

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

GEIDY MARTIN DIAZ

**AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA A REDUÇÃO DE GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE
PERPÉTUO SOCORRO NO MUNICÍPIO DE BELO ORIENTE – MINAS GERAIS**

IPATINGA, MINAS GERAIS.

2016

GEIDY MARTIN DIAZ

**AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA A REDUÇÃO DE GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE
PERPÉTUO SOCORRO NO MUNICÍPIO DE BELO ORIENTE – MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado à
Coordenação de Pós Graduação, Universidade Federal
Minas Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi

IPATINGA, MINAS GERAIS.

2016

GEIDY MARTIN DIAZ

**AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA A REDUÇÃO DE GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE
PERPÉTUO SOCORRO NO MUNICÍPIO DE BELO ORIENTE – MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi-Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Examinador 2 – Prof.^a Aline Cristina Souza da Silva-Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Aprovado em Belo Horizonte, em 25 de abril de 2016.

AGRADECIMENTOS

Ao professor orientador Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi pela-sabedoria, paciência, confiança, dedicação a mim dispensada, e por sua competência na orientação e condução deste trabalho.

DEDICATÓRIA

Agradeço a Deus, fonte de inspiração e sabedoria, por ter me dado forças nos momentos mais difíceis, sem perder a fé e que esteve sempre comigo no cumprimento de mais de uma fase da minha vida.

A minha família, pelo apoio concedido e pela compreensão oferecida por minha ausência em alguns momentos preciosos.

RESUMO

A ocorrência da gravidez na adolescência é um acontecimento relevante de saúde pública e uma situação preocupante no país. Há décadas este tema tem sido considerado um grave problema universal, devido às consequências que pode causar para a família, comunidade e a sociedade em geral. Porquanto criar condições para a prevenção desse agravo, é considerado um desafio.

Nota-se que apesar dos esforços, o número de gestações precoces tem-se mantido elevado. O presente estudo objetivou elaborar um plano de intervenção, com ações estratégicas para reduzir a incidência da gravidez na adolescência na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Perpétuo Socorro no município Belo Oriente, Minas Gerais. A partir dos pressupostos do Planejamento Estratégico Situacional e de pesquisas bibliográficas narrativas com os descritores: Gravidez na adolescência e sexualidade.

Foram selecionados os trabalhos publicados no período 2010-2015 e que abordaram o desenvolvimento de ações direcionadas a redução da gravidez na adolescência.

Considerando, portanto, o problema prioritário a ser abordado a alta incidência de gravidez na adolescência, três “nós críticos” foram selecionados: Falta de conhecimento dos métodos contraceptivos; Presença de dúvidas relacionadas com a sexualidade; e Conflitos familiares. Como “nós críticos” são definidos problemas intermediários que, resolvidos, colaboram para a solução total ou parcial do problema prioritário. Para cada um foi apresentado um projeto, com definição de resultados e produtos esperados, recursos necessários, recursos críticos, ações estratégicas, responsáveis, prazos, acompanhamento e avaliação da viabilidade.

Enfatizando que o desenvolvimento das ações deve sempre, acolher aos adolescentes como usuários primordiais do sistema de saúde, assim como a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), buscando atendê-los em suas necessidades e construir com eles processos de melhor qualidade de vida para todos, através de ações educativas integradas com as escolas e outros setores.

Descritores: Gravidez na adolescência e sexualidade.

ABSTRACT

The occurrence of pregnancy in adolescence is a relevant public health event and a worrying situation in the country. For decades this question has been considered a serious universal problem, due to the consequences that may result for the family, community and society in general. As to create conditions for the prevention of this interlocutory appeal, is considered a challenge.

Note that despite the efforts, the number of early pregnancies has remained high. The present study aimed to draw up a contingency plan with strategic actions to reduce the incidence of teenage pregnancy in the area covered by the family health team Perpetuo Socorro in the municipality of Belo Oriente, Minas Gerais. From the Situational strategic planning assumptions and bibliographical research narratives with descriptors: teenage pregnancy and sexuality.

Selected works published in the period 2010-2015 and that addressed the development of actions aimed at reducing teen pregnancy.

Whereas, therefore, the priority issue to be addressed the high incidence of teen pregnancy, three us critics were selected: Ignorance of contraception; Presence of questions related to sexuality; and family disputes. As we critics are defined problems intermediaries, defined problems intermediaries, resolved collaborate to the full or partial solution of the problem a priority. For of us was presented a project, with results and expected product, resources required, critical resources, strategic actions, responsible, deadlines, monitoring and assessment of the feasibility.

Emphasizing that the development of actions should always, welcome to teens as primordially users of the health system, as well as the training of community health Agents (ACS), seeking to serve them in their needs and build with them processes for better quality of life for all, through educational actions integrated with the schools and other sectors.

Descriptors: Teenage pregnancy and sexuality.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS: Agentes Comunitários de Saúde.
- AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.
- BDEF: Banco de Dados de Enfermagem.
- CEABSF: Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.
- CENIBRA: Celulose Nipo Brasileira.
- CONSAUDE: Consorcio Intermunicipal de Saúde.
- DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis.
- ESF: Equipes de Saúde da Família.
- FMS: Fundo Municipal de Saúde.
- IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- IDH: Índice de Desenvolvimento Humano.
- IDH-M: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.
- LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.
- OMS: Organização Mundial da Saúde.
- PES: Planejamento Estratégico Situacional.
- PIB: Produto Interno Bruto.
- PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.
- PSF: Programa de Saúde da Família.
- SCIELO: Scientific Electronic Library Online.
- SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica.
- SUS: Sistema Único de Saúde.
- UBS: Unidade Básica de Saúde.
- USF: Unidades de Saúde da Família.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe de saúde da família nº2, Perpétuo Socorro, Município Belo Oriente, Minas Gerais, 2015.....p.35
Quadro 2	Desenho de operações para os “nos” críticos do problema da Gravidez na adolescência da equipe de saúde da família nº2, Perpétuo Socorro, Município Belo Oriente, Minas Gerais, 2015.....p.38
Quadro 3	Projeto “Saber Mais:” Intervenção sobre nó crítico 1 Falta de conhecimento dos métodos contraceptivos, para atuação sobre o problema da “Gravidez na adolescência.” Equipe de Saúde da Família nº2, Perpétuo Socorro, Município Belo Oriente, Minas Gerais, 2015.....p.39
Quadro 4	Projeto “Saber Mais:” Intervenção sobre nó crítico 2 Presença de dúvidas relacionadas com a sexualidade, para atuação sobre o problema da “Gravidez na adolescência.” Equipe de Saúde da Família nº2, Perpétuo Socorro, Município Belo Oriente, Minas Gerais, 2015.....p.40
Quadro 5	Projetos “Mas saúde e Viver melhor:” Intervenção sobre nó crítico 3 Conflitos familiares, para atuação sobre o problema da “Gravidez na adolescência.” Equipe de Saúde da Família nº2, Perpétuo Socorro, Município Belo Oriente, Minas Gerais, 2015.....p.42

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. JUSTIFICATIVA	16
3. OBJETIVOS	18
4. METODOLOGIA.....	19
5. REVISÃO DA LITERATURA	21
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	33
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS.....	46

1. INTRODUÇÃO

O município de Belo Oriente está localizado na mesorregião do Vale do Rio Doce, microrregião de Ipatinga, banhado pelo Rio Doce e Rio Santo Antônio, a leste da capital do estado, com extensão de 335,31 km². A rodovia de acesso à cidade são a BR- 381 e a MG-758. Como limítrofes estão os municípios de Açucena, Naque, Iapu, Ipaba, Bugre, Mesquita e Santana do Paraíso fechando a extensão entre os rios Rio Santo Antônio e Rio Doce (BELO ORIENTE, 2015).

O território do município foi habitado por índios botocudos, que viviam às margens dos rios Santo Antônio e Doce. Posteriormente com a chegada do Barão de Mesquita, com familiares e escravos, fundou-se um núcleo, inicialmente chamado Piedade do Galo. Esse povoado desenvolveu-se com o trabalho dos fundadores, dedicado especialmente, às atividades, agropecuárias até 1977, quando entrou em funcionamento importante indústria de celulose que propiciou rápida expansão do município (IBGE, 2013).

A topografia típica do município é de relevo acidentado, apresenta plano (15%), ondulado (20%) e montanhoso (65%). Grande parte do território e arredores, predominavam vasta parte da Mata Atlântica, com rica fauna e flora regional (BELO ORIENTE, 2015).

A economia do município baseia-se praticamente na indústria de celulose, carvão vegetal, agricultura, pecuária e extração de madeira (eucalipto) matéria prima usada pela Celulose Nipo Brasileira S/A (CENIBRA), na fabricação de papel. Possui uma renda média per capita de R\$ 128,02 mensais. O índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 0,686 (IBGE, 2013).

O Produto Interno Bruto (PIB) de Belo Oriente é um dos maiores da microrregião, destacando-se no setor industrial e na área de prestação de serviços (IBGE,2013).

As principais atividades econômicas do município são: CENIBRA, Comércio Varejista, Construção Civil, Extração Vegetal, sendo as opções de emprego: CENIBRA, Prefeitura Municipal, Secretaria de Estado de Educação, Construção Civil, Trabalho Braçal no cultivo de Eucalipto.

Segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em estatísticas divulgadas em 2014, a população municipal é de 25.329 habitantes, tem

um número aproximado de 6.074 famílias em aproximadamente 5987 moradias. Seu crescimento populacional é de 29,8 % (IBGE, 2013).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) tem um valor de 0,686 (o 2282º maior do Brasil); sendo considerado médio pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (IBGE, 2013).

