

Serviços para Adolescentes

Qual é a melhoria no programa que pode intensificar o efeito das práticas de grande impacto no planejamento familiar?

Incorporação de prestação de serviços amigáveis para adolescentes aos serviços contraceptivos e de saúde já existentes.

Antecedentes

A maioria das mulheres ao redor do mundo começa a vida sexual ativa entre os 15 e 19 anos e enfrenta desafios significativos para obter informações e serviços para se proteger de uma gravidez indesejada e de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV (Bocca and Singh, 2003; UNFPA, 2014; Wellings et al., 2006).

Como a população mundial de 15 a 19 anos de idade continua a aumentar, ultrapassando 600 milhões de adolescentes, muitos países deverão satisfazer uma demanda crescente de serviços contraceptivos e informações para lidar com suas necessidades específicas (PNUD, 2015).

Historicamente, têm-se desenvolvido programas que apoiam clínicas independentes que oferecem serviços contraceptivos para adolescentes ou o desenvolvimento de serviços amigáveis para adolescentes, em sala separada ou em um “canto adolescente” dentro de uma unidade de saúde existente (Senderowitz, 1999). Estes programas apresentam resultados heterogêneos (Denne et al, 2015; Leandra et al., 2007). Além disso, a expansão desses serviços tem sido um desafio para muitos países devido à complexidade dos programas, e a necessidade de recursos ameaçam sua sustentabilidade de longo prazo (Hainsworth et al., 2014).

Para subsidiar a próxima geração de programas, especialistas em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes foram convidados a propor uma abordagem simplificada, baseada nos conhecimentos atuais, que fosse ao mesmo tempo possíveis de serem aplicados em larga escala, cobertura e sustentável. Serviços Contraceptivos Amigáveis para Adolescentes AFCS, sigla em inglês para Adolescent-Friendly Contraceptive Services) incorporam aos serviços existentes os elementos



© 2013 Arturo Sanabria, cortesia de Photoshare

Direito do Adolescente à Saúde, incluindo aos Serviços e Informações sobre Métodos Contraceptivos

De acordo com a Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança, adolescentes têm direito ao mais alto padrão de saúde alcançável, o que inclui o acesso a serviços e informações sobre contracepção. Também se estendem aos adolescentes uma ampla variedade de direitos reprodutivos respaldados por diversos tratados e convenções sobre direitos humanos, ratificados por quase todos os países (Cook and Dickens, 2000; UNFPA, 2012; UN General Assembly, 1990).

adequados aos adolescentes que se provaram eficazes, seja no modelo de clínica independente ou no modelo “canto adolescente” separado. Estes elementos podem ser incorporados a uma vasta variedade de canais de prestação do serviço (centros de saúde, sistemas itinerantes, sistemas de distribuição comunitária, farmácias ou drogarias). Com base em diferentes revisões da literatura, foram identificados diversos elementos comuns aos programas que podem aumentar o uso de métodos contraceptivos entre adolescentes (Bankole and Malarcher, 2010; Senderowitz, 1999).

São elementos comuns à **prestação de serviços**:

- **Capacitação** e suporte dos prestadores de serviços para que cumpram suas funções sem julgar os adolescentes
- Respeito à **confidencialidade** e garantia de **privacidade** auditiva e visual
- Oferta de **ampla gama de métodos contraceptivos**
- Oferta de serviços **gratuitos ou subsidiados**

Investimentos que contribuem para a criação de um **ambiente adequado** aos programas para adolescentes geralmente incluem: garantia de **direitos legais, políticas e diretrizes** que respeitem, protejam e satisfaçam os direitos humanos dos adolescentes a informações, produtos e serviços sobre métodos contraceptivos, independente de idade, sexo, estado civil ou paridade; respeito a normas e fomento ao **apoio das comunidades** e dos pais para que os adolescentes tenham acesso aos serviços e informações sobre métodos contraceptivos; e respeito aos **papéis de gênero**.

