

ALEXANDER PEREZ ALBIZA

**GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: UMA ESTRATÉGICA DE
INTERVENÇÃO NA ESF RURAL VIII DE BURITIS-MG**

**Buritis/Minas Gerais
2016**

ALEXANDER PEREZ ALBIZA

**GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: UMA ESTRATÉGIA DE
INTERVENÇÃO NA ESF VIII DE BURITIS-MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof. Me. Grace Kelly Naves de Aquino Favarato

Buritís/ Minas Gerais
2016

ALEXANDER PEREZ ALBIZA

**GESTAÇÃONA ADOLESCÊNCIA: UMA ESTRATÉGIA DE
INTERVENÇÃO NA ESF VIII DE BURITIS-MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof. Me. Grace Kelly Naves de Aquino Favarato

Banca Examinadora

Prof. Me. Grace Kelly Naves de Aquino Favarato, Universidade Federal do Triângulo Mineiro- UFTM- Orientadora.

Prof: Zilda Cristina dos Santos, Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFTM- Examinadora.

Aprovado em: 12/06/2016

Dedicatória

Aos meus pais e às minhas filhas, pelo incentivo.

À minha esposa pela ajuda durante todo o processo.

Agradecimentos

A todos aqueles que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Sumario

1.INTRODUÇÃO	9
2.JUSTIFICATIVA	14
3.OBJETIVOS	15
4.PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	16
5.REVISÃO DA LITERATURA	17
6.PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	26
6.1Definição dos problemas	26
6.2Priorização do problema	26
6.3Descrição do problema	26
6.4Explicação do problema	27
6.5Seleção dos “nós críticos”	28
6.6Desenho das operações	31
6.7Identificação dos recursos críticos	32
6.8Análise de viabilidade do plano	33
6.9Elaboração do plano operativo	35
7CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERENCIAS	37

Resumo

Através do Diagnóstico Situacional da Estratégia Saúde da Família Rural, em Buritis, Minas Gerais, observou-se, dentre de outros problemas levantados, o grande número de gestantes em adolescentes. Por isso, o objetivo deste estudo foi propor um plano de intervenção com, ações educativas com os adolescentes, através dos programas de saúde que envolve os métodos contraceptivos e o planejamento familiar, estabelecendo também uma consulta de risco pré-gestacional para avaliação periódica das mulheres em idade fértil. De acordo com os dados coletados pode-se averiguar que as mudanças físicas constatadas na adolescência e as mudanças de ordem social dizem respeito a fatores de mídia e comunicação, que traduzem a forma de viver da adolescente e são influenciadores dos reais motivos que levam as adolescentes engravidarem precocemente, pois estas têm vivido uma vida sexual precoce, nem sempre acompanhada de informação e apoio familiar, onde a instrução e prevenção são insuficientes e produtoras de problemas de gravidez, abandono do parceiro, desconhecimento da sociedade e núcleo familiar.

Palavras-chave: Gravidez, Adolescência, Precoce ,Risco pré-concepcional.

Abstract

Summary through Situational Diagnosis of the family health strategy, in Buritis, Minas Gerais, among other problems, the large number of pregnant adolescents. So the aim of this study was to propose a plan of intervention, educational activities with young people, through health programs involving contraception and family planning, establishing. According to the data collected can verify that the physical changes noted in adolescence and social changes relate to media and communication factors that reflect the way of life of the adolescent and the real influencers are reasons that lead teenage girls become pregnant early, because they have lived an early sex life, not always accompanied by information and family support, where education and prevention are inadequate and production problems of pregnancy, abandonment of the partner, ignorance of the society and family.

Keywords: Pregnancy - teens – precocious, Risk pré-concepcional.

1. Introdução:

O Município de Buritis está localizado no Noroeste de Minas Gerais; zona de Paracatu, a 750km da capital do Estado, Belo Horizonte, e a 240Km da capital Federal, Brasília. Buritis está a 550m (quinhentos e cinquenta metros) de altitude. Sua posição geográfica é determinada pelo paralelo de 15° 37' 09" de longitude Oeste. O clima é quente, semi-úmido; a precipitação pluviométrica média anual é de 1.100 mm (um mil e cem milímetros). A sede do Município é rodeada por serras, onde se localizam chapadas muito utilizadas para a agricultura (PORTAL BURITIS, 2016).

HISTÓRICO DA CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO

A região Chapadões do Paracatu onde está localizado o município, foi habitada, presumidamente, por indígenas de diversas tribos nômades, Ao começar o Século XVIII a região teve seu desbravamento por parte dos bandeirantes, cursando os rios à busca de ouro e diamantes e terras férteis. Os primeiros moradores brancos de que se tem notícia foram: Francisco Álvares de Carvalho, apossando-se da sua sesmaria, em 1739, na qual iniciou o arraial com o nome de Sítio do Buriti, Cândido José Lopes, Major Filisbino, Raimundo Ferreira do Prado, José da Costa Coimbra e Vitalino Fonseca Melo, Todos ligados ao surgimento da povoação. O ponto escolhido para implantação do núcleo era passagem obrigatória dos que buscavam o eldorado Centro-Oeste, especialmente o rico sertão Goiano. As terras eram de enorme fertilidade, muito propícias à agricultura e as pastagens naturais eram vastas e verdejantes. Esta gama de condições veio provocar a fixação de incontáveis famílias de colonos e outros aventureiros, contribuindo para o crescimento do aglomerado, atual município de Buritis. O topônimo, Buritis, teve sua origem na existência de uma árvore nativa em todo o território municipal, denominada "Buritis". (PORTAL BURITIS, 2016).

DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO

Indicadores:

Área total do Município: 5.225,186km²

Concentração habitacional: Área urbana: aproximadamente 18.000 habitantes (estimativa IBGE 2013)

Área rural: aproximadamente 6.000 habitantes (estimativa IBGE 2013)

Número aproximado de domicílios e famílias:

Domicílios: aproximadamente 8.715. Fonte: IBGE 2010

Número de famílias: aproximadamente 8.000

ASPECTOS SOCIOECONOMICOS

Indicadores:

Índice de desenvolvimento Humano (IDH): 0,672. Fonte: Atlas Brasil 2013 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

Taxa de urbanização: 75%. Fonte SIAB 2010

Renda Média Familiar: R\$ 273,00 (rural) R\$ 370,00 (urbana) (IBGE, 2010).

% de abastecimento de água tratada: 86,40%. (SIAB, 2010)

% de recolhimento de esgoto por rede pública: 65%. Fonte: Secretaria Municipal de Obras.