Segundo o Censo Demográfico de 2010, o maior por cento (87,6%) das pessoas residentes no município se encontram acima da linha de pobreza, 7,4% entre a linha de indigência e pobreza e 5,1% abaixo da linha de indigência (BELO ORIENTE, 2015).

A estrutura de saneamento básico na área de abrangência do Programa de Saúde da Família (PSF) 2, conta com 99,8% das residências com a coleta pública de lixo e instalação sanitária. Percebe-se que a rede geral de esgoto é a forma mais encontrada de escoamento de dejetos (91,3%) na população, e 8,7% está coberta com fossa séptica. O 99,8% das famílias cadastradas recebem água de rede pública e 0,13% a recebem de poço ou nascente (IBGE, 2013).

Com relação à educação, o município conta com 10 escolas de ensino fundamental, 7 escolas de ensino pré-escolar e 2 escolas de Ensino médio Estadual (IBGE, 2013).

Em 2012, o município possuía 24 estabelecimentos de saúde, deles 15 são postos de saúde e serviços odontológicos, que fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS); 7 laboratórios onde são realizados os exames por meio de convênios com a prefeitura; 1 farmácia e 1 hospital público regional (BRASIL, 2013a).

Com relação ao sistema de saúde verifica-se que cerca de 80% da população do município é dependente do SUS. Para prestar o atendimento o município conta com 8 Unidades de Saúde da Família (ESF) distribuídos da seguinte forma: 1 equipe da saúde da família em São Sebastião de Braúnas, 1 equipe de saúde de família em Bom Jesus de Bagre, 1 equipe de saúde de família em Esperança (zona rural), 2 equipes de saúde de família em belo Oriente (sede), 3 equipes de saúde de família em Perpetuo Socorro. O trabalho em rede se realiza de forma Interdisciplinar e Inter setorial, a atenção básica prioriza as equipes de saúde da família como instrumento principal para reorganização da atenção básica. Atualmente, o município pode contar e oferecer vários serviços de saúde: UBS, PSF, laboratórios de análises clínicas, consultórios odontológicos, consultórios ortodônticos, serviço de fisioterapia e consultório médico privado. A maior parte da população desfruta dos serviços de

saúde oferecidos pelo governo municipal, pois trata-se de parte de indivíduos de baixa renda. Os atendimentos de urgência e primeiros socorros são referenciados ao município de Ipatinga, pois o hospital do município ainda está em construção.

A assistência ambulatorial especializada é oferecida da seguinte forma: o tratamento fora de domicílio em Ipatinga, Governador Valadares, Belo Horizonte e Teófilo Otoni, os demais serviços são oferecidos pelo município através de convênios com o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CONSAUDE), os exames de patologia clínica são oferecidas através de serviços próprios do município e serviços credenciais pelo SUS.

Os recursos municipais aplicados em saúde deverão seguir a organização e preferencialmente estar disponíveis financeiramente no Fundo Municipal de Saúde (FMS) e não somente no orçamento da Secretaria Municipal de Saúde.

Belo Oriente possui um Conselho municipal de saúde que pertence a microrregião de Ipatinga e se reúne uma vez por mês de forma ordinária podendo ser convocados de forma extraordinária. O cinquenta por cento dos membros são representantes de entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS, escolhidos em processo eleitoral direto; e o outro cinquenta por cento dos membros representantes de entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde, entidades de prestadores de serviços de saúde, entidades empresariais com atividade na área de saúde, todas eleitas em processo eleitoral direto, a fim de manter equilíbrio dos interesses envolvidos, a distribuição das vagas é paritária, ou seja, 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de serviço e gestores.

O município de Belo Oriente conta com um total aproximado de 222 funcionários de saúde que trabalham de 8 a 17 horas de segunda a sexta com uma carga horária semanal de 40 horas.

A equipe de saúde é constituída por 1 médico, 2 enfermeiras, 1 auxiliar de enfermagem, 6 agentes comunitários de saúde (carga horária 40 semanais), 2 recepcionistas, 1 auxiliar administrativo e 1 coordenador(a).

A Unidade de Saúde de Perpétuo Socorro foi inaugurada há 13 anos e está situada na Rua Monteiro Lobato número 506 no bairro Alex Müller. É uma casa alugada pela prefeitura, que foi adaptada para ser uma unidade de saúde. A casa não está bem conservada, sua área pode ser considerada inadequada, considerando-se a demanda e a população coberta. Possui uma sala para consulta

médica, uma para enfermagem, uma de preventivos, uma de curativos, uma farmácia, a cozinha e a recepção (área destinada a recepção é pequena) razão pela qual nos horários de pico de atendimento (manhã) cria-se certo tumulto na unidade. Não existe sala de reuniões, por isso a equipe utiliza o pátio da unidade, mais quando chove é um problema. As reuniões com a comunidade são realizadas nas diferentes micro áreas para lograr uma maior participação.

Com relação aos aspectos epidemiológicos, o município tem cadastrado no final de 2014 um total de 2388 pacientes portadores de hipertensão arterial, 710 portadores de diabetes mellitus, 188 grávidas, 16 portadores de tuberculose e registrou no ano todo, 77 casos de dengue, de acordo com os dados oferecidos pela secretaria municipal de saúde.

Segundo dados do SIH/DATASUS, as principais causas de óbito no município foram doenças do aparelho respiratório, do aparelho circulatório e do geniturinário. (BRASIL, 2014).

Em 2013 a taxa de mortalidade infantil foi de 5,3/1000 nascidos vivos. Destaca-se em 2012 que a cobertura vacinal da população menores de 1 ano de idade foi de 99,5 %.

Embora com um ano de atuação na Unidade de Saúde ESF-2 do Perpétuo Socorro, em Belo Oriente, nota-se pontos deficientes que podem ser melhorados, tanto estruturalmente, como em relação a abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população.

Dentre os problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou os seguintes: aumento da gestação na adolescência, baixa percepção de risco em doenças crônicas não transmissíveis, alto consumo de drogas psicotrópicas e polifarmácia, presença de poluição do ar devido à existência de gases poluentes atmosféricos da CENIBRA (indústria de celulose) que causam problemas respiratórios.

As principais causas do problema escolhido são baixo conhecimento cultural da população em geral e tabus relacionados com a sexualidade, além da falta de conhecimento dos métodos anticonceptivos.

De maneira geral, há indícios de que a gravidez precoce ocorre preferencialmente em regiões com presença de desigualdades sociais, em áreas caracterizadas por miséria e pobreza e em grupos sociais desfavorecidos (CAVASIN, 2004).

Segundo dados do Ministério da Saúde, as principais consequências da gravidez na adolescência podem ser: anemia, baixo peso do bebê ao nascer, pressão alta durante a gravidez, sistema emocional descontrolado e dificuldade no trabalho de parto normal (BRASIL, 2014).

A gravidez na adolescência envolve mais do que problemas físicos, pois há também problemas emocionais, sociais, dentre outros. Para evitá-la é necessário esclarecer as dúvidas das adolescentes em relação a sexualidade e como utilizar corretamente os métodos contraceptivos, por meio de uma correta educação sexual (BRASIL, 2014).

2. JUSTIFICATIVA

Segundo dados do Ministério da Saúde, a gravidez precoce é uma situação preocupante no país, cuja incidência tem demonstrado aumento significativo. É um fenômeno que vem crescendo em ocorrências a cada ano no Brasil, portanto é motivo de preocupação devido às consequências que pode causar tanto para a criança quanto para os pais adolescentes, bem como para suas respectivas famílias, comunidade e a sociedade em geral. Em 2000, 30% do total de partos, eram adolescentes. Atualmente, dois terços das mulheres no final da gestação no Brasil têm idade entre 10 e 19 anos (BRASIL, 2013).

Diariamente, 20 mil adolescentes com menos de 18 anos dão à luz e 200 falecem em decorrência de complicações da gravidez ou parto, nos países em desenvolvimento. A cada ano 7,3 milhões de meninas tornam-se mães em todo o mundo; destas 2 milhões são menores de 15 anos. Número este que pode crescer para 3 milhões até 2030, se mantida a tendência atual (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

A gravidez na adolescência vem adquirindo proporções importantes e cada vez mais encaradas como um problema para os jovens, que inicia uma família sem planejamento. A situação interfere, especialmente, nas possibilidades de elaborar um projeto de vida estável e viável, destacando que o acontecimento tende a ser mais traumático quando ocorre nas famílias de baixa renda (GURGEL et al., 2008). Portanto, o problema da gravidez na adolescência, sua percepção, sua vivência, apresenta uma alternância de acordo com as expectativas sociais e históricas vivenciadas para cada família.

Para tanto, as informações, os métodos e meios para a regulação da fecundidade, assim como também a assistência pré-natal, ao parto e puerpério, deve ser assegurada de modo irrestrito, de maneira que a gravidez possa ser desejada, planejada e vivenciada de modo saudável (RIOS, 2007).

Nota-se que a magnitude deste tema é ainda maior e difícil de ser quantificado com exatidão. Por quanto o acentuado número de gravidez na adolescência ocorrida em áreas carentes do Brasil, permeia a importância de maiores investigações e direciona que estratégias eminentemente educativas e posturas coerentes com a realidade podem ser implementadas para reduzir a incidência deste complexo e polêmico indicador.

Evitar a gravidez deste grupo etário fortaleceria as perspectivas de futuro dos jovens, sendo importante o desenvolvimento de programas de intervenção que esclareçam as mães adolescentes e as apoiem em seu processo de adaptação, tentando gerar uma boa competência parental (CARLOS *et al.*, 2007).

O número de grávidas adolescentes chamou a atenção da equipe e alertou sobre a necessidade de realizar ações educativas para mudar a realidade da maternidade precoce. Para atingir o objetivo, elaborou-se uma proposta de intervenção educativa para enfrentar casos da gravidez na adolescência.