Tomados em conjunto, estes sete elementos de serviços contraceptivos amigáveis para adolescentes, que abrangem da prestação do serviço aos aspectos ambientais favoráveis, precisam ser levados em consideração para aumentar o uso de métodos contraceptivos por adolescentes. Com base nas experiências de implementação de AFCS tanto nas clínicas independentes quanto no modelo “canto adolescente”, a introdução destes elementos em serviços contraceptivos existentes é potencialmente custo-efetiva, aplicada em larga escala e grande cobertura e podendo expandir o alcance dos programas atuais e melhorar o acesso dos adolescentes a serviços contraceptivos de alta qualidade (ver Figura 1).

Este resumo aborda os elementos dos AFCS que são geralmente implementados no contexto da prestação do serviço. Descreve como a integração do AFCS pode abordar os principais desafios dos programas contraceptivos, apresenta dados relativos aos elementos de adequação aos adolescentes, delinea questões-chave para o planejamento e implementação e identifica lacunas de conhecimento. Este resumo não abrange todos os elementos que contribuem para a criação de um ambiente adequado aos programas para adolescentes, que são abordados em maior profundidade em outros resumos das Práticas de Grande Impacto (PGI), como os de **comunicação em saúde e política**.

O grupo de assessoria técnica das PGI identificou os AFCS como uma **melhoria** das práticas de grande impacto. Uma “melhoria” é uma prática que pode ser implementada em conjunto com as PGIs para aumentar ainda mais seu impacto. Embora existam algumas experiências iniciais de implementação de AFCS integrados, são necessárias mais pesquisas e documentação para a melhor compreensão do potencial e das limitações desta abordagem. Para mais informações sobre as PGIs, consulte <https://www.fphighimpact-practices.org/overview>.



Quais desafios os países podem enfrentar com a ajuda de AFCS?

Estudos mostram consistentemente que adolescentes sexualmente ativas (casadas ou solteiras) enfrentam muitas barreiras no acesso a serviços contraceptivos e produtos para evitar a gravidez —seja para adiar, espaçar ou limitar a gravidez (Abdul-Rahman et al., 2011; Bankole and Malarcher, 2010; Biddlecom et al., 2007; Chandra-Mouli et al., 2014; Decker and Constantino, 2011; Glinski et al., 2014; Godia et al., 2014; Sidze et al., 2014; Leandra et al., 2007). Abordar esses obstáculos no âmbito de políticas e programas pode melhorar a qualidade dos serviços para todas as pessoas que necessitam de contracepção e é de particular importância para adolescentes. Estas barreiras estão bem documentadas e incluem:

Preconceitos do prestador de serviços. Prestadores de serviços que acreditam que adolescentes não devem ser sexualmente ativas ou que a contracepção pode inibir a fertilidade futura podem recusar-se a atender as jovens ou restringir o acesso a determinados métodos contraceptivos (Warenius et al., 2006; Wood and Jewkes, 2006). Por exemplo, pesquisa realizada na Índia mostrou que um terço dos médicos, mais da metade dos enfermeiros e mais de dois quintos das parteiras afirmaram que negariam contraceptivos orais com base na idade, e quase metade dos médicos negaria contraceptivos injetáveis com base na idade (Calhoun et al. 2013). Na Etiópia, quase metade dos prestadores de serviço entrevistados relatam atitudes negativas sobre o fornecimento de contraceptivos para adolescentes solteiras (Tilahun et al., 2012).

Falta de confidencialidade e privacidade. Estudos com adolescentes de diversos países, incluindo Mongólia, Vanuatu e Zimbábue, indicam que confidencialidade e privacidade são de extrema importância no acesso a serviços contraceptivos (Erulkar et al., 2005; Kennedy et al., 2013; Sovd et al., 2006). No Malawi, numa amostra nacional representativa de adolescentes sexualmente ativos, com idades entre 12 e 19, mais de 20% das mulheres e 10% dos homens afirmaram que sua privacidade não era respeitada, o que percebem como obstáculo ao acesso aos serviços (Biddlecom et al., 2007).

