

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

**ODALYS HERNÁNDEZ RODRIGUEZ**

**PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO DA  
OCORRÊNCIA DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO  
POSTO DE SAÚDE SANTA CECÍLIA, EM ESMERALDAS-  
MINAS GERAIS**

**ESMERALDAS- MINAS GERAIS**

**2015**

**ODALYS HERNÁNDEZ RODRIGUEZ**

**PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO DA  
OCORRÊNCIA DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO  
POSTO DE SAÚDE SANTA CECÍLIA, EM ESMERALDAS-  
MINAS GERAIS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Federal De Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção de título de especialista em Médico da Família.

Orientador (a): Prof. Dra. Flavia Casasanta Marini.

**ESMERALDAS- MINAS GERAIS**

**2015**

**ODALYS HERNÁNDEZ RODRIGUEZ**

**PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO DA  
OCORRÊNCIA DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO  
POSTO DE SAÚDE SANTA CECÍLIA, EM ESMERALDAS-  
MINAS GERAIS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Federal De Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção de título de especialista em Médico da Família.

Orientador (a): Prof. Dra. Flavia Casasanta Marini.

---

Dra. Flavia Casasanta Marini (Orientadora) – UFMG

---

Dr. Heriberto Fiuza Sanchez (Examinador) – UFMG

**ESMERALDAS- MINAS GERAIS**

**2015**

## **DEDICATÓRIA**

Este trabalho é dedicado a Deus porque eu acredito que estou aqui graças a um plano dele em minha vida e sem ele não conquistaria nada, a meu esposo que, compartilha dia após dia a meu lado este projeto, a meus quatro filhos que ficaram lá em Cuba, por resistir a distância e a solidão, por último a minha mãe e família por ontem, hoje e sempre ter-me dado forças para caminhar até a vitória. Obrigado por estarem sempre presentes em todos os momentos, me dando apoio, incentivo, fé, coragem e principalmente amor.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus. Porque dele, por ele e para ele são todas as coisas.

Aos amigos e professores brasileiros e minha equipe de saúde.

Agradeço com muito carinho a minha tutora por toda sua ajuda, dedicação, perseverança e paciência para conseguir o melhor deste projeto.

*“Mesmo não florescendo a figueira,  
não havendo uvas nas videiras;  
mesmo falhando a safra de azeitonas,  
não havendo produção de alimentos  
nas lavouras, nem ovelhas no curral  
nem bois nos estábulos, ainda assim  
eu exultarei no Senhor e me alegrarei  
no Deus da minha salvação.”*  
**Habacuque 3:17-18**

## RESUMO

Segundo a Organização Mundial de Saúde denomina-se gravidez na adolescência a gestação ocorrida em jovens de 10 a 20 anos que se encontram, portanto, em pleno desenvolvimento dessa fase da vida - a adolescência. Esse tipo de gravidez em geral não foi planejado, nem desejada e acontece em meio a relacionamentos sem estabilidade. Conforme levantamento realizado no PSF Santa Cecília localizado no Município de Esmeraldas, Minas Gerais, esta realidade ocorre cada vez mais de forma precoce. Acredita-se que se trata de uma realidade relacionada a questões sociocultural, econômica, falta de informação adequada por meio dos pais e até mesmo a falta de educação sobre planejamento familiar nesta fase da vida. Este estudo tem o objetivo de apresentar um plano de ação para prevenção da ocorrência de gravidez na adolescência na área da ESF Santa Cecilia. Esta proposta foi embasada no Método de Planejamento Estratégico Situacional bem como em uma revisão de literatura realizada nos bancos de dados LILACS, MEDLINE, BIREME e SCIELO através dos descritores gravidez na adolescência, fatores sociais de risco, estratégia de saúde da família e educação em saúde, bem como em pesquisas de dados levantados pelo ginecologista do PSF Santa Cecília.

Palavras Chaves: Gravidez na adolescência. Saúde da Família. Educação em Saúde.