Principais Atividades Econômicas: Agricultura de arroz, feijão, milho, soja. Café, sorgo, laranja. Armazenamento de cereais, comércio, atividades autônomas e serviço público, responsável pelo maior número de empregos diretos.

ASPECTOS DEMOGRAFICOS

Indicadores:

Taxa de crescimento anual: 3,7% (IBGE 2010).

Densidade demográfica: 4,35 hab/km²

Taxa de escolarização: 91,42% alfabetizados.

Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza: 27,56%

Índice de desenvolvimento da atenção básica, absoluto e relativo no Brasil:

População (%) usuária da assistência à saúde no SUS: 90% (SIAB, 2010).

SISTEMA LOCAL DE SAÚDE:

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada no Município a partir de 1996 e hoje conta com sete equipes de ESFs e uma oitava equipe está em fase de implantação, quando se alcançará 100% de cobertura. O município conta ainda

com seis equipes de Saúde Bucal, sendo duas de modalidade II e quatro de modalidade I, uma equipe de NASF modalidade II, uma unidade de CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial), Casa Saúde e Mulher e um Núcleo de Prevenção à violência contra a mulher.

Sistema de Referência e Contra referência

Redes de Média e Alta Complexidade: O município conta com uma Unidade Mista de Saúde, de média complexidade e um hospital particular, também de média complexidade.

Recursos Humanos em Saúde: A Secretaria Municipal de Saúde conta com 222 profissionais entre médicos, enfermeiros, técnico em enfermagem, farmacêuticos, técnico de raios-x, fisioterapeutas, psicólogos, dentistas, ASB (Auxiliar de Saúde Bucal), TSB (Técnico em Saúde Bucal), ACS (Agente Comunitário de Saúde), além do pessoal administrativo, serviços gerais e outros. A carga horária é, via de regra, de 40 horas semanais de segunda a sexta-feira, sendo que a Unidade Mista de saúde funciona 24 horas por dia, na forma de turnos de trabalho. A equipe de trabalho é composta por servidores efetivos e contratados através de processo seletivo e licitação.

TERRITÓRIO/ÁREA DE ABRANGÊNCIA

Número de famílias e de habitantes: 1063 famílias e 5.315 habitantes

Nível de alfabetização: 62,58% de alfabetizados

Taxa de emprego e principais postos de trabalho: as taxas de desemprego são relativamente elevadas, principalmente entre jovens. Os maiores empregadores são a agricultura. A ESF VIII localiza-se na Zona Rural. Atende-se 7 Assentamentos, sendo: Vila Serrana, Coopago, Banco da Terra, Riacho Morto, Barriguda I e II e Palmeira Gado Bravo.

Horário de Funcionamento: A Unidade Básica de saúde ESF VIII – Rural funciona de 07h30min às 11h30min e de 13h30min às 17h30min, de segunda a sexta-feira.

RECURSOS HUMANOS

Número: A Unidade de Saúde ESF VIII - RURAL conta com 09 servidores, todos contratados e com carga horária de 40 horas semanais, sendo:

01 médico; 01 enfermeiro; 01 técnico em enfermagem; 04 Agentes Comunitários de Saúde; 01 Auxiliares de Serviços Gerais e o Motorista.

O principal problema encontrado na área de abrangência foi a gestação na adolescência, o que despertou a necessidade de um projeto de intervenção para a comunidade abordando esse quesito.

A gestação é um fenômeno fisiológico, e por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências médicas. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofre algum agravo ou desenvolvem problemas tais como hipertensão gestacional, diabetes gestacional, parto pré-termo entre outras e, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. (BOUZAS; MIRANDA, 2004).

Por gestação de alto risco entende-se aquela na qual a vida ou a saúde ou a saúde da mãe e/ou do feto tem maiores chances de serem atingidas por complicações que a média das gestações. Existem vários tipos de fatores geradores de risco gestacional. Alguns desses fatores podem estar presentes ainda antes da ocorrência da gravidez. Sua identificação nas mulheres em idade fértil na comunidade permite orientações às que estão vulneráveis, no que concerne ao planejamento familiar e aconselhamento pré-concepcional. Assim, é importante que as mulheres em idade reprodutiva, especialmente aquelas em situações de vulnerabilidade, tenham acesso aos serviços de saúde e oportunidade de estarem bem informadas e na melhor condição física possível antes de engravidarem. (HERCOWITZ, 2002).

Por isso é necessário comunicar e educar as mulheres em idade fértil sobre uma lista de fatores que aumentam o risco materno-perinatal e que podem ser reduzidos e/ou reconhecidos desenvolvendo atividades com o objetivo que a futura gravidez se produza em melhores condições. Poderia ser o momento ideal para a aquisição de hábitos saudáveis ou para realizar consultas com especialistas, que, em curto prazo, poderiam prevenir defeitos em gestações futuras.

O cuidado pré-concepcional, tido como um componente crítico na atenção sanitária de mulheres em idade reprodutiva, define-se como um conjunto de intervenções com vistas a identificar e modificar fatores de risco reprodutivo antes da

concepção, sempre que for possível. Um dos fatores de risco mais frequentes em nossa área de abrangência constituem a gestação na adolescência com todas as consequências que acarretam tanto para as mães como para os seus filhos. (HERCOWITZ, 2002).

A gravidez na adolescência pode levar a consequências emocionais, sociais e econômicas para a saúde da mãe e do filho, ocorrendo no extremo inferior da vida reprodutiva dos 10 aos 19 anos de idade. É muito frequente a ocorrência de partos prematuros e recém-nascidos de baixo peso, entre as adolescentes grávidas, com períodos de internações dos RN em UTI e risco de morte infantil. Considera-se a gravidez na adolescência como uma gestação de alto risco devido a repercussões sobre a mãe e ao RN, além de acarretar problemas sociais e biológicos.

2. Justificativa

A gravidez não planejada na adolescência traz sérias implicações biológicas, familiares, psicológicas, econômicas, além de sociais que atingem o adolescente e a sociedade como um todo sendo um problema de saúde pública. Diante da relevância do tema e na constatação do elevado número de repetição de gravidez entre adolescentes na área de abrangência e, ainda, considerando a problemática do seu não planejamento com repercussões na formação acadêmica dos jovens, faz-se necessário a mobilização da sociedade por meio de programas de saúde, possibilitando a este grupo da população maior acesso a informações e meios que lhes permitam desenvolver a praticar uma postura crítica, consciente e responsável no exercício da sua sexualidade, que englobe a educação e assistência com oferta do método contraceptivo, voltados a adolescentes. E reforçar a importância de um planejamento familiar no programa saúde da família.