Poucas opções de métodos contraceptivos. Programas para adolescentes muitas vezes focam na oferta de métodos de barreira (preservativos principalmente) e outros métodos de curta duração. Anticoncepcionais reversíveis de longa duração (LARCs, sigla em inglês para Long-acting reversible contraceptives) muitas vezes não são apresentados como opções para adolescentes (Eke and Alabi-Isama, 2011). Essa restrição geralmente se deve a preconceito do prestador do serviço ou falta de consciência de que a idade e paridade não são contra-indicações para qualquer método, de acordo com os critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2015). Usuários dos métodos de curta duração, particularmente adolescentes com idades entre 15 e 19, são mais propensos a falhas contraceptivas que usuários de LARCs (Blanc et al., 2009).

Barreiras financeiras. Adolescentes não costumam ter controle sobre recursos financeiros para arcar com custos de transporte e taxas de acesso aos serviços (Michaels-Igbokwe et al., 2014). Estudos com jovens de 15 a 24 anos em muitos países de baixa e média renda, como Brasil, China, Índia, Quênia, Nigéria, e Uganda, demonstram que o custo é um impedimento ao acesso a serviços contraceptivos, de saúde reprodutiva ou serviços de saúde (Bankole & Malarcher, 2010; Santhya et al., 2014; Warner et al., 2013). Pesquisa realizada entre jovens desta mesma faixa etária em Mianmar mostra que menos de um a cada cinco jovens teria recursos para arcar com os custos de serviços de saúde reprodutiva (Thin Zaw et al., 2012).

Barreiras legais e políticas. Vários estudos documentam entraves jurídicos e relacionados à política, incluindo leis que não permitem a utilização de métodos anticoncepcionais por adolescentes e falta de conhecimento dos prestadores de serviço e dos próprios adolescentes dos direitos à contracepção (Apland, 2014; Cook & Dickens, 2000; IPPF, 2014; Jaruseviciene, et al, 2006; Jaruseviciene et al, 2014; Levy et al, 2001; UNESCO et al., 2013). Por exemplo, um estudo em Uganda mostrou que 38% dos prestadores públicos e privados de serviços afirmam terem exigido um formulário de consentimento de um dos pais, cônjuge ou ambos para pacientes menores de 18 anos de idade que solicitavam anticoncepcionais (Nalwadda et al., 2011).

Normas de gênero. Normas de gênero que idealizam a ignorância sexual para as meninas e proezas sexuais para os meninos existem no mundo todo e podem impedir o acesso das jovens a informação e serviços e comprometer sua capacidade de negociar os termos de relações sexuais (Gay et al., 2012; Glaucio & Jejeebhoy, 2015). Prestadores de serviços muitas vezes reforçam estas normas de desigualdade de gênero ao se recusarem a fornecer métodos anticoncepcionais a meninas adolescentes solteiras, mesmo quando solicitado (Chandra-Mouli et al, 2014). As meninas adolescentes casadas, frequentemente, enfrentam obstáculos diferentes devido a seu isolamento social, falta do poder, mobilidade limitada e pressões para provar sua fertilidade, ficando grávida cedo e com frequência (Adams et al., 2013; Greene et al., 2014; Singh et al., 2014). Como forma de apoio a estas normas sociais e de gênero, prestadores de serviço podem não fornecer métodos contraceptivos a meninas adolescentes casadas ou restringir a oferta de métodos de longa duração até que tenham tido filho (Greene et al., 2014; Speizer et al., 2000). Já dos rapazes, espera-se que estejam bem informados sobre sexo, tornando-se difícil para eles buscar informações; eles também podem enfrentar barreiras estruturais no acesso a serviços, que são normalmente direcionados às mulheres (Barker et al., 2007; Kuene et al, 2004; UNFPA, 2000).

Não enfrentar questões como o baixo status social da mulher, sua dependência econômica e poder limitado de decisão, a importância da negociação sexual como recurso econômico para meninas novas, além de normas sociais de masculinidade levou ao fracasso um grande esforço de melhoria na prestação de serviços de saúde reprodutiva na Tanzânia, que não teve capacidade de impactar o uso de métodos contraceptivos entre jovens (Doyle et al., 2011; Wight et al., 2012).

Qual é o impacto?