Como desdobramento desta investigação, pretende-se promover a saúde sexual e reprodutividade em adolescentes e jovens, diante da realização de ações educativas sobre sexualidade, para que conheçam os principais fatores de risco associados a gravidez na adolescência, sua prevenção para evitar as complicações, que repercutem em maior dano para a família e a sociedade.

A relevância deste trabalho consiste em propor ações que possam ser implantadas ou implementadas, diante planejamentos de intervenções eficazes e efetivas a fim de melhorar o processo de trabalho das equipes de saúde da família, contribuindo para evitar a gravidez indesejável ou não planejada, principalmente entre adolescentes.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar ações estratégicas de intervenção para a redução da incidência dos índices de gravidez na adolescência na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Perpétuo Socorro no município Belo Oriente – MG.

3.2 Objetivos específicos

- Realizar trabalhos educativos com agentes comunitários em saúde para redução da incidência de gravidez na adolescência.
- Desenvolver grupos de discussão e oficinas de educação em saúde com adolescentes, no intuito de diminuir a gravidez nessa fase da vida.

4. METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como um projeto de intervenção que tem como objetivo reduzir a incidência da gravidez na adolescência na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Perpétua Socorro no município Belo Oriente – Minas Gerais.

Foram realizados levantamentos a partir do banco de dados do IBGE, da base de dados municipal do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e site eletrônico do DATASUS. Uma busca sistematizada na literatura foi realizada, utilizando sites de busca, como: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), edições do Ministério da Saúde e PUBMED. A busca foi guiada utilizando-se os seguintes descritores: Gravidez na adolescência e Sexualidade.

O período de busca das publicações foi de 2010 a 2015, exceto legislações e outras publicações básicas. Por fim, as informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional serviram de base para o desenvolvimento do projeto de intervenção.

Os dados utilizados na realização do diagnóstico situacional foram utilizados na construção do projeto de intervenção, tendo como referência os dez passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010) e que nortearam todo o processo:

- a) Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas consequências);
- b) Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);
- c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto a dimensão do problema e sua quantificação);

- d) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importante a serem enfrentadas);
- f) Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- g) Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
- h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);
- i) Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);
- j) Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

5. REVISÃO DA LITERATURA

5.1. Gravidez na adolescência e algumas aproximações à realidade social.

A literatura tem tratado a gravidez na adolescência como um problema de saúde pública, especialmente pelo fato de propiciar riscos ao desenvolvimento da criança gerada e da própria adolescente gestante (CERQUEIRA *et al.*, 2010).

A gestação na adolescência é tema contemporâneo, abordado por diferentes áreas do conhecimento. A mesma ganha visibilidade como problema de saúde, a partir da década de 70, com o aumento proporcional da fecundidade em mulheres com 19 anos de idade ou menos (FEREIRA *et al.*, 2012).

A vulnerabilidade no marco da gravidez em adolescentes, quando não planejada, é assinalada pela interação de uma série de fatores, entre eles, os pessoais, os familiares, os relativos à qualidade e à cobertura de serviços e programas de assistência, apoio social, prevenção e redução de fatores de risco do grupo social. A combinação desses fatores pode gerar ou aumentar a vulnerabilidade individual e, como consequência, a vulnerabilidade coletiva. É fato conhecido que podem ocorrer casos de gravidez que não representam nenhum trauma para a mãe adolescente (OLIVEIRA, 2012).

A gravidez na adolescência não implica apenas problemas individuais, mas afeta todo o contexto de vida da adolescente, sendo a família um elemento-chave para a organização ou desorganização desse processo, assim como a ausência ou presença do companheiro, um elemento crucial na aceitação e condução da maternidade (DA SILVA *et al.*, 2014).

Segundo Da Silva *et al.*, (2014) a gravidez na adolescência pode ser considerada um fenômeno que acarreta alterações no contexto familiar e social, mas que leva a reações distintas por parte de cada família, sendo importante considerar fatores como crenças e valores culturais, assim como a dinâmica existente no âmbito familiar. Considera-se ainda que a gravidez nesta fase da vida tem sido um dos problemas evidenciados especialmente nas famílias de baixa renda, o que ocasiona, na maioria das vezes, a evasão escolar, uniões consensuais além de poucas perspectivas das adolescentes para o futuro. No entanto, o enfrentamento desta questão requer tanto um olhar direcionado para as mães adolescentes como para todo seu contexto social, incluindo a família e a comunidade à qual pertencem.

Segundo Oliveira (2012), o panorama da gravidez na adolescência varia conforme os diferentes contextos políticos, educativos e socioculturais, específicos de cada realidade, refletindo o nível de concretização dos direitos sexuais e reprodutivos. Nessa perspectiva, pode-se dizer que a gestação na adolescência aparece como um dos indicadores da ausência de condições para o exercício efetivo dos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes.

Existem situações nas quais a adolescente grávida tem de enfrentar diversos conflitos, sobretudo de ordem psicológica, econômica e social. No que se refere aos aspectos socioculturais, pesquisas têm mostrado que a gestação precoce pode trazer desvantagens à trajetória educacional da gestante contribuindo com a evasão escolar e dificultando o retorno à escola, limitando seu progresso acadêmico e possibilidades de adequação ao mercado de trabalho, sendo indispensáveis a presença e apoio familiar e do parceiro (COSTA *et al.*, 2014).

Segundo Costa *et al.*, (2014) muitos estudos destacam a interferência no percurso acadêmico, em que tem sido verificado altos índices da baixa escolaridade entre mães adolescentes, em decorrência da evasão, abandono e dificuldade de retorno à escola. Existindo consenso sobre diferentes fatores determinantes (estruturais e sociais) que podem interferir no processo de escolarização de jovens. Além disso, várias pesquisas têm demonstrado que a maternidade precoce pode comprometer o processo de escolarização, principalmente em condições socioeconômicas desfavoráveis, assim como também a precipitação de uniões conjugais, mesmo em domicílios separados. Considera-se importante a presença do companheiro como fator de suporte psicossocial durante o período gestacional.

Segundo Oliveira (2012), uma adolescente oriunda de classes menos favorecidas pode estar mais vulnerável a uma gravidez ao iniciar sua vida sexual precocemente, pela falta de acesso a recursos e/ou informações. Essa possibilidade está diretamente associada à escolaridade visto que, quanto mais reduzido é o nível educacionais de que a adolescente dispõe para informar-se e ter acesso aos serviços de atendimento a sua saúde reprodutiva, mais frequentemente acontecerá uma gravidez indesejada.

A idade não representa de forma isolada um risco para a gestação adolescente. Para isso, é necessário agregar outras variáveis socioeconômicas e considerar que, se os cuidados pré-natais estão presentes, a gestação não representa maior risco de complicações obstétricas quando se comparam mulheres

adultas com mulheres adolescentes do mesmo nível socioeconômico (OLIVEIRA, 2012).

Existe um comprometimento da qualidade da assistência, possivelmente pelos aspectos psicossociais e econômicos envolvidos na gravidez precoce, principalmente quando não foi planejada, em que conflitos pessoais e familiares e dificuldades econômicas são determinantes para o início tardio do pré-natal (COSTA *et al.*, 2014).

Segundo Ferreira *et al.*, (2012), os valores numéricos para a gestação na adolescência não ocorre de forma uniforme no país, mas apresenta desigualdades, de acordo com o desenvolvimento social do território, sendo menor nas classes sociais mais excluídas.

A redução das iniquidades sociais é uma das prioridades da política de saúde do adolescente, no país. Segundo a política de saúde dos adolescentes e jovens, as ações e estratégias de promoção da saúde e redução das iniquidades da gestação na adolescência devem ser organizadas em rede de atenção à saúde, intra e intersetorialmente, pela análise da situação de um território e pela participação social, respeitando-se as diversidades. Pois as disparidades intraurbanas da incidência e dos riscos da gestação na adolescência são resultantes de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas, essencialmente coletivos e contextuais e requerem políticas públicas e intervenção em rede intersetorial, tendo em vista a redução das desigualdades (FEREIRA *et al.*, 2012).

Assim, é fundamental que as políticas sociais atentem para as necessidades e as demandas específicas em saúde reprodutiva dessa população, na construção de estratégias que atuem para a redução da vulnerabilidade ocasionada por situações em que as variáveis de garantia dos direitos e de inserção social podem ser desfavoráveis para a qualidade de vida dessa população (FEREIRA *et al.*, 2012).

Denota-se aumento proporcional do risco de morbimortalidade infantil nessa faixa etária, relacionado à maior incidência do baixo peso ao nascer, ao menor número de consultas no pré-natal e às intercorrências no parto (BRASIL, 2014).

5.2 Práticas educativas para prevenção da gravidez na adolescência.

Educar para a saúde é o mesmo que se relacionar como o outro buscando conhecimento e capacidade que toma o sujeito atuante e o único em decidir sobre

sua própria saúde. No contexto sociocultural, o profissional de saúde estabelece estratégias de ação e intervenção que permitem a construção de conhecimento recíproco (VASCONCELOS *et al.*, 2009).

Segundo Dall'agnol, (2007) os trabalhos em grupo possuem um papel importante na formação de vínculos e consequente promoção de atitudes saudáveis, pois contribui para o diálogo entre pessoas que vivenciam a mesma experiência. Para a efetividade do grupo é necessário que os indivíduos sejam atuantes verdadeiramente durante os processos de aprendizagem do grupo. A troca de experiências mediada por equipe multidisciplinar aumenta a capacidade resolutiva da assistência prestada (DALL'AGNOL, 2007).