3. Objetivos

Geral

Promover a redução da incidência de gestações na adolescência na área de abrangência da ESF Rural VIII de Buritis-MG.

Específicos

Identificar a gravidez na adolescência como um problema social.

Realizar ações educativas que contribuem na prevenção da gravidez na adolescência através dos programas de saúde que envolve os métodos contraceptivos e o planejamento familiar.

Estabelecer uma consulta de risco pré-concepcional para avaliação periódica das mulheres em idade fértil.

4. Procedimentos Metodológicos

Para a realização deste trabalho foram utilizados os dados obtidos por pesquisa na área de abrangência na ESF Rural VIII de Buritis-MG, no período de janeiro-abril do ano de 2015. Utilizaram-se como fontes de informação os prontuários das gestantes cadastradas no posto e a entrevista em consulta de acolhimento e acompanhamento das gestantes. Também foi realizada pesquisa bibliográfica utilizando os termos fatores de risco, gestação e adolescência.

Foram também utilizados os dados levantados durante a realização da análise situacional da ESF Rural VIII sobre a gravidez e risco pré-concepcional.

Ao final foi realizada uma proposta de atuação a fim de levar a diminuição do elevado índice de gravidez de alto risco e gestantes adolescentes na área de abrangência.

5. Revisão da Literatura

Gravidez na adolescência

A gravidez é um período fisiológico na vida reprodutiva da mulher que se caracteriza por diversas modificações, quer sejam físicas, psíquicas ou sociais num período curto de tempo. Ao engravidar e se tornar mãe, a mulher pode vivenciar momentos de dúvidas, inseguranças e medos (YAZLLE, 2006).

A adolescência é definida por um período entre a infância e a idade adulta, também com profundas alterações físicas, psíquicas e sociais, onde em poucos anos, a menina transforma-se em mulher, exigindo com isso uma definição de sua nova identidade, gerando questionamentos, ansiedades e instabilidade afetiva (BOUZAS; MIRANDA, 2004).

Diante da gravidez e da adolescência ressalta-se as questões que permeiam ambas, considerando dados e aspectos específicos desta fase da vida.

É fato que com a introdução dos cuidados de puericultura, melhores condições nutricionais, tratamentos e prevenção de saúde, há um considerado aumento da população de adolescentes, que no Brasil, corresponde a 20,8% da população geral, sendo 10% na faixa de 10 a 14 anos e 10,8% de 15 a 19 anos, estimando-se que a população feminina seja de 17.491.139 pessoas (IBGE, 2001).

Quando se volta para este grupo de adolescentes, surgem questões sobre os problemas e dificuldades que enfrentam a grávida, a família, o estado e a sociedade.

Assim, constata-se que a morbidade desta faixa da população tem revelado a presença de doenças crônicas, transtornos psicossociais, fármaco-dependência, doenças sexualmente transmissíveis e problemas especialmente relacionados à gravidez, parto e puerpério, onde a gravidez neste grupo populacional vem sendo considerada, problema de saúde pública, uma vez que pode acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psicossociais e econômicos (YAZLLE, 2006).

Portanto, quando fala-se em gravidez na adolescência faz-se necessário refletir a cerca destes quanto ao processo de gestação, contextualização social e problemas decorrentes destes. A gestação na adolescência abrange a prevenção e a assistência à mãe, ao pai adolescente e ao seu filho, pois a gravidez nessa faixa etária geralmente não é planejada, estando relacionada a fatores intrínsecos, da

faixa etária, e extrínsecos, como socioculturais e econômicos (BOUZAS; MIRANDA, 2004).

Modificações no padrão de comportamento dos adolescentes, no exercício de sua sexualidade, exigem atenção cuidadosa por parte dos profissionais, devido a suas repercussões, entre elas a gravidez precoce (HERCOWITZ, 2002).

Assim, muitas das adolescentes que engravidam não possuem consciência quanto à responsabilidade e dificuldade que enfrentarão, ou mesmo não compreendem a importância de uma vida sexual segura e planejada.

No Brasil, por exemplo, existem cerca de um milhão de adolescentes que darão à luz a cada ano (20% do total de nascidos vivos), onde as estatísticas também comprovam que, a cada década, cresce o número de partos de meninas cada vez mais jovens em todo o mundo (SANTOS; SILVA apud SILVA; TONETE, 2006).

Diante destas constatações, volta-se a atenção para as adolescentes que engravidam cedo, como será sua expectativa de vida e o que fazer para ajudá-las, visto que muitas não planejam filhos nem sequer conhecem ou entendem formas de prevenção.

Constata-se que mulheres que não desejavam iniciar a maternidade na adolescência, costumam ter um número maior de filhos durante toda a sua vida reprodutiva, traduzindo-se na probabilidade de sucessivas gestações adquirirem o caráter não desejado da primeira. Assim, diante do desenvolvimento tecnológico que hoje se presencia no campo da contracepção e os avanços no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, disponibiliza-se informações e meios relacionados aos métodos anticoncepcionais existentes onde uma das melhores formas de adesão é a prevenção. Oferecer opções de escolha à jovem, ou até mesmo ao casal, gera segurança e, conseqüentemente, melhor utilização do método. Este é um momento importantíssimo, implica em uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes devem fazê-lo (BERLOFI *et al*, 2006).

Assim, dentro destas afirmações e estudos, a prevenção quanto à gravidez e a outras doenças e problemas decorrentes de uma vida sexual ativa na adolescência é caminho para qualidade de vida.

Dentro deste campo de gravidez em adolescentes e prevenção, Yaslle (2006) ressalta o grande número de partos feitos constantemente no Sistema Único de

Saúde (SUS), bem maior do que sistemas pré-pagos (Convênio ou Particular), onde percebe-se a que grupo social da maioria destas mães jovens pertencem à baixa renda, sendo alarmante as possíveis repercussões psicossociais acarretadas pela gestação precoce.

Além de condições sociais inferiores e falta de informação e formação, a gravidez na adolescência pode trazer diversos problemas de ordem social, moral ou física.

Uma adolescente grávida pode sofrer abandonos de diversas ordens, onde o escolar torna difícil a profissionalização e o ingresso no grupo de população economicamente ativa, com agravamento das condições de vida de pessoas já em situação econômica desfavorável, traduzindo-se em problemas familiares e de exclusão social (YAZLLE, 2006).