De seis estudos que avaliaram o uso de contraceptivos entre adolescentes após a introdução de serviços amigáveis para adolescentes em comparação com um grupo que não teve acesso a esse tipo de serviço, chamado grupo controle, cinco registraram aumento estatisticamente significativo no uso de métodos contraceptivos entre as mulheres expostas aos serviços adaptados aos adolescentes em comparação com o grupo controle (ver Tabela 1). Todos estes programas eram voltados tanto para homens como para mulheres, incluindo indivíduos na faixa dos 15 aos 19 anos. Todos os programas introduziram algum elemento dos AFCS apresentados neste resumo, no entanto, apenas alguns programas incluíram todos os elementos recomendados. (Em alguns países, pode não ter havido necessidade de introduzir todos os sete elementos do AFCS, se, por exemplo, alguns elementos já existissem no sistema vigente.) O único estudo que não registrou aumento estatisticamente significativo foi na Nicarágua, entre beneficiários de cartões de saúde reprodutiva. Entretanto, quando o grupo-alvo do estudo realizado na Nicarágua foi desagregado, ficou claro que, do grupo de intervenção AFCS nas escolas, os beneficiários de cartão de saúde reprodutiva eram duas vezes mais propensos a relatar uso de métodos contraceptivos do que os que não faziam uso do cartão de benefício (Meuwissen et al., 2006). Dos cinco estudos que registraram em separado o uso de contraceptivos por parte dos homens, apenas um programa na China mostrou aumento significativo do uso masculino de métodos anticoncepcionais (Lou et al., 2004).

Além dos programas apresentados na Tabela 1, dados da Índia, de Moçambique, da Tanzânia e do Zimbábue demonstram um efeito positivo dos programas de AFCS no uso adolescente de métodos contraceptivos (Chandra-Mouli et al., 2015; Chandra-Mouli et al., 2013; Kanesathasan et al., 2008; Kim et al., 2001). Os resultados destes estudos são consistentes com outras revisões da literatura, que chegam à conclusão de que programas eficazes para adolescentes tendem a envolver investimentos na prestação do serviço e nos elementos que criam um ambiente favorável (Denno et al., 2015; Ehlers, 2003; Gottschalk & Ortalyi, 2014; Hainsworth et al., 2014; Hindin & Fatusi, 2014; Kesterton & de Mello, 2010; Williamson et al., 2009).

Muitos estudos apresentam relatório com pouco ou nenhum detalhe sobre o grau de implementação ou sobre resultados intermediários. Consequentemente, não fica claro quais elementos contribuíram especificamente para os aumentos observados no uso de métodos contraceptivos. É também importante notar que metade dos estudos apresentados na Tabela 1 foram implementados em pequena escala e, na maioria dos casos, não se realizaram estudos continuados.

Tabela 1. Resultados de Programas Seleccionados que Implementaram Diversos Elementos dos AFCS

País, grupo-alvo, ambiente (Referência)		Uso de contraceptivos modernos após integração	
		Não exposto/Controle	Exposto/Experimental
China homens e mulheres sexualmente ativos, solteiros, zona periurbana, entre 15 e 24 anos (Lou et al., 2004)	Mulheres	48%	90%**
	Homens	42% ¹	88%** ¹
Etiópia homens e mulheres casados, zona rural, entre 12 e 24 anos (Erulkar & Tamrat, 2014)	Mulheres	57% ²	69% ³ 71% ⁴
	Homens	NA ⁵	NA ⁵
Gana mulheres casadas e solteiras e homens, entre 10 e 24 anos (Williams et al., 2007) ⁵	Mulheres	42% ⁶	49% ⁶
	Homens	NSS ⁶	NSS ⁶
Nicarágua homens e mulheres, zona urbana, entre 12 e 20 anos (Meuwissen et al., 2006)	Nenhuma diferença observada no uso de contraceptivos entre beneficiários e não beneficiários do cartão de saúde reprodutiva		
Tanzânia mulheres casadas e solteiras e homens, entre 10 e 24 anos (Williams et al., 2007) ⁵	Mulheres	39% ⁶	64% ⁶
	Homens	NSS ⁶	NSS ⁶
Uganda mulheres casadas e solteiras e homens, entre 10 e 24 anos (Williams et al., 2007) ⁵	Mulheres	42% ⁶	59% ⁶
	Homens	NSS ⁶	NSS ⁶

* Registrado como estatisticamente significativo sem valor-p.