O PSF, inserido em uma política que garante acesso universal e a integralidade da assistência, é responsável primeiro por este papel de orientação e informação. Ademais, a atenção à mulher a garantia de acesso ao pré-natal de qualidade e aos outros níveis de assistência e inerente ao PSF. A territorialização do cuidado ainda é capaz de permitir a captação precoce e inclusão nas ações de educação em saúde (MANDÙ *et al.*, 2008).

A consulta individual pode e deve ser momento de estabelecer as estratégias educativas, deixando de lado o aspecto meramente prescritivo e estabelecendo o acolhimento como vínculo entre unidade de saúde e paciente para busca de soluções conjuntas que levem melhor adesão ao tratamento (VASCONCELOS *et al.*, 2009).

Segundo Cerveira *et al.*, (2011) na promoção da saúde, as ações de educação em saúde são intervenções potencialmente decisivas, pois se fazem com origem na problematização, análise e proposição dos profissionais de saúde e comunidade, sujeitos do processo. Nessa perspectiva, essa prática assume um novo caráter, haja vista que seu eixo norteador é o fortalecimento da capacidade de escolha dos sujeitos, pressupondo que as informações sobre saúde são trabalhadas de forma simples e contextualizada, instrumentalizando as pessoas para fazerem escolhas de vida mais saudáveis (ALVES, 2011).

Segundo Nunes *et al.*, (2014) é imprescindível apagar o entendimento de educação em saúde apenas como o repasse de informações, dos profissionais de saúde para os usuários dos serviços, pois, como um ato político-pedagógico, a educação em saúde requer o desenvolvimento de uma reflexão sobre a realidade

como sujeito histórico e social que o levem à autonomia, à emancipação e a tomar decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade.

A educação em saúde deve ser prática que alicerça e reorienta toda a atenção à saúde e não apenas uma atividade a mais a ser desenvolvida nos serviços de saúde. É uma prática inerente a todas as atividades desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que proporciona uma articulação entre todos os níveis da gestão do sistema, sendo essencial, tanto para a formulação de políticas de saúde de forma compartilhada, como também para que as ações aconteçam com a participação dos usuários (NUNES *et al.*, 2014).

Segundo Alves *et al.* (2012) na Estratégia Saúde da Família (ESF), as equipes devem estar atentas para os conceitos de promoção da saúde, desenvolvendo estratégias educativas em saúde que valorizem os recursos socioculturais da área territorial de abrangência, atuando ainda de forma intersetorial e interdisciplinar.

Apesar dos avanços nesse campo de atuação, muitas das práticas educativas desenvolvidas por profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, ainda mantêm o enfoque educativo-preventivo, sem incorporar a compreensão dos determinantes sociais dos problemas de saúde ou, ainda, as necessidades e saberes da população assistida (ACIOLI, 2008).

Segundo Nunes *et al.* (2014) percebe-se que, embora a prática educativa em saúde não seja proposição recente, na atualidade, se mostra um desafio, permanecendo, muitas vezes, pautada ainda no modelo biológico, o que não permite o alcance do verdadeiro ideal da educação em saúde, que é a autonomia e emancipação dos envolvidos, favorecendo a capacitação destes sujeitos a decidirem quais as ações mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde. Por quanto às ações de Promoção da Saúde devem considerar a experiência dos sujeitos e a maneira como cada um enfrenta suas necessidades e como, juntos em comunidade, exercem sua cidadania e são capazes de produzir transformações em sua realidade.

Segundo Nunes *et al.*, (2014) a mobilização comunitária para o enfrentamento de seus problemas diante ações de promoção de saúde/educação em saúde, também fez perceber o quanto é prioritária a atuação da ESF junto a adolescentes, em especial na prática educativa em saúde, e que o tema gravidez na adolescência

ainda se mostra frequente e também relevante na atualidade, embora já bastante estudado.

A promoção da saúde pressupõe o resgate da participação comunitária, que deve ser incentivada, reconhecendo as pessoas como capazes de promover seu cuidado. Nessa perspectiva, é importante estimular a formação de grupos na comunidade assistida pela ESF, pois, além de contribuir na promoção da saúde desses sujeitos, estes podem se tornar parceiros no enfrentamento dos principais problemas de sua comunidade (NUNES *et al.*, 2014).

Na prática educativa em saúde na ESF, é preciso inovar, recuperar os espaços sociais existentes no bairro, criar redes de apoio à comunidade e atuar interdisciplinarmente. Para isso, é necessário ir para o território, conhecer a comunidade, as famílias, os sujeitos, suas necessidades e potencialidades (NUNES *et al.*, 2014).

Na ESF, o enfermeiro é um profissional que tem toda possibilidade para esse reconhecimento, pois está bem próximo das famílias e da comunidade. Sua prática deve incluir a participação comunitária, com respeito à cultura, valorização das reais necessidades locais, contribuindo para o aumento da autonomia dos sujeitos, empoderamento comunitário, mudança social e transformação dos sujeitos em verdadeiros protagonistas de suas vidas (NUNES *et al.*, 2014).

Segundo estudo feito por Nunes *et al.*, (2014) é possível, desenvolver atividades educativas sob uma perspectiva pautada na participação e emancipação da comunidade na ESF, mediante uma parceria comunitária, embasada na realidade e necessidade locais. Os sujeitos, quando motivados e apoiados, respondem positivamente a processos como esses.

5.3 Repercussões materno perinatal da gravidez na adolescência.

Diante da transição repentina, no seu papel de mulher, ainda em formação, para o de mulher mãe, a adolescente vive uma situação conflituosa. A maioria é despreparada física, psicológica, social e economicamente para exercer o novo papel materno o que compromete as condições para assumir adequadamente esta nova função. Além do despreparo da jovem mãe, está também enfrenta o abandono do parceiro, o que significa vivenciar a criação do filho sem apoio paterno (PONTES *et al.*, 2012).

No estudo feito por Costa *et al.*, (2014), foram observadas altas proporções de solteiras e comunhão livre entre as adolescentes acompanhadas, o qual constitui um fator de risco para o peso inadequado e a prematuridade do recém-nascido. Estes resultados revelam a instabilidade social e econômica de adolescentes diante da gravidez não planejada com necessidade de ajustes na família que, muitas vezes, não está preparada economicamente para atender esta demanda.

A gestante adolescente está em maior risco para sofrer complicações perinatales que incluem anemia por deficiência de ferro, hipertensão gestacional, parto cirúrgico, parto prematuro e bebê com baixo peso ao nascer, além de maior morbimortalidade. A competição entre as necessidades de crescimento e desenvolvimento da própria adolescente e as demandas fetais pode contribuir para esses problemas (SUSAN, 2010).

Nesta faixa etária, a gravidez é uma situação muito particular que plantea vários problemas, como o aumento do índice de abortos, descoberta na final gravidez, com pobres ou sem acompanhamento, nascimento prematuro e alta mortalidade perinatal; assim como os problemas sociais: rejeitar a família, interrupção da educação, abuso de drogas e abandono do recém-nascido. Além disso, aumenta o risco das crianças afetadas por prematuridade, baixo peso, desnutrição fetal e atraso no desenvolvimento cognitivo; a mortalidade infantil também é maior. Apesar disso, não se sabe se o risco é devido, principalmente, para a imaturidade biológica do adolescente ou as precárias condições sociais (BARON *et al.*, 2012).

Os filhos de mães adolescentes têm um risco aumentado para ter atraso de desenvolvimento, dificuldades acadêmicas, desordenes de comportamento, abuso de drogas, e se tornarem também pais adolescentes (BALLONE, 2004).

[...] Algumas consequências sociais e psicológicas podem ser encontradas em decorrência de gestações não planejadas: Ocorrência de abortos provocados, dependência financeira dos Adultos, abandono ou interrupção dos estudos, dificuldade de retorno à escola, profissionalização deficiente e dificuldade de inserção no mercado de trabalho com a manutenção do ciclo da pobreza, falta de apoio e/ou isolamento social e familiar, maior risco de separação conjugal, ausência do pai durante a gestação e a vida da criança, sentimento de insegurança, maior risco de depressão e suicídio e maior risco de exploração sexual (MINAS GERAIS, 2006,p. 122).

É necessário fortalecer e promover as políticas do governo encaminhadas a oferecer orientação dessa população frágil e com fome de conhecer e explorar sem

medo de seu ambiente, enfrentando a vida sem medo, sem medidas de segurança; Portanto, estão expostos com mais frequência para sofrerem de doenças de transmissão sexual, gravidezes não planejadas e abortos (BARON *et al.*, 2012).

Segundo o estudo feito por Barón *et al.*, (2012), as complicações mais frequentes em adolescentes grávidas foram: ruptura prematura de membranas, ameaça de parto pré-termo e dificuldade respiratória do recém-nascido. Além disso, o problema econômico e sócio cultural que representa o estado civil, porque eles são dependentes de seus pais, a falta de apoio do seu parceiro, ainda são estudantes e a falta de uso de métodos contraceptivos. Assim, é evidente a importância da educação que lhes permita conhecer sua sexualidade e os compromissos e riscos envolvidos para exercê-la.

Por quanto tem constatado a interferência de múltiplos fatores no resultado gestacional, sendo as políticas públicas na área materno-infantil e de saúde reprodutiva importante estratégia para determinação e manutenção do estado de saúde da gestante, do feto e do recém-nascido, assim para o controle dos índices de morbidade e mortalidade materna, neonatal e infantil (COSTA *et al.*, 2014).

5.5 Abordagem da Adolescência e Sexualidade.

A adolescência pode ser definida de diferentes formas. A Organização Mundial da Saúde (OMS), afirma que a adolescência compreende o período entre 10 e 19 anos de idade, subdividido em adolescentes menores (de 10 a 14 anos) e adolescentes maiores (de 15 a 19 anos). Sendo este critério o mais utilizado na literatura biomédica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Segundo Grillo *et al.*, (2011) é um período da vida caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais, sendo este o período de transição entre a infância e a vida adulta da sociedade em que vive. Inicia-se com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, obtendo progressivamente sua independência econômica, além da integração em seu grupo social.

