avaliação	A cada ação realizada, será disponibilizada ao aluno uma folha em branco para dúvidas ou sugestões de temas.

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico “processo de trabalho da equipe de saúde” relacionado ao problema “risco de desenvolvimento sexual e reprodutivo inadequado dos adolescentes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família V, em Satuba, Alagoas.

Nó crítico 4	Processo de trabalho da equipe de saúde
Operação	Realizar e estimular a continuidade de reuniões para a avaliação do processo de trabalho da equipe de saúde da família e do NASF aos grupos vulneráveis, nesse caso, os adolescentes, para avaliação dos resultados das ações desenvolvidas, surgimento de novas demandas e aprimoramento das atividades ou elaboração de novas estratégias.
Projeto	Cuidado+
Resultados esperados	Aperfeiçoamento do processo de trabalho da equipe de saúde quanto ao cuidado da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes.
Produtos esperados	Rodas de conversa para a discussão do cuidado aos adolescentes e enfrentamentos dos desafios.
Atores sociais/ responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe do Programa Saúde na Escola (PSE); • Equipe de saúde da ESF V; • NASF.
Recursos necessários	Organizacionais – espaço físico; Político – sensibilização para a inclusão de atividades educativas com adolescentes no trabalho da equipe de saúde da ESF V.
Recursos críticos	1. Político – sensibilização para a inclusão de atividades educativas com adolescentes no trabalho da equipe de saúde do ESF V e parceria com a equipe do NASF.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	1. Ator que controla: equipe de saúde da família e do NASF. Motivação: indiferente.
Ação estratégica de motivação	1. Apresentação do projeto; apoio da equipe de saúde e articulação com o NASF.

Responsáveis:	Enfermeiras do PSE, equipe de saúde da família e profissionais do NASF.
Cronograma / Prazo	Iniciar em 2 meses e finalizar em 4 meses. Realizar reuniões mensais com as equipes para discussão do processo de trabalho.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Será construída, na primeira reunião, uma lista de metas e cronograma, cada uma proposta por um dos profissionais, com participação de todos, seja a respeito do processo de trabalho seja sobre os objetivos a serem alcançados com as ações, e a cada reunião essa lista será consultada para verificar o que foi feito e foi eficaz e o que precisa melhorar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos novos conceitos de se fazer saúde, a educação em saúde torna-se fundamental nesse processo. Todavia, a abordagem da saúde sexual e reprodutiva na escola demanda um trabalho agrupado entre família, professores, coordenadores, profissionais de saúde e o adolescente estudante como protagonista. Além disso, faz-se necessário estimular o diálogo sobre sexualidade com os pais e membros da família, no ambiente domiciliar, favorecendo a desmistificação do assunto e desconstrução de conceitos pré-estabelecidos.

Os adolescentes ainda restringem a sexualidade ao ato sexual e à reprodução; por isso, a atuação do profissional de saúde deve proporcionar a ampliação desse conceito, considerando o contexto sócio-político-cultural onde estão inseridos e promovendo a vivência da adolescência de forma saudável e segura para o seu crescimento e desenvolvimento físico, psicológico e social.

Na escola, os professores precisam ser estimulados para atuarem juntos no campo da saúde, visto que ainda podem se apresentarem resistentes por não se considerarem promotores da saúde. Compartilham também o pensamento de que essa função cabe exclusivamente ao profissional de saúde. Com isso, estabelece-se uma insustentável divisão entre educação e saúde na escola, enquanto se desconhece a estreita relação entre essas duas áreas e a grande influência que uma tem sobre a outra. Nesse sentido, a sensibilização para o trabalho em conjunto é fundamental.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, de 6 dez. 2007. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2007/decreto-6286-5-dezembro-2007-565691-publicacaooriginal-89439-pe.html>> Acesso em: 31 jul. 2014, 19:52.

BRASIL. **Lei** nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, p. 13563, 16 jul. 1990, Seção 1, retificada no Diário Oficial da União, p. 18551, 27 ago. 1990, Seção 1.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: O Ministério; 2006.

BRAZ, M.; BARROS FILHO, A. A.; BARROS, M. B. A. Saúde dos adolescentes: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p.1877-1888, 2013.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CASEMIRO, J. P.; FONSECA, A. B. C.; SECCO, F. V. M. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 829-840, 2014.

CORREIA, D.S.; MONTEIRO, V.G.N.; CAVALCANTE, J.C.; MAIA, E.M.C. Adolescentes estudantes: conhecimentos das complicações do aborto provocado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol. 32, n. 3, p. 465-471.

FERREIRA, A. G. N.; VIEIRA, N. F. C.; PINHEIRO, P. N.C. What adolescents think of religious groups on sexuality: action research. **Online Brazilian Journal of Nursing**, vol. 9, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2955/663>>. Acesso em: 23 fev. 2015, 22:30.

GURGEL, M.G.I.; ALVES, M.D.S.; MOURA, E.R.F.; PINHEIRO, P.N.C.; REGO, R.M.V. Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e

prevenção da gravidez na adolescência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol. 31, n. 4, p. 640-646, 2010.

GURGEL, M. G. I.; ALVES, M. D. S.; VIEIRA, N. F. C.; PINHEIRO, P. N. C., BARROSO, G. T. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, vol. 12, n. 4; p. 800-806, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=270890>>. Acesso em 17 mar. 2014, 20:22.

MACEDO, S. R. H.; MIRANDA, F. A. N.; PESSOA JÚNIOR, J. N.; NÓBREGA, V. K. N. Adolescência e sexualidade: scripts sexuais a partir das representações sociais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol. 66, n. 1, p. 103-109, 2013.

MAIA, A. C. B.; EIDT, N. M.; TERRA, B. M.; MAIA, G. L. Educação sexual na escola a partir da psicologia histórico-cultural. **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 1, p. 151-156, 2012.

PLANO Municipal de Saúde 2014 – 2017. Satuba: Conselho Municipal de Saúde, 2014.

REIS, C. B.; SANTOS, N. R. Relações desiguais de gênero no discurso dos adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 16, n. 10, p. 3979-3984, 2011.