** p < ; .001.

NSS = sem valor estatisticamente significativo.

1 Uso regular de contraceptivos.

2 Algum uso de contraceptivos.

3 Algum uso de contraceptivos no grupo de intervenção apenas esposas.

4 Algum uso de contraceptivos no grupo de intervenção casais.

5 Embora o grupo-alvo do programa fosse homens e mulheres, o uso de contraceptivos foi registrado como exclusivamente feminino.

6 Uso de contraceptivos modernos na última relação sexual, registrado para casados ou recentemente casados entre 17 e 22 anos.

Intervenções com evidência insuficiente de impacto no uso de contraceptivos por adolescentes:

- **Clubes de jovens** e **centros de jovens** que oferecem serviços contraceptivos podem não apresentar boa relação custo-efetividade e não alcançar os grupos-alvo desejados (Chandra-Mouli et al., 2015b; Denno et al., 2015; Zuurmond et al., 2012).
- Os benefícios de programas de **educação entre pares** são normalmente limitados aos jovens treinados como facilitadores (Chandra-Mouli et al., 2015b; Harden et al., 2001; Kim & Free, 2008; Tolli, 2012).

Como fazer: Dicas da experiência

Avaliar as necessidades e identificar as abordagens mais eficazes para alcançar adolescentes sexualmente ativos com serviços contraceptivos. A pesquisa formativa e o monitoramento dos dados devem ser desagregados para identificar necessidades específicas e preferências de diferentes grupos de adolescentes. Deve-se levar em conta os locais aonde se dirigem os adolescentes para obter acesso a produtos e serviços contraceptivos e quem possui necessidades não atendidas. Subgrupos podem ter preferências por canais específicos, tais como o setor público ou privado, clínicas ou farmácias.

Utilizar múltiplas modalidades de serviços para alcançar maior número de adolescentes. Diferentes abordagens podem incluir locais fixos (tanto públicos como privados), distribuição comunitária, serviços itinerantes, farmácias e drogarias, ambientes informais, escolas ou serviços instalados em locais de trabalho.

Capacitar prestadores de serviços para que ofereçam serviços amigáveis aos adolescentes. Introduzir elementos de AFCS no processo inicial de capacitação de prestadores. A introdução destes elementos na formação inicial pode reduzir a necessidade de cursos de aperfeiçoamento em serviço, ao mesmo tempo em que garante que egressos dos cursos de formação tenham competências básicas em saúde adolescente e prestação de serviços contraceptivos. Capacitação e treinamento são elementos essenciais para programas eficazes de AFCS, porém sozinhos não são suficientes para promover a mudança comportamental dos prestadores de serviço (Denno et al., 2015). A capacitação deve abranger tópicos como a oferta de informações e serviços sem atitudes condenatórias, informações precisas sobre critérios médicos de elegibilidade para o uso de contraceptivos por adolescentes; políticas públicas e direitos dos adolescentes a serviços e informações; esclarecimento de valores sobre sexualidade adolescente; e habilidades de comunicação com pacientes adolescentes.

Utilizar abordagem integral na capacitação em AFCS de toda a clínica. Esta abordagem ajuda a garantir que serviços amigáveis aos adolescentes não sejam exclusividade de um único prestador de serviços e que os adolescentes não sintam resistência por parte de membros da equipe, como enfermeiras ou farmacêuticos.