A adolescência é a fase na qual, geralmente, o indivíduo inicia sua vida sexual. Pelas características específicas dessa fase do desenvolvimento, como menor condição de controle dos impulsos, a iniciação sexual pode estar associada a

comportamentos de riscos às contaminações com DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS e SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (DST/AIDS) e à gravidez precoce (DE PAULA *et al.*, 2014).

Nesta fase da vida, ocorrem a aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudanças da composição corporal, eclosão hormonal, envolvendo hormônios sexuais e evolução da maturidade sexual, acompanhada pelo desenvolvimento de caracteres sexuais secundários masculinos e femininos (CAMARGO, FERRARI, 2009).

A adolescência é reconhecida um período de constantes e difíceis mudanças, especialmente para as meninas, pois a dificuldade de adaptação ao novo papel social geram inseguranças e conflitos no meio familiar e social. Nessa etapa da vida o adolescente não só deve enfrentar o mundo dos adultos, desejado e temido, para o qual não está totalmente preparado, como também deve perder a sua condição de criança, cômoda e dependente (ABERASTURY, KNOVEL, 2008).

A visão teórico-conceitual contemporânea sobre adolescência remete a várias perspectivas de compreensão desse fenômeno, seja na dimensão psicológica, seja na biológica, sociocultural ou jurídica. Contudo, é apropriado afirmar que se trata de uma fase socialmente construída, podendo expressar-se de forma peculiar e inclusive modificar-se de acordo com o ambiente social, econômico, político e cultural, no qual vive a/o adolescente. Em que pese tais particularidades, a adolescência é o período de crescimento no qual os conflitos e as mudanças que nele ocorrem são decisivos para a saúde física, mental e social de adolescentes (OLIVEIRA, 2012).

Segundo Dias, Teixeira, (2010) o ocasionamento de diversos fatores, como o desconhecimento sobre o que de fato ocorre na adolescência, bem como as informações errôneas e desencontradas divulgadas pela mídia fazem com que os jovens iniciem precocemente suas atividades sexuais, não conscientes das complicações de sua vida sexualmente ativa.

O termo sexualidade, criado no século XIX, representa um conjunto de valores e práticas corporais culturalmente validados na história da humanidade. Mais do que pertinente à extensão sexual e sua extensão biológica, ele diz respeito a uma dimensão íntima e relacional, que compõe a subjetividade das pessoas e suas relações corporais com seus pais e com o mundo (HEILBORN, 2002).

No século XXI, a sexualidade continua sendo um tabu, haja vista a escassez ou inexistência de espaços de informação que capacitem os/as adolescentes para escolher a possibilidade de viver sua sexualidade de maneira saudável e positiva. Essa evidência se reflete nas formas: na desinformação sobre seu próprio corpo, sua saúde, sua sexualidade e seus direitos sexuais e reprodutivos, sendo ainda incipientes os programas de educação sexual, seja na área da saúde ou da educação (THURLER, BARREIROS, 2002).

A sexualidade é uma dimensão fundamental de todas as etapas da vida de homes e mulheres, envolvendo práticas e desejos relacionados à satisfação a afetividade, ao prazer, aos sentimentos, ao exercício da liberdade e à saúde. A sexualidade humana é uma construção histórica, cultural e social, e se transforma conforme mudam as relações sociais. No entanto, em nossa sociedade, foi histórica e culturalmente limitada em suas possibilidades de vivência devido a tabus, mitos, preconceitos, interdições e relações de poder (COSTA, 2014).

O comportamento sexual de um indivíduo depende não só da etapa de desenvolvimento em que se encontra, mais também do contexto familiar e social em que vive (MACEDO, 2010).

Segundo Fonseca *et al.*, (2010), o exercício da sexualidade acarreta implicações no processo reprodutivo e na própria saúde do adolescente. Nessa etapa da vida, os indivíduos assumem comportamentos para os quais não estão preparados, como iniciarem relacionamento sexual precocemente, o que se deve, muitas vezes, à ansiedade de viver de maneira rápida e intensa, razão pela qual não refletem sobre suas atitudes. A sexualidade precoce aumenta a vulnerabilidade às (DST), à gravidez na adolescência e outros riscos, o que interfere em suas metas de vida.

Segundo Costa (2014), de certa forma podemos considerar que a educação sexual acontece desde as relações familiares, mesmo entre famílias que não trabalham el assunto de forma aberta. O comportamento dos pais entre si, na relação com os filhos, nos cuidados recomendados, nas expressões, gestos, proibições que estabelecem, são exemplos carregados dos valores associados a sexualidade que a criança e o adolescente aprendem.

A sexualidade é construída, portanto a partir das possibilidades culturalmente estabelecidas, sendo um processo permanentemente permeado por valores, crenças e padrões socialmente estabelecidos de comportamento. Esses padrões

são intensificados por instituições como igrejas, escolas, mídia, etc, que se configuram como importantes instrumentos de controle social a partir desses valores vigentes na sociedade (COSTA, 2014).

Em relação ao exercício da sexualidade na adolescência, é dito que os adolescentes, dependendo da sua maturidade tanto biofísica como psicológica, apresentam condições para ingressar progressivamente na atividade sexual responsável. Entretanto, esse processo não é objetivado com êxito, por diversas razões, dentre elas a incoerência do adulto ao tratar a manifestação da sexualidade de adolescentes. Essa incoerência se caracteriza, por um lado, por exigir responsabilidades na expressão consciente de seus atos referentes à sexualidade e, por outro, por impedir e limitar o acesso aos recursos e informações necessários para um comportamento sexual responsável (OLIVEIRA, 2012).

Segundo Sevilla, Orcasita (2014), quando se fala sobre sexualidade, assumiu que é um aspecto essencial na vida dos seres humanos. Cujas importância e transversalidade abrangem todas as dimensões do ser humano, como sexo, gênero, identidade, erotismo, prazer, reprodução, orientação sexual e são expressas através de diferentes formas de relacionamentos a partir de crenças, práticas, valores, entre outras coisas que interagir a nível biológico, psicológico, social, econômica, política, cultural, ética, histórica, religiosa e espiritual. Além que se encontra vinculada a fatores demográficos, psicológicos, sociais, biológicos e culturais.

Segundo Oliveira (2012), nos tempos atuais, a sexualidade alcançou uma exacerbada liberação, expressando um caráter comercial (livros, filmes, músicas, vestuário, revistas), o que ocasiona, muitas vezes, uma distorção do sentido próprio da sexualidade humana. Embora exista esse apelo ao uso indiscriminado da sexualidade e de tudo o que ela implica, não existe na mesma proporção a abertura para enfrentar a questão de maneira consciente por parte do mundo adulto (pais, educadores e a sociedade como um todo). O receio de uma gravidez parece ser a única preocupação ao tratar das questões da sexualidade com os/as adolescentes, somado aos fatores de risco representados pela exposição às DST/AIDS.

Atentar para sexualidade dos adolescentes é uma necessidade que pode contribuir para reduzir problemas no que diz respeito à sua vida pessoal e social. Salientamos o papel fundamental da escola em sua educação sexual, visto ser esse o ambiente adequado para a aprendizagem não só da anatomia e da fisiologia do

corpo humano, de métodos de prevenção da gravidez precoce e das DST, mas também para o desenvolvimento de sua autonomia (NASCIMENTO *et al.*, 2011).

Muitos adolescentes iniciam precocemente sua vida sexual, embora desconheçam a estrutura anatomofisiológica reprodutiva de seu corpo e os métodos de prevenção de DST. Tais problemas podem desestruturar vidas e são determinantes na reprodução do ciclo de pobreza das populações (CARNEIRO, 2015).

De Paula *et al.*, (2014), ressaltam a necessidade de que as informações sobre sexualidade precisam ser repassadas, respeitando as diversidades existentes na população, salientando a importância de que todas as ações educativas destinadas à orientação sexual devem ser contínuas, colocando-se como um desafio que é necessário ser assumido por todos os envolvidos com o público adolescente, desde os pais, profissionais da área da saúde e educação, mídia, governos e a sociedade de forma geral, sempre no intuito de permitir aos adolescentes condições de vivenciar sua sexualidade com saúde e responsabilidade associada ao prazer.

Não se deve ignorar o fato de que a sexualidade tem muita importância no desenvolvimento e na vida das pessoas, pois independentemente da capacidade reprodutiva, a sexualidade está relacionada com a busca do prazer, que é uma necessidade fundamental. A sexualidade faz parte da vida dos seres humanos, desde o momento do seu nascimento até a sua morte, se manifestando de formas diferentes em cada etapa da vida e de forma única a cada pessoa, já que ao longo de sua vida o sujeito vai construindo sua própria história de acordo com a sua cultura e levando em conta os seus sentimentos (PIRES, 2015).

[...]O estudo da sexualidade reúne contribuições de diversas áreas, como Antropologia, História, Economia, Sociologia, Biologia, Medicina, Psicologia e outras mais. Se, por um lado, sexo é expressão biológica que define um conjunto de características anatômicas e funcionais (genitais e extragenitais) a sexualidade é, de forma bem mais ampla, expressão cultural. Cada sociedade cria conjuntos de regras que constituem parâmetros fundamentais para o comportamento sexual de cada indivíduo (PCNs, 2001, p.117).