Portanto, há que se considerar a gravidez e a adolescência objeto de estudo e análise constante, nos diversos ramos da sociedade.

Mudanças corporais na adolescência

Para entender melhor a adolescência e tudo que ela abrange, parte-se inicialmente do entendimento sobre as mudanças que ocorrem neste período da vida.

Quanto às mudanças corporais que ocorrem nas garotas, estas são desencadeadas pela produção dos hormônios, a partir dos oito ou nove anos, promovendo mudanças no tamanho do corpo, nas suas proporções, e no desenvolvimento das características sexuais primárias e secundárias. O surto de crescimento da puberdade começa um ano ou dois antes que os órgãos sexuais amadureçam, e depois disso, dura de seis meses a um ano. Nas meninas começa entre 8,5 e 11,5 anos, com um pico de rapidez que ocorre em média aos 12,5 anos, declinando depois disso até parar por volta de 15 a 16 anos. O crescimento quanto à altura segue um padrão regular e geralmente precede o aumento de peso. Em cerca de três anos, até um ano depois da puberdade, a menina ganha, em média, 17 quilos (CAMPAGNA; SOUZA, 2006).

Há ainda outras características e acontecimentos que decorrem no período da adolescência, onde todo o organismo muda, necessitando especial atenção. Tais mudanças corporais trazem mudanças de ordem social e moral, pois agora a

menina possui nova identidade e tem que se portar como tal, com o novo corpo que possui.

Se na infância esta tinha um pensamento, até a adolescência desenvolve-se uma nova maneira de pensar, uma identidade que sofre uma desorganização com a emergência dos caracteres sexuais secundários decorrentes da puberdade. Pois as mudanças que ocorrem nesse período levam a uma perda da antiga imagem corporal e da identidade infantis, o que implica na busca de uma nova identidade, um novo status que com a chegada da menstruação, tem como tarefa psíquica que definir seu papel e identidade sexual (ABERASTURY apud CAMPAGNA; SOUZA, 2006).

Portanto, afirma-se que as mudanças corporais ocorridas na menina que agora é adolescente precisa também se desenvolverem psicologicamente, sendo fruto do meio social e cultural de um povo.

A intensidade com que os meios de comunicação atingem as culturas é mais intensa que a capacidade de assimilação das pessoas, fazendo com que o que se vê seja incorporado sem ser simbolizado, onde há uma desconsideração da subjetividade e uma super valorização da imagem, um culto narcísico ao corpo, que é vendido como objeto de consumo, onde, mais importante do que sentir, pensar, criar, é ter medidas perfeitas, considerando-se o padrão de magreza como ideal, acarretando na adolescente a obrigação de lidar com suas transformações físicas, frente à modelos e à impossibilidade de corresponder a eles (KEHL, 2001).

Desta forma, as mudanças fisiológicas da adolescência transgridem a ordem física e caminham a problemas sociais que perpassam a sociedade atual.

Início da vida sexual da adolescente

Considerando as mudanças típicas da puberdade na adolescência, um dos aspectos a se considerar é a sexualidade, a vida sexual que os indivíduos desta fase vão vivenciar.

Pois, entre as experiências corporais, emocionais, afetivas e amorosas que ocorrem no processo de desenvolvimento da sexualidade na adolescência, a primeira relação sexual é considerada um marco na vida do adolescente (BORGES *et al*, 2007).

Assim, sabendo da importância de uma sexualidade bem resolvida e retratada no desenvolvimento do adolescente, percebe-se que esta é resultado de cultura e sociedade, ditando normas e regras.

A iniciação sexual não tem ocorrido de forma homogênea entre homens e mulheres, grupos sociais ou entre gerações, sugerindo que um conjunto de fatores complexos pode determinar a tomada de decisão em iniciar a vida sexual ou evitar esse evento para o momento mais adequado. Alguns fatores têm sido descritos como influenciadores do início da vida sexual, entre eles estão a idade, cor, sexo, religião, escolaridade e a situação de trabalho, bem como aquelas aqui consideradas familiares, ou seja, relativas à comunicação e ao relacionamento entre pais e filhos, à supervisão parental e à estrutura familiar. Há ainda as influências que os pares exercem no comportamento sexual dos adolescentes (BORGES *et al*, 2007).

Entre estes fatores de influência de vida sexual e exaltação de sexualidade, consideram-se os de ordem familiar, onde os envolvidos na criação e educação do adolescente são determinantes para esta realidade.

Os aspectos familiares e sua influência podem ser traduzidos em três itens: a estrutura familiar, a comunicação entre pais e filhos e o monitoramento sobre os adolescentes exercidos pelos pais. A influência da família parece ser mediada pela transmissão de valores dos pais aos filhos, e os pais podem exercer poder de persuasão por meio de atitudes de aprovação ou reprovação de algum tipo de comportamento ou por meio de seu próprio comportamento, tido como exemplo do que parece ser aceitável ou inaceitável. Assim, morar com apenas um dos pais ou com nenhum deles parece elevar a chance de iniciação sexual entre adolescentes (SANTELLI apud BORGES *et al*, 2007).

Contudo, percebe-se que é na adolescência que a sexualidade desenvolve-se concretamente e decorre de instrumentos diversos de instrução e formação.

Orientação sexual para adolescentes

Sabendo da necessidade de orientação e formação sexual do adolescente para a vida, deseja-se compreender sua ação concreta na sociedade em prol destes grupos sociais.

Constata-se que, apesar de todo desenvolvimento sociocultural e tecnológico ocorrido no século XX, informações relacionadas aos aspectos de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial e sexual, tão necessárias à construção da identidade psicossocial, não têm alcançado de forma ampla e adequada a maior parte dos adolescentes, ocasionando entre estes altos índices de desinformação sobre diferentes aspectos e acarretando em problemas de gravidez indesejada e problemas associados a esta (ABERASTURY apud GOMES *et al*, 2002).

Socialmente, é responsabilidade da família ou do responsável, formar e informar o adolescente quanto a sua sexualidade e o que decorre dela. No entanto, nem sempre é isso que se constata.

De maneira geral, o adolescente não recebe na família informações que envolvam a saúde e respectivamente a sexualidade bem vivida e, quando tem acesso, essas informações são muitas vezes limitadas e inadequadas, provenientes de amigos, de pessoas pouco preparadas para essa função. A maior parte das informações dizem respeito apenas ao uso de preservativos para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Entretanto, o mecanismo de funcionamento do corpo relacionado à puberdade, maturação sexual, vivências e conflitos decorrentes do crescimento e da sexualidade, com efeito, pouco são abordados (BASSO apud GOMES *et al*, 2002).