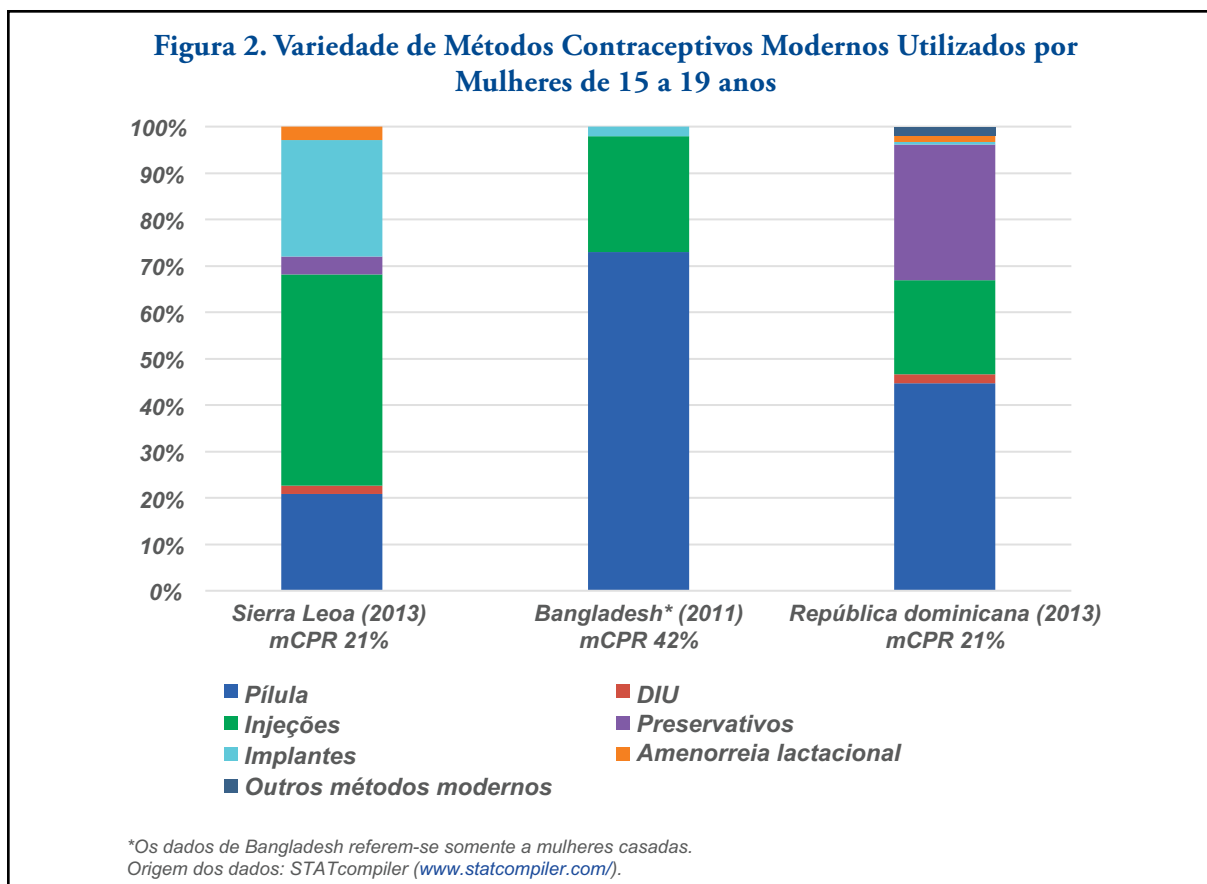
Reforçar a capacitação por meio de supervisão, material de apoio e mentores para modificar as atitudes e comportamentos dos prestadores de serviços. Ferramentas de supervisão e apoio, apoios gráficos podem ajudar a implementar programas baseados em direitos.

Garantir a confidencialidade e a privacidade visual e auditiva. Tomar todas as medidas necessárias para aumentar a confidencialidade do paciente: guarda segura do prontuário médico, sigilo das informações de saúde dos adolescentes, não interrupção desnecessária do atendimento por membros da equipe ou outros pacientes e garantia da importância da confidencialidade como parte da capacitação em AFCS. Podem-se tomar diversas medidas para manter a privacidade auditiva e visual, tais como utilização de sala privativa para aconselhamento, uso de salas de consulta com portas e janelas com cortinas, divisão das áreas de espera para que pacientes adolescentes não se misturem a adultos e realização de triagem e anamnese em locais privativos.

Adaptar a comunicação em saúde às necessidades e interesses dos adolescentes. Considerar onde e de quem adolescentes obtêm informações sobre saúde sexual e reprodutiva. Envolver os jovens na criação de grupos de mensagens e na identificação dos canais de comunicação apropriados. (Veja também o resumo PGI sobre [Comunicação e mHealth](#)).