## **ABSTRACT**

According to the World Health Organization called the teen pregnancy occurred in young people 10-20 years are, therefore, in the development of this stage of life - adolescence. This type of pregnancy in general was not planned or desired and comes amid without stable relationships. According to a survey conducted in the PSF Santa Cecilia located in the municipality of Esmeraldas, Minas Gerais, this reality occurs increasingly early on. It is believed that this is a reality related to socio-cultural issues, economic, lack of adequate information by means of the parents and even the lack of education on family planning at this stage of life. This study aims to present a plan of action for prevention of teenage pregnancy in the area of ESF Santa Cecilia. This proposal was based on the Situational Strategic Planning Method as well as a literature review conducted in the databases LILACS, MEDLINE, BIREME and SCIELO through pregnancy descriptors in adolescence, social risk factors, health strategy of the family and health education as well as survey data collected by the gynecologist PSF Santa Cecilia.

Key Words: Adolescent pregnancy. Health. Health Education.



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**ACS**- Agente Comunitário de Saúde **ESF** - Estratégia Saúde da Família

**LILACS** - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

**MEDLINE** - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica.

**MS** - Ministério da Saúde

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PNSA** - Política Nacional De saúde do adolescente

**PSF** - Programa Saúde da família

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**UBS** - Unidades Básicas de Saúde

## LISTA DE TABELAS

<b>Quadro 1:</b> Aspectos Demográficos do Município de Esmeraldas/MG, em 2014.	12
<b>Quadro 2:</b> Priorização dos problemas encontrados no diagnostico situacional na área de abrangência no PSF Santa Cecilia Esmeraldas/MG.....	21
<b>Quadro 3:</b> Nós críticos 1: Falta de conhecimento e pouca percepção do risco.....	23
<b>Quadro 4:</b> Nós críticos 2: Hábitos e estilos de vida.....	24
<b>Quadro 5:</b> Nós críticos: 3: Estrutura dos serviços de saúde.....	24
<b>Quadro 6:</b> Nós críticos:4: Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar o problema.....	25
<b>Quadro 7:</b> Propostas de recursos necessários para intervenção para o enfrentamento do problema da Incidência elevada de gravidez na adolescência na população atendida no PSF Santa Cecilia/ Esmeraldas- MG, 2015.....	26
<b>Quadro 8:</b> Plano operativo para enfrentamento do problema. Incidência elevada de gravidez na adolescência na população atendida no PSF Santa Cecilia/ Esmeraldas- MG, 2015.....	28
<b>Quadro 9:</b> Gestão do plano para enfrentamento do problema: Incidência elevada de gravidez na adolescência na população atendida no PSF Santa Cecilia/ Esmeraldas- MG, 2015.....	30

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>15</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>17</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo foi desenvolvido devido a alta prevalência de casos de gravidez na adolescência na área de abrangência do PSF Santa Cecília localizado no município de Esmeraldas, Minas Gerais.

### 1.1. Histórico de Criação do Município

Esmeraldas surgiu às margens do caminho que ligava Pitangui a Sabará, mediante doação do terreno para construção de uma capela em honra à Santa Quitéria, por Antonio Barbosa Leão, em 28 de Julho de 1725. Antonio Barbosa Leão era criador de gado, vindo das margens do Rio São Francisco. Ele adquiriu a propriedade territorial de João Ribeiro Vasconcelos, que era devoto de Santa Quitéria e foi quem iniciou as obras de construção da Capela. Em torno da Capela surgiram as primeiras casas. Foi-se formando o povoado que, aos poucos foi-se transformando em centro de vida civil, religiosa, social e econômica (GRANBEL, 2011).

Esmeraldas é um município localizado no Estado de Minas Gerais. A cidade pertence à mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte. A população é de 65262 habitantes segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014) e ocupa uma área de 934 km<sup>2</sup> com uma densidade de 66,13 hab./km<sup>2</sup>.