Tais realidades repercutem na importância de uma orientação abrangente e eficaz, que traga oportunidades de reflexão, opinião, crítica e transformação, deixando a dúvida de quem realmente deve assumir este compromisso junto aos adolescentes.

O debate hoje se refere a quem cabe informar aos jovens (e, conseqüentemente, geri-los e regulá-los) a respeito da sua sexualidade e sobre as implicações de oferecer-lhes saberes reais sobre tal temática decorre de determinantes socioculturais e instituições de diversas ordens (como a Igreja Católica e sua moral conservadora, o discurso médico e as mudanças no próprio Estado, instituição reguladora do ensino no país), além de fenômenos que surgem de outros âmbitos da realidade, como o crescimento populacional e a epidemia de doenças sexualmente transmissíveis, como a Aids, que têm implicações na vida sexual dos sujeitos. Esses determinantes fazem com que o trato da temática e os desenvolvimentos teóricos e científicos na compreensão dos fenômenos correlacionados à sexualidade, bem como o retorno dos resultados alcançados para

o meio social mais abrangente, sejam marcados por avanços, recuos e estagnações (RIOS *et al*, 2002).

Tais problemas quanto a orientação sexual tem como culpados todo o sistema (sociedade, escola, educação, família) que diante da crescente realidade da gravidez na adolescência e problemas de vida sexual precoce carecem mudanças significativas.

Em meio a esses recuos e avanços, podemos dizer que as políticas públicas dirigidas à população jovem brasileira evoluíram bastante, pois houve a criação do Conselho Nacional da Criança e do Adolescente, no início da década de 1980, e após este, a normatização e implementação do Programa da Saúde da Mulher, o Programa de Atenção à Saúde do Adolescente, o Programa de Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e do HIV/AIDS até a inserção da educação sexual nos parâmetros curriculares nacionais na segunda metade da década de 1990 (PIMENTA *et al* apud RIOS *et al*, 2002).

Tais progressos contribuíram para ações que direcionem uma orientação eficaz junto aos adolescentes, mediante a educação e a formação social.

A institucionalização, nas escolas, de um espaço para discussão com adolescentes sobre aspectos relacionados ao seu desenvolvimento, vivências e responsabilidades dentro de seu crescimento e sexualidade, além de contribuir para a execução de práticas de educação em saúde, através de informações adequadas sobre os cuidados com a saúde, também pode possibilitar o questionamento, a discussão, a reflexão e o estabelecimento de juízo de valores necessários ao pleno desenvolvimento psicossocial (COSTA apud GOMES *et al*, 2002).

A orientação sexual, dentro destes preâmbulos, caracteriza-se numa formação concreta em todas as áreas que perpassam a adolescência, garantindo instrução e formação.

Paternidade na adolescência

Entre os aspectos que envolvem a gravidez da adolescente há os de fatores sociais e morais, onde a paternidade do jovem rapaz é posta em evidência, pois muitas são as mães que não tem parceiros.

Dentre os diversos temas da adolescência, o da saúde reprodutiva, gravidez e maternidade na adolescência são pautas para as prováveis consequências da

ilegitimidade do casamento e dos filhos, decorrente da paternidade, nem sempre assumida; sendo esta séria repercussão da maternidade na adolescência, afetando diretamente a jovem mãe, que, muitas vezes assume sozinha a educação do filho (LUZ; BERNI, 2010).

A paternidade, dentro das relações humanas de estudo científico, é pouco questionada, porém importante realidade para a temática da adolescente que engravida.

Diante destas constatações, é importante salientar que sejam desenvolvidas novas investigações sobre o tema, porque, mesmo que os pais adolescentes sejam ainda classificados como ausentes, outros vêm assumindo o seu papel, acompanhando suas namoradas em função de uma vontade pessoal e não somente por pressões familiares e/ou sociais (CABRAL apud LEVANDOWSKI; PICCININI, 2006).

No entanto, equiparado à menina, o menino também passa por mudanças na puberdade e na identidade do eu, onde este precisa entender e lidar bem com o exercício de sua sexualidade.

Constata-se certa confusão nos jovens sobre o que esperar da paternidade e do seu papel durante a gestação, dentro de uma perspectiva de papéis sociais, onde gerar um filho na adolescência faz com que o jovem tenha que lidar simultaneamente com dois papéis opostos: a adolescência e a paternidade (NUNES apud LEVANDOWSKI; PICCININI, 2006).

De fato, se para a menina é difícil trazer a consequência de uma gravidez, para o menino não é diferente, visto que a sociedade dita sua obrigação junto a esta gravidez.

Ser pai confronta os jovens com a privação da liberdade, por terem que dar assistência ao recém-nascido, fazendo-os, muitas vezes, abdicar do papel adolescente e assumir compromissos e responsabilidades de homem adulto (LEVANDOWSKI; PICCININI, 2006)

Para entender e avaliar o quanto esta realidade fere as mulheres adolescentes é preciso conhecer estatísticas e realidades que tragam esta verdade. No entanto, o que se sabe é que há uma escassa produção com dados sobre pais adolescentes, principalmente em estatísticas governamentais referentes ao sistema de informação sobre eventos vitais/nascimentos, parece ignorar a existência desses adolescentes e refletem como estes jovens participam da construção social do

fenômeno. Na abordagem da paternidade na adolescência é imprescindível a visualização do indivíduo integrado ao seu contexto social mais amplo, nas suas relações sociais. Nesse sentido, existe uma identidade feminina e outra masculina, ou seja, a construção da identidade se realiza dentro do que é aceito para cada um dos atores sociais (LUZ; BERNI, 2010).

Desta forma, para a criança gerada e para a mulher adolescente é imprescindível a adoção de medidas e estudos que reflitam e promovam o tema, para identificar o real papel da paternidade na gravidez durante este período.

Estudar o significado da paternidade para adolescentes é de suma importância, não tanto como uma alternativa de capacidade pessoal reprodutiva, mas pelas implicações sociais, culturais e ideológicas que a compreensão desse fenômeno pode desvelar e contribuir (LUZ; BERNI, 2010).

6. Proposta de Intervenção:

6.1 Definição dos problemas

Principais problemas identificados:

- ✓ Grande número de gestantes adolescentes.
- ✓ Fatores sociais de risco como consumo de drogas, álcool, desemprego, baixos níveis educacionais.