Oferecer variedade de opções de métodos contraceptivos. A Figura 2 mostra a variedade de métodos utilizados por mulheres de 15 a 19 anos em Bangladesh, República Dominicana e Serra Leoa. O uso de métodos modernos entre adolescentes nestes três países varia de 21% a 42%. Os dados mostram que adolescentes tendem a utilizar uma variedade de métodos, incluindo LARCs, que são altamente eficientes, quando lhes é oferecida ampla gama de métodos contraceptivos (AAP, 2014; Committee on Adolescent Health Care, 2012; WHO, 2015).

Oferecer serviços gratuitos ou subsidiados. Todos os programas devem ter alguma forma de oferecer serviços e métodos contraceptivos gratuitamente ou a preços altamente subsidiados. Para tanto, foram implementadas diversas abordagens, como a oferta de serviços subsidiados como parte do modelo de franquia social, marketing social ou cartões de benefício, ou como parte de um esquema de reembolso (Denno et al., 2015). Os programas que pretendem alcançar os adolescentes devem desenvolver estratégias de marketing e distribuição específicas para este grupo.



Criar ambiente favorável, garantindo o respeito aos direitos jurídicos e políticas de apoio em relação à oferta de serviços contraceptivos para adolescentes. Diretrizes claras que orientem os profissionais de saúde na prestação dos serviços e oferta de informações são fundamentais na expansão do acesso de adolescentes aos serviços. Para que os direitos jurídicos dos adolescentes e as políticas de saúde relativas a este grupo sejam operacionalizadas no nível da oferta do serviço, os centros de saúde e demais instalações médicas devem fornecer cópias das políticas e padrões de prestação de serviços importantes (por exemplo, padrões de qualidade na oferta de serviços amigáveis para adolescentes, se houver) e prestadores de serviço devem ser bem orientados quanto ao seu uso como parte da capacitação em AFCS ou de cursos de aperfeiçoamento das equipes. Além disso, no que tange à supervisão, as listas de controle devem refletir as principais orientações destas políticas e os supervisores devem reforçar sua aplicação durante visitas da supervisão (Greifinger & Ramsey, 2014; Senderowitz et al., 2002).

Vincular as melhorias na prestação de serviço a atividades que promovam apoio dentro das comunidades.

Intervenções dirigidas a influenciar os comportamentos de saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes são significativamente reforçadas, quando existem intervenções complementares para os pais, prestadores de serviços, líderes religiosos e outros adultos influentes que podem promover um ambiente de apoio em centros de saúde, escolas, centros religiosos, e nas casas dos usuários dos serviços (Futures Group International, 2005; Gottschalk & Ortayli, 2014; Kesterton & de Mello, 2010). Diretrizes eficazes de educação sexual (UNESCO, 2009a; UNESCO, 2009b) podem assegurar que adolescentes tenham conhecimento suficiente para acessar os serviços (Todesco & Gay, 2015 no prelo).

Prestar atenção às normas sociais e de gênero para garantir que investimentos em AFCS sejam bem sucedidos. Meninas adolescentes terão acesso a métodos contraceptivos em contextos em que normas de gênero tenham sido transformadas para permitir que elas adquiram conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e se sintam autorizadas a acessar os serviços (McCleary-Sills et al., 2012). Meninos adolescentes terão acesso a métodos contraceptivos em contextos em que rapazes sintam algum senso de responsabilidade para planejar gravidezes (Barker et al., 2010).

Perguntas Prioritárias de Pesquisa:

1. A integração de AFCS aumenta o uso de métodos contraceptivos entre o público adolescente alvo?
2. Qual é o custo-benefício da integração de AFCS?
3. A integração eficaz de AFCS pode ser multiplicada e sustentada no longo prazo?