Segundo Pires (2015), a sexualidade não pode ser tratada de maneira isolada na vida dos adolescentes, é necessário que todos estejam envolvidos em sua formação, pais, professores e agentes de saúde, devem estar preparados para atenderem as dificuldades e questionamentos dos jovens sempre que surgirem, respeitando os seus sentimentos.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é fundamental para direcionar a Equipe de Saúde da Família (ESF) ao objetivo que se quer alcançar. Para iniciar um planejamento a equipe tem que conhecer os determinantes de saúde da área adscrita, bem como os principais problemas a serem enfrentados de acordo com a prioridade e coerente com o modelo de gestão e capacidade de enfrentamento.

A Equipe de Saúde da Família do Perpétuo Socorro, município Belo Oriente, MG, realizou o diagnóstico situacional da área de abrangência, através de método de estimativa rápida, análise em sistemas de informação do município, levantamento de dados para serem transformados em ações e dar início a um planejamento estrutural de saúde para prevenção de gravidez na adolescência na faixa etária de 12-19 anos. A gravidez na adolescência é um problema quase estruturado, que pode ser prevenido.

6.1 Primeiro Passo: Definição do problema.

Após a realização do Diagnóstico Situacional do Módulo de planejamento e Avaliação das ações em Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) foi possível identificar os principais problemas da área adscrita ao PSF-2 Perpétuo Socorro, no município Belo Oriente MG, o que permitiu uma melhora na qualidade de serviço oferecido à população local e uma adequada organização do processo de trabalho do ESF.

A realização do Diagnóstico Situacional da nossa área de abrangência é fundamental para o processo de planejamento porque permite o conhecimento dos fatores sociais, políticos, econômicos, ambientais, culturais e individuais, que determinam a qualidade de vida da comunidade adscrita.

Foram identificados os seguintes problemas:

- Aumento da gestação na adolescência.
- Baixa percepção de riscos em doenças crônicas não transmissíveis.
- Alto consumo de drogas psicotrópicas e polifarmácia.
- Presença de poluição do ar devido à existência de gases poluentes atmosféricos da CENIBRA (indústria de celulose) que causam problemas respiratórios.

- Pobre pavimentação de ruas e presença de áreas de colapso que impedem o acesso dos habitantes.
- Persistência de crenças, tabus e tradições ancestrais que dificultam ou impedem a remoção de comportamento na população.

6.2 Segundo Passo: Priorização do problema.

Após a identificação, tornou-se necessária a seleção ou priorização daqueles problemas que seriam enfrentadas, uma vez que dificilmente, todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos /financeiros, humanos, materiais, etc.

Como critérios para seleção dos problemas, as equipes de Saúde da família consideram: a importância do problema, sua urgência e a própria capacidade para enfrentá-los, conforme descritas no seguinte quadro.

Quadro 1: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe de saúde da família No 2, Perpétuo Socorro, Município Belo Oriente, Minas Gerais, 2015.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Aumento da gestação na adolescência.	Alta	9	Parcial	1
Baixa percepção de risco em doenças crônicas não transmissíveis.	Alta	8	Parcial	2
Alto consumo de drogas psicotrópicas e polifarmácia.	Alta	7	Parcial	3
Presença de poluição do ar devido à existência de gases poluentes atmosféricos da CENIBRA (indústria de celulose) que causam problemas respiratórios.	Alta	7	Nenhuma	4
Pobre pavimentação de ruas e presença de áreas de colapso que impedem o acesso dos habitantes.	Alta	6	Nenhuma	4
Persistência de crenças, tabus e tradições ancestrais que dificultam ou impedem a remoção de comportamento na população.	Média	5	Parcial	5

Fonte: Diagnóstico Situacional de Saúde, 2015.

Assim, o problema selecionado pela equipe como prioritário foi Gravidez na adolescência, observamos que os demais problemas identificados poderiam ter sido evitados, com um planejamento.

6.3 Terceiro passo: Descrição do problema priorizado

A identificação deste problema é importante, pois também abrange um problema de carácter social, visto que muitas adolescentes, não possuem condições financeiras e vem psicológico para assumir tal responsabilidade.

Ao realizar a priorização dos problemas a equipe de saúde levou em consideração a importância, urgência, capacidade de enfrentamento. Desse modo, o problema priorizado para a realização do projeto de intervenção foi a Gravidez na adolescência, tendo em conta que, de um total de 32 gestantes no PSF, 13 são adolescentes (40,6%).

6.4 Quarto passo: Explicação do problema.

Este passo tem como objetivo entender a gênese do problema que se quer enfrentar a partir da identificação das suas causas e possíveis consequências (CAMPOS et al., 2010).

Durante as consultas foi possível perceber que a falta de informação e de prevenção, constituindo-se pontos chaves para justificar tal incidência. Por exemplo, não conhecem aspetos importantes relacionados com a sexualidade, não sabiam como iniciar a anticoncepção hormonal, não faziam seu uso corretamente, a maioria não faz uso dos métodos contraceptivos de barreira, como camisinha, não havendo assim proteção para as DST.

Outros fatores destacados e que poderiam justificar esta alta incidência são baixo nível cultural da população em geral, sobre tudo relacionada às práticas sexuais e ao início precoce das relações sexuais, além dos tabus relacionados com a sexualidade, além da falta de informação nas escolas, o fato de ser uma comunidade rural, a população de forma geral é muito conservadora, não havendo uma conversa aberta entre os pais ou famílias, devendo sensibilizar-os da importância do uso dos métodos contraceptivos.

Entre as consequências desse problema estão: deserção escolar, maus tratos as crianças, maior risco a saúde da adolescente, assim como de adquirir DST, todos originados pela falta orientação.

6.5 Quinto passo: Seleção dos nós críticos.

A gravidez na adolescência envolve muito mais do que problemas físicos, pois há também problemas emocionais, sociais, entre outros. Para evitá-la é necessário esclarecer todas as dúvidas dos adolescentes em relação a sexualidade e como utilizar corretamente os métodos contraceptivos, diante uma correta educação sexual.

Nossa equipe de saúde identificou como “nós críticos” aquelas situações os fatores relacionados com o problema principal como foram:

- Falta de conhecimento dos métodos contraceptivos.
- Presença de dúvidas relacionadas com a sexualidade.
- Conflitos familiares.

Após explicado o problema, identificação dos “nós críticos” foi realizado o desenho das operações.

6.5 Sexto passo: Desenho das operações para os “nós críticos” do problema da Gravidez na adolescência da equipe de saúde da família No 2, Perpétuo Socorro, Município Belo Oriente, Minas Gerais, 2015.

Este passo tem como objetivo descrever as operações necessárias para a resolução dos nós críticos, identificando de que maneira estas operações devem ser desenvolvidas e relatar os resultados esperados por ela. Para isso, deve-se usar de meios e recursos e estes também devem ser destacados nesta parte.

Quadro 2: Desenho de operações para os “nos” críticos do problema da Gravidez na adolescência da equipe de saúde da família No 2, Perpétuo Socorro, Município Belo Oriente, Minas Gerais, 2015.

Nos críticos	Operação\Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários.
Falta de conhecimento dos métodos contraceptivos (Nível de informação).	Aumentar informação da população sobre os métodos contraceptivos. Saber mais	População mais informada sobre os métodos contraceptivos.	Avaliação da informação. Campanhas educativas na rádio local. Programa escolar: Capacitação dos adolescentes e cuidadores.	Econômicos: Material educativo Organizacional: atividades educativas. Cognitivos: promover educação (cartazes). Políticas: Intersetorialidade (Parceria com o setor educação).
Presença de dúvidas relacionadas com a sexualidade. (Nível de informação).	Informação da população sobre a sexualidade. Promover educação sexual e prevenção das doenças transmitidas sexualmente. Saber mais.	População mais informada sobre a sexualidade	Campanha educativa. Programa saudável. Material educativo.	Econômicos: materiais educativos, financiar campanhas, programas de educação. Organizacional: Atividades educativas nas escolas, centros e comunidade geral. Cognitivos: conhecimentos sobre promoção de comportamento sexual apropriado. Políticas: intersetorialidade.
Conflitos familiares. (Hábitos e estilos de vida, pressão social)	Modificar hábitos e costumes (estilos de vida). Mas saúde. Aumentar a oferta de empregos e fomentar a da paz. Viver melhor.	Práticas de vida saudável. Diminuição de desemprego e violência.	Programa de campanha na rádio local, programa saudável. Programa de geração de emprego e renda. Programa de fomento da cultura da paz.	Econômicos: materiais educativos. Financiamento dos projetos. Organizacional: avaliação das condições de vida. Cognitivos: conhecimento de hábitos e estilos de vida saudáveis.

			Rede de saúde e paz.	Elaboração de projetos de geração de empregos e renda e da violência. Políticas: Mobilização
--	--	--	----------------------	--

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

A partir do passo 6, em que se passa ao desenho operacional, são apresentados quadros sintéticos (Quadros 3 ao 5), com todas as ações previstas com detalhamento, que pode ser modificado ao longo da execução do plano de intervenção e seus nós críticos/projetos.

A proposta desse trabalho é apresentar um plano de intervenção para resolver ou minimizar o problema prioritário de gravidez na adolescência. Para esse problema, foram definidos, três nós críticos, ou seja, situações que, executadas, ajudam a resolver ou minimizar o problema prioritário.

Para cada nó crítico é definida uma operação, da qual se registram os resultados esperados, e os produtos, as ações estratégicas necessárias para isso, com definição de responsáveis, prazo, acompanhamento e avaliação, e viabilidade.

Quadro 3: Projeto ``Saber Mais`` Intervenção sobre nó crítico 1 Falta de conhecimento dos métodos contraceptivos, para atuação sobre o problema da ``Gravidez na adolescência.`` Equipe de Saúde da Família No 2, Perpétuo Socorro, Município Belo Oriente, Minas Gerais, 2015.