6.2 Priorização do problema

Após a identificação dos problemas, torna-se necessária a seleção ou priorização dos que serão enfrentados, 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, o grupo pode considerar: a importância do problema, sua urgência, a própria capacidade para enfrentá-los. Contudo, pode definir outros critérios que julgar relevantes.

Quadro 1- Priorização do problema.

Nro.	Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
1.	Grande número de gestantes adolescentes.	Alta	4	Parcial	2
2.	Fatores sociais de risco como consumo de drogas, álcool, desemprego, baixos níveis educacionais.	Alta	3	Parcial	5

Fonte: ALBIZA, 2016.

6.3 Descrição do problema: A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional. No entanto, devido a alguns fatores de risco, algumas gestantes podem apresentar maior probabilidade de evolução desfavorável. É a gestação que ocorre quando existe qualquer doença materna ou condição

sócio-biológica que pode prejudicar a sua boa evolução. São as chamadas “gestantes de alto risco”.

Quadro 2 - Descrição do problema.

Descritores (Fatores de risco)	Valores	%	Fonte
Gestantes menores de 17 anos.	19	26	Registro da equipe
Gestantes de menos de 1,45 metros de altura.	2	2,7	Registro da equipe
Gestantes desnutridas.	2	2,7	Registro da equipe
Gestantes obesas.	2	2,7	Registro da equipe
Gestantes de baixa escolaridade.	13	17,8	Registro da equipe
Gestantes dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.	8	10,9	Registro da equipe
Gestantes com história de risco reprodutivo anterior.	3	4,1	Registro da equipe
Gestantes com antecedentes de doenças crônicas.	5	6,8	Registro da equipe
Gestantes com intercorrências clínicas atual.	11	15	Registro da equipe
Gestantes com outros fatores de risco	8	10,9	Registro da equipe

Fonte: ALBIZA, 2016.

Total de gestantes adolescentes: 73- Total de gestante com risco: 73

6.4 Explicação do problema: Geralmente, a causa de um problema é outro problema, ou seja, um problema é produzido ou gerado por outros problemas. O pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações que cursam com critérios de risco, o que aumenta significativamente nestas gestantes a probabilidade de intercorrências e óbito materno e/ou fetal. Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos, a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade materna e perinatal.

- ✓ Fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis:

- ❖ Idade menor do que 15 e maior do que 35 anos;
- ❖ Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
- ❖ Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
- ❖ Situação conjugal insegura;
- ❖ Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular);
- ❖ Condições ambientais desfavoráveis;
- ❖ Altura menor do que 1,45m;
- ❖ IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.

✓ Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:

- ❖ Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
- ❖ Macrossomia fetal;
- ❖ Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas;
- ❖ Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos;
- ❖ Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos);
- ❖ Cirurgia uterina anterior;
- ❖ Três ou mais cesarianas.

✓ Fatores relacionados à gravidez atual:

- ❖ Ganho ponderal inadequado;
- ❖ Infecção urinária;
- ❖ Anemia.

✓ Fatores relacionados às condições prévias:

- ❖ Cardiopatias;
- ❖ Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica);

- ❖ Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados);
 - ❖ Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo);
 - ❖ Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia);
 - ❖ Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG);
 - ❖ Doenças neurológicas (como epilepsia);
 - ❖ Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.);
 - ❖ Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses);
 - ❖ Alterações genéticas maternas;
 - ❖ Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
 - ❖ Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);
 - ❖ Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
 - ❖ Hanseníase;
 - ❖ Tuberculose;
 - ❖ Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
 - ❖ Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.
- ✓ Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:
- ❖ Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida;
 - ❖ História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome Hellp, eclâmpsia, internação da mãe em UTI);

- ❖ Abortamento habitual;
 - ❖ Esterilidade/infertilidade.
- ✓ Fatores relacionados à gravidez atual:
- ❖ Restrição do crescimento intrauterino;
 - ❖ Polidrâmnio ou oligodrâmnio;
 - ❖ Gemelaridade;
 - ❖ Malformações fetais ou arritmia fetal;
 - ❖ Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória);
 - ❖ Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência, para avaliação);
 - ❖ Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso;
 - ❖ Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
 - ❖ Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual;
 - ❖ Evidência laboratorial de proteinúria;
 - ❖ Diabetes mellitus gestacional;
 - ❖ Desnutrição materna severa;
 - ❖ Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional);
 - ❖ NIC (Neoplasia Intra-Epitelial Cervical) III (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
 - ❖ Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-rads III ou mais (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
 - ❖ Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

6.5 Seleção dos “nós críticos”: Podemos definir os nós críticos como a causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Neste caso o problema é o grande número de gestantes com riscos, se conseguimos modificar o controle pré-concepcional, hábitos e estilos de vida, nível de informação, e processo de trabalho, eliminaria o problema principal.

Exemplos de nós críticos:

1. Controle pré-concepcional: Se deve ter um controle de todas as mulheres em idade fértil que tenham qualquer fator de risco que possam comprometer o desenvolvimento de uma futura gestação.
2. Hábitos e estilos de vida: Se deve orientar, educar sobre alimentação adequada, diminuir o consumo de sal e de gordura animais, aumentar a ingestão de frutas, verduras, cereais integrais leite e derivados desnatados, controle de peso, incentivar as atividades físicas, eliminar fatores de riscos como álcool, café, tabagismo, obesidade, dislipidemias e stress.
3. Nível de informação: Se deve informar mais a população e capacitar as mulheres em idade fértil sobre os riscos maternos mais frequentes e explicarles como fazer para modificar estilos de vida, todo através de promoção de saúde.
4. Processo de trabalho da equipe de saúde: Se deve fazer mudanças na forma de pensar da equipe de saúde e população com respeito ao enfoque pré-concepcional, incrementando as atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, mediante controle periódico em consultas e visitas domiciliares.

6.6 Desenho das operações: Os objetivos desse passo são descrever as operações para enfrentar os nós críticos, identificar os produtos e resultado para cada operação definida, e identificar os recursos necessários.

Quadro 3 Desenho das operações para os nós críticos do plano.