Ferramentas e Recursos

Pensar para Além do Espaço Separado: Ferramenta de tomada de decisão para projetar serviços amigáveis para jovens ajuda os desenvolvedores do programa a selecionar e adaptar modelos de prestação de serviços apropriados para jovens. Disponível em: <http://www.e2aproject.org/publications-tools/pdfs/thinking-outside-the-separate-space-yfs-tool.pdf>

Tornar Serviços de Saúde Amigáveis para Adolescentes: O Desenvolvimento de padrões nacionais de qualidade para serviços de saúde amigáveis para adolescentes fornece orientação passo a passo para desenvolver padrões de qualidade para a prestação de serviços de saúde para adolescentes. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/

Caminhos Comunitários para a Melhoria da Saúde Sexual e Reprodutiva do Adolescente: Quadro conceitual e indicadores de resultado sugeridos que apresenta uma estrutura que vincula as intervenções de envolvimento comunitário aos resultados desejados em saúde para adolescentes. Disponível em: <http://www.unfpa.org/resources/community-pathways-improved-adolescent-sexual-and-reproductive-health>

Guia de Avaliação de Qualidade: Guia de avaliação de serviços de saúde para pacientes adolescentes que contém guia do usuário, oito instrumentos e um esquema de análise e elaboração de relatórios sobre dados coletados para análise de qualidade de serviços de saúde para adolescentes. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_9789241598859/en/

Références

Acesse a lista completa das referências utilizadas na preparação deste resumo em:

<https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/adolescent-friendly-contraceptive-services/>

Para mais informações sobre PGIs, entre em contato com a equipe de PGIs na USAID via email:

fphip@k4health.org.

Formato sugerido para citação:

Práticas de Grande impacto em Planejamento Familiar (PGIs). Serviços contraceptivos amigáveis para adolescentes: integração de elementos adaptados aos adolescentes em serviços contraceptivos existentes. Washington, DC: USAID; 2015. Disponível em: <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/adolescent-friendly-contraceptive-services/>

Agradecimentos: Este documento foi escrito por Jill Gay, Gwyn Hainsworth, Karen Hardee e Shawn Malarcher. Revisão crítica e comentários úteis foram fornecidos por Michal Avni, Regina Benevides, Doortje Braeken, Jimmie Braley, Kimberly Cole, Maureen Corbett, Liz Creel, Laurette Cucuzza, Jen Drake, Ellen Eiseman, Sarah Fox, Kate Gilles, Rena Greifinger, Jim Griffin, Rachel Hampshire Ann Hirschey, Laura Hoemeke, Laura Hurley, June Hutchings, Roy Jacobstein, Fran Kanesathasan, Rebecca Kohler, Joan Kraft, Cate Lane, Pauline Lee, Judy Manning, Erin Mielke, Stembile Mugore, Danielle Murphy, Constance Newman, Rachel Okun-Kozlowicki Tanvi Pandit-Rajani, Leslie Patykewich, Anne Pitzer, Jen Papa, Shannon Pryor, James Shelton, Tabitha Sripipatana, Sara Stratton, Julie Taft, Caitlin Thistle, Mary Vandenbroucke, Vaughn Gracey, Venkatraman Chandra-Marcelo, Defa Wane, Kelsey Wright e Sylvia Wong.

Este resumo PGI foi aprovado por: Abt Associates, Bill & Melinda Gates Foundation, CARE, Chemonics International, EngenderHealth, FHI 360, FP2020, Georgetown University/Institute for Reproductive Health, International Planned Parenthood Federation, IntraHealth International, Jhpiego, John Snow, Inc., Johns Hopkins Center for Communication Programs, Management Sciences for Health, Marie Stopes International, Options, Palladium, Pathfinder International, Population Council, Population Reference Bureau, Population Services International, Save the Children, United Nations Population Fund, University Research Co., LLC, e a U.S. Agency for International Development.

A Organização Mundial da Saúde/Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa contribuiu para o desenvolvimento dos conteúdos técnicos deste resumo, que é considerado uma síntese de dados empíricos e experiência de campo. Este resumo deve ser utilizado em conjunto com as Ferramentas e Diretrizes da OMS para Planejamento Familiar: http://www.who.int/topics/family_planning/en/.

Tradução para o português pela PAHO. Revisores Elisabeth Meloni Vieira, Universidade de São Paulo e Rita Badiani, Pathfinder International