Problema Prioritário	Gravidez na adolescência.
Nó crítico 1	Falta de conhecimento dos métodos contraceptivos (Nível de Informação).
Operação	Aumentar nível de informação da população sobre os métodos contraceptivos.
Projeto	Saber Mais.
Resultados esperados	População mais informada sobre os métodos contraceptivos.
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação da população risco. Campanhas educativas na rádio local. Programa escolar: Capacitação dos adolescentes e cuidadores (Conferências, dicas).

Atores sociais/ responsabilidades	Equipe Básico de Saúde.
Recursos necessários	Econômicos: Para folhetos educativos, material instrucional. Organizacional: Para fazer conferências e atividades educativas. Cognitivo: Para promover educação (cartazes). Político: Intersetorialidade (Parceria com o setor educação).
Recursos críticos	Político: Articulação com a Secretaria de Educação (Articulação intersetorial).
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Educação e saúde. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Não é necessária.
Responsáveis:	Equipe Básico de Saúde, Sec. Municipal de Saúde.
Cronograma / Prazo	Avaliação da informação sobre os riscos da gravidez na adolescência :Início em quatro e término em seis meses. Campanha educativa na rádio local: Início em três e término em 12 meses. Programa de Saúde Escolar: Início em seis meses com avaliações a cada semestre. Capacitação dos adolescentes, cuidadores e ACS: Início em dois e término em três meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento permanente, após cada atividade. Avaliação geral, com toda a equipe, se possível com participação do gestor local.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

Quadro 4: Projeto ``Saber Mais:`` Intervenção sobre nó crítico 2 Presença de dúvidas relacionadas com a sexualidade, para atuação sobre o problema da ``Gravidez na adolescência.`` Equipe de Saúde da Família No 2, Perpétuo Socorro, Município Belo Oriente, Minas Gerais, 2015.

Problema prioritário	Gravidez na adolescência.
Nó crítico 2	Presença de dúvidas relacionadas com a sexualidade. (Nível de informação).
Operação	Aumentar nível de informação da população sobre a sexualidade. Promover educação sexual e prevenção das principais doenças transmitidas sexualmente.
Projeto	Saber mais.
Resultados esperados	População mais informada sobre a sexualidade.
Produtos esperados	Campanha educativa. Programa saudável. Material educativo.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe Básico de Saúde.
Recursos necessários	Econômicos: Para folhetos educativos, material instrucional, para financiar campanhas, estabelecer programas de educação e comunicação. Organizacional: Atividades educativas nas escolas, centros de trabalho e comunidade geral. Cognitivos: conhecimentos sobre promoção de comportamento sexual apropriado, reduzirem o impacto. Políticas: intersetorialidade.
Recursos críticos	Político: Articulação com a Secretaria de Educação (Articulação intersetorial).
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Educação e saúde. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Não é necessária.
Responsáveis:	Equipe Básico de Saúde, Sec. Municipal de Saúde.

Cronograma / Prazo	<p>Avaliar conhecimento da população sobre os riscos da gravidez na adolescência; Início em quatro meses e término em seis meses.</p> <p>Campanha educativa na rádio local; Início em três meses e término em 12 meses.</p> <p>Programa de Saúde Escolar; Início em seis meses com avaliações a cada semestre.</p> <p>Capacitação dos adolescentes, cuidadores e ACS; Início em dois meses e término em 3 meses.</p>
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento permanente, após cada atividade. Avaliação geral, com toda a equipe, se possível com participação do gestor local.

Fonte: Elaborado pelo autor, ano 2015.

Quadro 5: Projetos ``Mas saúde e Viver melhor:`` Intervenção sobre nó crítico 3 Conflitos familiares, para atuação sobre o problema da ``Gravidez na adolescência.`` Equipe de Saúde da Família No 2, Perpétuo Socorro, Município Belo Oriente, Minas Gerais, 2015.

Problema prioritário	Gravidez na adolescência.
Nó crítico 3	Conflitos familiares. (Hábitos e estilos de vida, pressão social).
Operação	<p>Modificar hábitos e costumes (estilos de vida).</p> <p>Aumentar a oferta de empregos e fomentar a da paz.</p>
Projetos	<p>Mas saúde.</p> <p>Viver melhor.</p>
Resultados esperados	<p>Práticas de vida saudável.</p> <p>Diminuição de desemprego e da violência.</p>
Produtos esperados	<p>Programa de campanha na rádio local, programa saudável.</p> <p>Programa de geração de emprego e renda.</p> <p>Programa de fomento da cultura da paz.</p> <p>Rede de saúde y paz.</p>
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe Básico de Saúde.
Recursos necessários	<p>Econômicos: Para folhetos educativos e mais recursos audiovisuais. Para financiamento dos projetos.</p> <p>Organizacional: Para fazer avaliação das condições de vida.</p> <p>Cognitivos: Promover Informação sobre o tema, conhecimento de hábitos e estilos de vida saudáveis.</p> <p>Elaboração de projetos de geração de empregos e renda e da violência.</p> <p>Políticas: Mobilização social para realização de campanhas de saúde.</p>

Recursos críticos	<p>Mais Saúde: Político: Conseguir espaço na rádio local. Econômico: Aquisição de recursos audiovisuais educativos.</p> <p>Viver Melhor: Político: Articulação intersetorial. Mobilização social em torno das questões do desemprego e violência. Econômico: Financiamento do projeto, ofertar emprego.</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Mais Saúde: Ator que controla: Setor de comunicação social; Secretário de Saúde. Motivação: Favorável.</p> <p>Viver Melhor: Ator que controla: Ministério de ação social (Motivação Indiferente). Associações de bairro. (Motivação Favorável).</p>
Ação estratégica de motivação	<p>Mais Saúde: Não é necessária.</p> <p>Viver Melhor: Não projeto.</p>
Responsáveis:	<p>Mais Saúde: Equipe de saúde e Sec. Municipal de Saúde.</p> <p>Viver Melhor: Ministério de ação social.</p>
Cronograma / Prazo	<p>Mais Saúde: Três meses para o início das atividades.</p> <p>Viver Melhor: Nove meses; três meses para o início das atividades.</p>
Gestão, acompanhamento e avaliação	<p>Acompanhamento permanente, após cada atividade. Avaliação geral, com toda a equipe, se possível com participação do gestor local.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor, ano 2015.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre adolescência e maternidade acaba por se tornar um problema de saúde pública, onde a jovem se depara com dificuldades tanto na esfera física e psíquica. Porquanto a questão da gravidez na adolescência é um tema primordial e um assunto de grande preocupação no qual estão envolvidas fatores em permanente modificação, como estilos de vida, o nível cultural e educacional, a baixa renda, os problemas familiares e sociais, assim como a interação com famílias, escolas e as equipes de atenção à saúde. Essas devem sempre acolher os adolescentes como usuários primordiais do sistema de saúde, buscando satisfazer suas necessidades e construir com eles processos de melhor qualidade de vida para todos.

Vários são os fatores que levam as jovens a engravidar: falta de conhecimento dos métodos contraceptivos, dificuldade ou falta de acessos dos mesmos, bem como o uso inadequado desses métodos, déficit na educação sexual nas escolas, famílias e saúde, planejamento prévio, por ser uma opção de mudança de vida, de fuga, de projeto de vida etc. Existem também aqueles jovens que desejam engravidar pela satisfação e idealização do empoderamento e status que a gravidez promove, perante a sociedade.

Por quanto é um fenômeno complexo e multicausal que precisa de ações voltadas a melhorar a educação sexual dentre os adolescentes, tanto nas famílias, escolas e profissionais da saúde e as políticas públicas voltadas para essa faixa etária. Não basta oferecer informações sobre a sexualidade e os métodos anticoncepcionais. Deve-se trabalhar junto aos jovens, suas ansiedades e comportamentos envolvidos durante sua iniciação e vida sexual ativa, fazendo que percebam a sexualidade como algo natural. Como condição essencial para garantir uma melhor qualidade de vida e obter uma condição essencial para a reversão do problema.

Para solucionar algumas questões sociais determinantes e reduzir os índices de gestação na adolescência, necessita-se um esforço conjunto de diversos setores da sociedade. A divulgação da problemática em questão e a apresentação do custo social pode ser um motivador para o estado investir em capacitação profissional e expandir programas sociais que visem a minimizar o problema, baseada na melhoria das condições financeiras, educação, esperança de vida, alfabetização e natalidade.

O PSF constitui um espaço compartilhado de ações básicas de promoção de saúde com a articulação de interesses, saberes e prática dos diversos profissionais envolvidos, que permite a produção de conhecimentos e práticas compatíveis com a resolução dos problemas.

A capacitação dos ACS e o desenvolvimento de ações com os adolescentes como parte do projeto de intervenção no intuito de diminuir a gravidez na adolescência acabam por contribuir para um maior esclarecimento sobre um tema tão complexo. Sendo necessário realizar um trabalho efetivo com uma equipe multidisciplinar bem motivada e capacitada para fazer o acolhimento e planificação de ações preventivas capazes e lhes mostrar valores, conhecimentos e atitudes, para que eles façam suas escolhas e almejem um futuro para minimizar fatores de risco e complicações.

Pôde-se evidenciar que, a maioria das adolescentes pertencentes a área de abrangência faz parte de um contexto social e cultural marcado por diversas precariedades materiais e assistência deficiente; inseriram-se num contexto familiar disfuncional, com a existência de conflitos e desajustes familiares, colaborando para a situação da falta de planejamento familiar em razão da inexistência de orientações e diálogos que fortalecessem a segurança das adolescentes.