Nos críticos	Operação/projeto	Resultados	Produtos	Recursos Necessários
Controle pré-concepcional	Controlar a todas as mulheres com riscos pré-concepcional.	Diminuir número de gestantes com riscos.	Controle de mulheres em idade fértil.	Cognitivo: para brindar informação de gestação de risco Organizacional: organizar

				consultas de controle e agenda de trabalho
Hábitos e estilos de vida não adequados de mulheres em idade fértil.	Modificar hábitos e estilos de vida	Diminuir número de mulheres obesas, desnutridas, tabagistas, alcoólicas, descompensadas de doenças crônicas	Programa de alimentação saudável, caminhadas e campanhas na radio local	Cognitivo: para brindar informação de doenças crônicas e fatores de riscos Organizacional: organizar agenda de trabalho Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Nível de informação baixo sobre gestação de risco.	Aumentar o nível de informação da população sobre gestação de risco.	População mais informada	Campanhas educativas na radio local Panfletos educativos	Cognitivo: conhecimento sobre gestação de risco. Financeiro: para elaboração dos panfletos Político: mobilização social Organizacional: organizar a agenda de trabalho
Processo de trabalho da Equipe inadequado para enfrentar o problema	Agenda com programação de consultas pré-concepcional. Organizar a estrutura do serviço para melhorar atendimento a gestantes de riscos.	Agenda bem organizada Satisfação do usuário por atendimento programado	Maior número de gestantes de risco avaliadas Acompanhamentos dos agentes comunitários em visitas domiciliares Programação cada mês de atividades de promoção	Organizacional: Organizar agenda em consultas e visitas domiciliares periódicas Adequação de referencias e contra referencias

Fonte: ALBIZA, 2016

6.7 Identificação dos recursos críticos: O objetivo desse passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos com cada operação e constituir uma atividade fundamental para avaliar a viabilidade de um plano.

Quadro 4 - Identificação dos recursos críticos.

Operação / Projeto	Recursos Críticos
Controle pré-concepcional	Organizacional: Organizar o atendimento das mulheres em idade fértil.
Modificar hábitos e estilos de vida	Financeiro: para adquirir panfletos educativos Organizacional: para organizar atividades Político: Conseguir um espaço em na radio local
Aumentar nível de informação da população sobre gestação de risco	Financeiro: para elaboração de panfletos Políticos: Articulação intersetorial
Organizar estrutura do serviço para melhorar atendimento de gestantes de risco de acordo a agenda	Organizacional: Organizar o atendimento destes pacientes de acordo a agenda Financeiros: Recursos necessários para a estruturação do serviço Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais

Fonte: ALBIZA, 2016.

6.8 Análise de viabilidade do plano: Para analisar a viabilidade de um plano devem ser identificados: quais são os atores que controlam os recursos críticos, quais recursos cada um desses atores controla, qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano.

Quadro 5 - Análise de viabilidade do plano.

Operações/projeto	Recursos Críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Controle pré-concepcional	Organizacional: Organizar o atendimento das mulheres em idade fértil.	Equipe de saúde	Favorável	Não é necessário

Modificar Hábitos de vida	Político: Conseguir espaço em na radio local Organizacional: Estimulação da população para participação ativa em atividades de promoção Políticos: adquirir panfletos educativos	Setor de comunicação social Equipe de saúde Secretario de saúde	Favorável	Não é necessário
Aumentar nível de informação da população gestação de risco	Político: Articulação com Secretaria de saúde Financeiro: Adquirir panfletos educativos	Equipe de saúde e Secretario de saúde	Favorável	Apresentar projeto de promoção de saúde na secretaria
Reorganização do processo de trabalho para melhorar atendimento a gestantes de risco	Políticos: Articulação entre os setores assistenciais da saúde Organizacional: Organizar o atendimento de acordo a agenda	Secretario de saúde e Equipe de saúde	Favorável	Não é necessário

Fonte: ALBIZA, 2016.

6.9 Elaboração do plano operativo: A principal finalidade é a designação de responsáveis pelos projetos e estabelecer os prazos. O gerente de uma operação /projeto é aquele que se responsabiliza pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas e deve contar com o apoio de outras pessoas.

Quadro 6 - Elaboração do plano operativo.

Operações	Resultados	Produto	Ações	Responsável	Prazo
-----------	------------	---------	-------	-------------	-------

			Estratégicas		
Controle pré-concepcional	Diminuir número de gestantes de riscos.	Controle de mulheres em idade fértil	Apresentação do projeto na Secretaria de Saúde	Alexander e Kessia	Seis meses
Modificar Hábitos de vida	Diminuir o número de desnutridas, obesas, tabagistas, alcoólicas, e mulheres com doenças crônicas descompensadas.	Aumentar o número de consultas programadas e visitas domiciliares Implantar o programa de atividades Estabelecer Campanha educativa na radio local	Apresentação do projeto na Secretaria de Saúde	Alexander e Kessia	Seis meses
Aumentar o nível de informação sobre gestação de risco	População mais informada sobre gestação de risco.	Palestras Educativas sobre gestação de risco Campanhas Educativas na radio local Capacitação dos agentes comunitários Grupos Operativos	Apresentar o projeto na Secretaria de Saúde	Alexander e Kessia	Três meses
Reorganizar o processo de trabalho Organizar agenda de trabalho Busca Ativa de riscos pré-concepcional	Aumentar o número de controle de mulheres com risco pré-concepcional, Agenda organizada	Maior número de pacientes avaliados Programar atividades todos os meses Aumentar o número de visitas domiciliares	Implementação do projeto	Coordenador de Atenção Básica e Kessia	Três meses

10. Considerações Finais

Diante da gravidez precoce na adolescência, percebe-se que nesta fase da vida, modificações diversas sofrem a jovem mulher, tanto nos âmbitos morais, sociais, emocionais e de relações com a sociedade, decorrendo em questões que perpassam as diversas modificações de comportamento e forma de lidar com a sexualidade nos dias atuais.

Além das mudanças físicas constatadas na adolescência, as mudanças de ordem social dizem respeito a fatores de mídia e comunicação, que traduzem a forma de viver da adolescente. Esta tem vivido uma vida sexual precoce, nem sempre acompanhada de informação e apoio familiar, onde a instrução e prevenção são insuficientes e produtoras de problemas de gravidez, abandono do parceiro, desconhecimento da sociedade e núcleo familiar.

A partir da averiguação do crescente número de adolescentes grávidas no município de Buritis, desejou-se identificar suas características, realidade e dificuldades, trazendo os problemas junto à sociedade, para então tentar amenizá-los e preveni-los.

Sabendo que, estas grávidas adolescentes, nem sempre têm apoio do parceiro e da família, há a necessidade de se atentar para uma orientação educacional direcionada a estas, através do compromisso das políticas públicas, quanto ao papel do enfermeiro neste processo.