É nesse município onde exerço minhas atividades profissionais como médica e, por isso, também sou aluna do Curso de Especialização Estratégia Saúde da família, ofertado pelo Núcleo de Educação e Saúde Coletiva (NESCON), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Assim, atendendo a uma das atividades do Módulo de Planejamento e avaliação de ações em saúde (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010), fiz o diagnóstico situacional e apresento os principais pontos identificados no município de Esmeraldas.

**Quadro 1:** Aspectos Demográficos do Município de Esmeraldas, em 2014

Faixas Etárias	Homem	Mulher	Total
0 – 4	2.404	2.367	4771

5 – 9	2.752	2725	5477
10 – 14	3.324	3211	6535
15 – 19	3.213	2922	6135
20 – 29	4.927	4966	9893
30 – 39	4.701	4890	9591
40 – 49	4.042	4168	8210
50 - 59	3.031	2781	5812
60- 69	1.678	1633	3311
70 - 79	900	943	1843
+ 80	299	385	684
<b>Total</b>	<b>31.271</b>	<b>30991</b>	<b>65262</b>

**Fonte: Autoria própria, 2015.**

Os dados do quadro 1 mostram que o maior contingente populacional se enquadra na faixa etária de 20 a 39 anos, do sexo feminino e em idade de produção econômica.

Em relação aos aspectos socioeconômicos, as principais atividades são a indústria, agropecuária e serviço agrícola e comércio.

A estrutura de saneamento básico do município é razoavelmente boa, contando-se com coleta de lixo duas vezes por semana, mantendo-se um nível de saneamento adequado e instalação sanitária na maioria das residências, com boa aceitação pela comunidade. Na área urbanizada, o saneamento é de aproximadamente 80% em um amplo território. Dentre as modalidades de destino de lixo identifica-se que 70,2% do lixo é coletado, 29,1 % é queimado em casa, 0,2% enterrado em casa, e o restante, 0,5%, tem destinos diversos (SIAB, 2015). Em relação aos recursos sociais do município que a comunidade desfruta, há disponibilidade de 01 hospital de média complexidade, 01 clínica de consulta especializada, 01 laboratório, 39 escolas, 41 igrejas e 01 creche municipal.

No que diz respeito à participação social em saúde, tem-se o Conselho Municipal de Saúde, com reuniões mensais. O Programa Saúde da Família (PSF) tem uma cobertura de 64% da população total, com dez equipes cadastradas e um programa de agentes comunitários (PACS), além da proposta de três ESF em fase de inserção. Tem um Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) (SIAB, 2015).

## **1.2 Território e área de abrangência do PSF Santa Cecília**

Santa Cecília é um dos bairros do município de Esmeraldas com uma população que ultrapassa os 20.000 habitantes. Embora seja um bairro novo, há crescente densidade populacional e em pouco tempo somou-se outras áreas locais, como São Francisco e São Pedro.

A maioria das pessoas que moram ali vem de Belo Horizonte e outras cidades do interior, atraídas por boas condições para comprar os imóveis com prestações mais acessíveis às encontradas na região metropolitana de BH. Na comunidade tem pouca fonte de emprego por isso as pessoas trabalham geralmente em fazendas próximas dedicando-se à pecuária e à agricultura, assim mesmo em cidades próximas como Contagem, Belo Horizonte e Ribeirão das Neves.

Na região da área de abrangência do PSF não há serviços básicos como serviço de postagem dos correios e bancos; há 04 escolas e 01 creche, 03 igrejas, 01 Unidade Básica de Saúde e 01 equipe de saúde da família. Esta equipe foi criada há cinco anos e tem condições estruturais adequadas para o atendimento da população. Tem uma área física composta por sala de espera, três consultórios, uma pequena cozinha, sala de curativo, sala de medicamentos e um banheiro. O horário de trabalho é de 7.00 as 16.00 horas. Conta com quadro de Recursos Humanos com 01 médico generalista, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem, 01 recepcionista e 06 agentes comunitários de saúde. Produz mensalmente uma média de 3120 consultas médicas, 7280 consultas de enfermagem, o que inclui 1560 atendimentos compartilhados de pré-natal, 848 atendimentos de hipertensão, 158 atendimentos diabetes, o restante visitas domiciliares e atendimentos em geral.