Por quanto após a implementação do projeto de intervenção espera-se obter um esclarecimento das principais temáticas relacionadas com a sexualidade; além das orientações oportunas e adequadas aos envolvidos no contexto de uma gravidez adolescente, assim como mudanças na rotina familiar para o enfrentamento da nova realidade, onde a família representa um núcleo importante de compreensão que irá contribuir para as perspectivas educacionais e profissionais das adolescentes. Possibilitando a reestruturação familiar e a definição dos papéis dos membros envolvidos, permitindo assim, a melhoria dos relacionamentos interpessoais e auxiliando na relação da mãe adolescente com o filho, diante os programas de apoio às famílias que vivenciam tal situação.

Enfim, a ocorrência da gravidez na adolescência requer uma atenção especializada às adolescentes, mas também aos núcleos familiares em que estão inseridas, objetivando oportunizar o desenvolvimento saudável do bebê, das reações positivas da adolescente frente à nova situação e de todo o sistema familiar.

Acredita-se que a modificação desse cenário se dará pelo empoderamento dos jovens através do conhecimento e da mobilização social, do reconhecimento de seus direitos a uma assistência diferenciada e integral.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência Normal**: Um enfoque psicanalítico. 11.ed. São Paulo:Artes médicas, 2007.

ACIOLI, S.A. A prática educativa como expressão do cuidado e saúde pública. **Rev Bras Enferm.** v.61,n.1,p.117-1, 2008.

ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência Saúde Coletiva.** v.16,n.1, .2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a34.pdf> .Acesso em nov.2015.

ALVES, L.H.S.; BOEHS, A.E.; HEIDERMAN, I.T.S.B. A percepção dos profissionais e usuários da Estratégia de Saúde da Família sobre os grupos de promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm.** v.21,n.2,p.401-8, abr-jun, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica, n. 32; Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília,DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde. (CNES), Brasília, Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 18 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da saúde. (DATASUS), 2014. Disponível em: <<http://www.DATASUS.gov.br/SIAB/index.php?area=4>>. Acesso em: 16 mai. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE), 2013. Disponível em: <<http://www.cidades.IBGE.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 15 mai. 2015.

BALLONE, G. J. Gravidez na adolescência. 2004. Disponível em: <http://www.psiqub.med.br>> Acesso em: 28 set. 2015.

BARON, J. G. P., CASTELLANOS, P. M. J., MOLINA, J. J. P., Moore, E. G. P., MARTINEZ, D. P., & FIGUEROA, N. A. Q. Embarço em adolescentes y sus repercussões materno perinatales. **Ginecol. Obstet Mex**, v.80, n.11, p.694-704, 2012.

CAMARGO, I.A.E.; FERRARI, P.A.R. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação de oficinas de prevenção. **Cien Saude Colet**,[S.1],v.14,n.3,mai/jun,2009. Disponível em: <http://www.falasp.futuro.usp.br/arquivo/co36res.php>. Acesso em: Out de 2015.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**.2.ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. p.35,58.

CARLOS, A.I. et al.. Comportamento parental de mães adolescentes. **Análise Psicológica**. [S1], v.25,n.2,2007.

CARNEIRO, Rithianne Frota, et al. Educação sexual na adolescência: uma abordagem no contexto escolar. **Sanare-Revista de Políticas Públicas**, v.14, n.1, 2015.

CAVASIN, S. (Org.). **Gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos: estudo exploratório em cinco capitais brasileiras e vulnerabilidade social**: relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: ECOS, 2004. Disponível em: <<http://www.ecos.org.br/download/pesquisa%20gravidez%20na%20adolescencia%20mar%C3%A7o%202004.pdf>> Acesso em: 20 mai.2015.

CERQUEIRA-SANTOS, E., et al. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicologia em Estudo**, v.15, n.1, p.73-85, 2010.

CERVERA, D.P.P.; PARREIRA, B.D.M.; GOULART, B.F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciênc Saúde Coletiva**. v.16,n.1,nov 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a90v16s1.pdf> >Acesso em: nov.2015.

Costa, M. C. O.; Santos, C. A. S. T.; Sobrinho, C. N.; Moura, M. D. S. D. Q.; Souza, K. E. P. D.; Assis, D. R. D. Gravidez na adolescência: Associação de variáveis sociodemográficas e biomédicas materna com resultado neonatal. Feira de Santana-BA. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.29,n.2,p. 300, 2014

COSTA, Janaína Calu. Reflexões sobre sexualidade, corpo e poder no ambiente escolar a partir do Programa Saúde na Escola. 2014.

DA SILVA, E. L. C., LAMY, Z. C., ROCHA, L. J. L. F., Mendonça, F. D. M. A.; DE LIMA, J. R. Gravidez e dinâmica familiar na perspectiva de adolescentes. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, v.34, n.86, p.118-138, 2014.

DALL´AGNOL C.M et al. O trabalho com grupos como instancia de aprendizagem em saúde. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v.28, n.1, p.21-6, 2007.

DE PAULA OLIVEIRA, N; BÉRIA, JORGE U; SCHERMANN, LIGIA BRAUN. Sexualidade na adolescência: um estudo com escolares da cidade de Manaus/AM. **Aletheia**, v.43, p.129-146, 2014.

DIAS, A.C.G.; TEIXEIRA, M.A.P. Gravidez na adolescência: Um olhar sobre um fenómeno complexo. **Paideia, Santa Maria, RS**,v.20,n.45, jan.-abr,2010.

DIAS, R.B; SAVASSI, L.C.M. Planejamento de ações na Equipe. Grupo de estudos em saúde da família (GESF), 2007. Disponível em:<<http://www.sumfe.org.br/gesf>> Acesso em: 25 nov de. 2015.

FERREIRA, R. A., FERRIANI, M. D. G. C., de MELLO, D. F., de CARVALHO, I. P., CANO, M. A.; de OLIVEIRA, L. A. Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência Spatial analysis of the social vulnerability of adolescent pregnancy. **Cad. saúde pública**,v.28, n.2, p. 313-323, 2012.

FONSECA, A.D.; GOMES, V.O.L.; TEIXEIRA, K.C. Percepção de adolescentes sobre uma ação educativa em orientação sexual realizada por acadêmicos (as) de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**,v.14,n.2, p.330-337, 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**, v.12,n. 4, p.799-805, 2008.

GRILLO, C.F.C et al.. **Saúde do adolescente**. NESCON/UFMG-Curso de Especialização em atenção básica da família. Belo Horizonte, 2011.80p. Disponível em: <[http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Material dos cursos/ Curso-de-Especializacao-em-Estrategia-Saude-da-Familia-CEESF-](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Material%20dos%20cursos/Curso-de-Especializacao-em-Estrategia-Saude-da-Familia-CEESF-) > Acesso em: Nov de 2015.

HEILBORN, M.L. et al. Aproximação socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência: **Horiz.Antropol**,Porto Alegre,v.8,n17,jun 2002. Disponível em:<[http://www.scielo.br/cielo.php? script](http://www.scielo.br/cielo.php?script) > Acesso em: Out de 2015.

MANDÙ, E.N.T.; ANTIQUEIRA V.M.A.; LANZA R.A.C. Mortalidade Materna: Implicações para o Programa Saúde da Família. **Rev.Enferm. UERJ**,Rio de Janeiro, v.1792,p.78-84, abr./jun. 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde do adolescente. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 152 p.

NASCIMENTO, M.G.; XAVIER, P.F.; SÁ, R.D.P. Adolescentes grávidas: a vivencia no âmbito familiar e social. **Adolescência & Saúde**, v.8, n.4, p.41-47, 2011.

NUNES, J. M., OLIVEIRA, E. N., BEZERRA, S. M. N., DA COSTA, P. N. P., & VIEIRA, N. F. C. Prática educativa com mulheres da comunidade: Prevenção da Gravidez na Adolescência. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.23,n.3,p. 791-798, 2014.

PIRES, E. T. R. Percepção de adolescentes do ensino fundamental sobre a gravidez na adolescência. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO ORIENTE, 2015. Disponível em: <http://www.Belooriente.mg.gov.br/materia_especifica/6512/geografia>. Acesso em: 17 mai.2015.

PONTES, L.C. et al. As implicações da gravidez na adolescência. Uma revisão bibliográfica. Revista interdisciplinar. NOVAFAPI, Teresina.v.5, n.1,jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://uninovasfapi.edu.br/sistemas/revistainetrdisciplinar/v5n1/rev1v5n1.html>>.Acesso em: 25 de set.2015.

OLIVEIRA, M. C. Gravidez na adolescência: tema para reflexão na política da saúde. Sociedade em **Debate**,v.16,n.2, 2012.

REFOSCO, L.L.; MACEDO, M.M.K..Anorexia e bulimia na adolescência: expressão do não estar na contemporaneidade. Barbaroi, Santa Cruz do Sul,v.12 n.33, dez.2010.

RIOS, KSA, Williams, LCA, AIELLO, ALR. Gravidez na adolescência e impactos no desenvolvimento infantil. Adolesc Saúde, v4,n.11, 2007. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=114>. Acesso em: 20 mai.2015.

SEVILLA, T.M.; LINDA, T.O. "“Hablando de sexualidad”": una mirada de los padres y las madres a los procesos de formación con sus hijos/as adolescentes en estratos populares de Cali. Avances en Enfermería, v.32,n.2,p. 2014.

SUSAN, A.O. Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém nascidos: O cuidado ao longo da vida. Tradução: Ana Thorrell, Celeste Inthy, Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed,1153p, 2010.

THURLER, A. L.; BARREIROS, E. O. A saúde adolescente na capital do país. In: LIBARDONI, A; SANTOS, M.S. (Coords.). Experiências em saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Brasília: Advocaci, p. 33-53, 2002.

VASCONCELOS, M.; GRILLO.M.J.C.; SOARES, S.M. Módulo 4: Práticas educativas em Atenção Básica á Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: UFMG-NESCON, 2009, 70p