Quando a equipe da ESF direciona sua assistência junto à adolescente na direção de um caminho de apoio psicológico e moral no pré-natal, na orientação e na formação, a reabilitação desta é possível e real, trazendo novas visões a cerca desta realidade e propiciando qualidade de vida e construção integral,

Percebe-se, neste contexto, a necessidade de direcionar a equipe da ESF junto à construção de processos de assistência e instrução, no município de Buritis – MG, onde a prevenção deve ser uma vertente que caracterize as mudanças e acompanhamento das adolescentes, traduzindo-se numa perspectiva de inovações e transformação social, moral, emocional e físico.

Referências:

ARTMANN, Elizabeth. **O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL NO NÍVEL LOCAL**: um instrumento a favor da visão multisetorial. PDF, revisão 1993. O Planejamento Estratégico Situacional: A trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde (Uma Abordagem Comunicativa). Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

ABERASTURY, A. **Adolescência** In: CAMPAGNA, V. N; SOUZA, A. S. L. **Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina**. Boletim de Psicologia. VOL. LVI, Nº 124: 09-35, 2006.

ABERASTURY **Adolescência normal** In: GOMES, W. A.; COSTA M. C. O.; SOBRINHO C. L. N.; SANTOS C. A. de S. T.; BACELAR E. B. **Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes**. Jornal de Pediatria - Vol. 78, Nº4, Rio de Janeiro, 2002.

BASSOS **Sexualidade humana** In:GOMES, W. A.; COSTA M. C. O.; SOBRINHO C. L. N.; SANTOS C. A. S. T.; BACELAR E. B.I. **Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes**. Jornal de Pediatria - Vol. 78, Nº4, Rio de Janeiro, 2002.

BERLOFI, L. M.; ALKMIN E. L. C.; BARBIERI, M.; GUAZZELLI C. A. F.; ARAUJO, F.F. **Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar**. Acta Paul Enferm. Vol.19 n.2 p.196-200. São Paulo, 2006.

BORGES, A. L. V.; LATORRE, M. do R. D. de O.; SCHOR,N. **Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(7):1583-1594, jul, 2007.

BOUZAS, I.; MIRANDA, A. T. **Gravidez na adolescência**. Adolescência & Saúde volume 1, nº 1, março 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos de pesquisa no Brasil**. Brasília, 2008.

Brasil. Secretaria da Saúde. Secretaria Executiva. **Gestantes de alto risco: sistemas estaduais de referencia hospitalar a gestante de alto risco/ Ministério da Saúde**.

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico/ - 5. ed.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Síntese do diagnóstico situacional da equipe verde da comunidade de Vila Formosa, Município de Curupira**. In: CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e**

avaliação das ações em saúde. 2ª Ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2010. 118p.: Il.

CABRAL Grillo, Maria Jose. Modelo, processo de trabalho e saúde da família.

CABRAL, C. S. **Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro** In: LEVANDOWSKI, D. C; PICCININI, C. A. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** Jan-Abr 2006, Vol. 22 n. 1, pp. 017-028

CAMPAGNA, V. N; SOUZA, A. S. L. **Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina.** Boletim de Psicologia. VOL. LVI, Nº 124: 09-35, 2006.
CORRÊA, Edison José; VASCONCELOS, Mara; SOUZA, de Lemos Maria Suzana. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos/** Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2009. 96p. Il.

COSTA, M. C. O. **Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente** In: GOMES, W. A.; COSTA M. C. O.; SOBRINHO C. L. N.; SANTOS C. A. de S. T.; BACELAR E. B. **Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes.** Jornal de Pediatria - Vol. 78, Nº4, 2002.

DIAS, Adriano; FERREIRA Sena, Maria Cristina; LIMA da Costa, Evaldo. **Gravidez na adolescência – determinante para prematuridade e baixo peso.** Com. Ciências Saúde – 22 Sup1: S183-S188, 2011

GONÇALVES, M. A.; OLLITA, I. **Gravidez na Adolescência.** Rev Enferm UNISA 2000; 1: 95-8.

HERCOWITZ, Andréa. **Gravidez na adolescência.** Pediatria Moderna, agosto; 38(8):392-5, 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico, 2000.** Rio de Janeiro; 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico, 2000.** Rio de Janeiro; 2010.

KEHL, M.R. **A violência do imaginário.** In: M. C. M. Comparato & D. S. F. Monteiro (Orgs.), **Mentes e mídia: diálogos interdisciplinares.** Vol.2, pp. 45-60, 2001.
LEVANDOWSKI, D. C; PICCININI, C. A. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** Jan-Abr 2006, Vol. 22 n. 1, pp. 017-028.

LUZ, A. M. ; BERNI, N, I. O. **Processo da paternidade na adolescência.** Rev Bras Enferm. Brasília 2010 jan-fev; 63(1): 43-50.

NUNES, C.E.G.; **Adolescência e paternidade: Um duelo de papéis sociais** In: LEVANDOWSKI, D. C; PICCININI, C. A. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** Jan-Abr 2006, Vol. 22 n. 1, pp. 017-028.

PIMENTA et al. **Passagem segura para a vida adulta: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros** In: RIOS, L. F.; PIMENTA, C.; BRITO

I.; JR, V. T.; PARKER, R. **Rumo à adultez: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros.** Cad. Cedes, Campinas, v. 22, n. 57, agosto/2002, p. 45-61.

PORTAL BURITIS, MINAS GERAIS. Disponível em:
<http://portalburitis.com.br/nossa-cidade/a-historia-de-buritis-mg>. Acesso em:
 08jun2016.

RIOS, L. F. PIMENTA, C.; BRITO I.; JR, V. T.; PARKER, R. **Rumo à adultez: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros.** Cad. Cedes, Campinas, v. 22, n. 57, agosto/2002, p. 45-61.

SANTELLI **A associação de comportamentos sexuais com estatus socioeconômicos, família, estrutura e raça entre adolescentes** In: BORGES, A. L. V.; LATORRE, M. do R. D. de O.; SCHOR, N.. **Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(7):1583-1594, jul, 2007.

SANTOS, I. M. M, SILVA, L. R. **Estou grávida, sou adolescente e agora? Relato de experiência na consulta de enfermagem.** In: SILVA, L.; TONETE, V. L. P. **A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado.** Rev Latino-am Enfermagem 2006 março-abril; 14(2):199-206.

SIAB- DATASUS. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>. Acesso em:
 02/06/2016.

SILVA, L.; TONETE, V. L. P. **A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado.** Rev Latino-am Enfermagem 2006 março-abril; 14(2):199-206.

YASLLE, M. E. H. **Gravidez na adolescência.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.28 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2006.