De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) temos População de 3997 pacientes cadastrados em um total de 855 famílias, sendo 424 pacientes hipertensos, 93 pacientes asmáticos, 79 pacientes diabéticos, 12 pacientes epiléticos, 14 pacientes deficientes, 52 crianças menores de 01 ano, 36 gestantes, sendo 08 delas adolescentes e 05 portadores de HIV.

Para além do esforço da equipe tem sido muito difícil trabalhar uma pesquisa ativa das enfermidades crônicas e planejamento familiar especialmente nas idades mais vulneráveis, pois além da área cadastrada o restante da comunidade próxima vai ao posto quando precisa, aumentando a atividade assistencial em detrimento de atividades de promoção e prevenção de saúde.

Retornando ao diagnóstico situacional, no que diz respeito aos problemas de saúde mais prevalentes da população, a alta prevalência de gravidez na adolescência entre as jovens da comunidade foi considerado como o problema prioritário motivando a equipe de saúde a propor um plano de intervenção com vistas à redução da incidência de gravidez indesejada na adolescência. Acredita-se, portanto, que o investimento nesse problema prioritário, no momento, poderá trazer benefícios para os usuários da nossa equipe.

## 2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de gravidez na adolescência entre as jovens da comunidade. A comunidade de Santa Cecília teve uma prevalência de 20,5% de adolescentes entre as grávidas no ano de 2014, segundo informações fornecidas pelo ginecologista da equipe, avaliada esta como alta. A gestação na adolescência é uma das primeiras causas de parto pré-termo, baixo peso ao nascer, complicações no parto e pós-parto, incluindo a eclampsia, aumento assim a possibilidade de morte da mãe e do feto (ESCOBAR, 2002).

A gravidez na adolescência pode trazer à hipertensão, anemias subnutrição e desnutrição crônicas; Maior índice de cesárias; Lacerações perineais envolvendo vagina e períneo; Infecções urinárias e genitais; Mortalidade materna: o risco aumenta quanto menor for a idade cronológica e com gestações sucessivas em intervalos curtos; Abortos espontâneos e clandestinos, levando a complicações e morte; Intervalo gestacional pequeno; Doenças sexualmente transmissíveis (ESCOBAR, 2002).

Para o recém-nascido pode haver, prematuridade, mortalidade infantil - a taxa de mortalidade aumenta com a ordem e o intervalo de nascimento dos filhos, abandono, recém-nato de baixo peso, elevação do índice de mortalidade infantil no primeiro ano de vida, maior número de re-internações (ESCOBAR, 2002). Os baixos níveis socioeconômicos e escolaridade podem propiciar a desnutrição materna, o que facilita a maior incidência de patologias na gestação.

Em relação ao casal pode-se enfrentar, tensão emocional, que eleva a probabilidade de desenvolver problemas físicos e mentais, rejeição familiar, perda da autonomia e vergonha, tendo como consequência maior absenteísmo no pré-natal, havendo dificuldade de retorno escolar, os sonhos podem ser interrompidos pelo despreparo para arrumar trabalho no futuro com melhor remuneração, sentimento de insegurança, maior risco de depressão e suicídio, maior risco de exploração sexual (ESCOBAR, 2002).

Após a revisão dos dados obtidos no PSF concluímos que a gestação na adolescência tem tido uma tendência ao aumento nos últimos anos e a equipe e a comunidade tem recursos para desenvolver estratégias para sua abordagem e redução da incidência de gravidez na adolescência.



### **3 OBJETIVO GERAL**

Propor um plano de intervenção com vistas à redução da incidência de gravidez indesejada na adolescência.

#### **3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Melhorar a organização e o processo de trabalho da PSF no processo educativo da população.
- Sugerir estratégias que venham diminuir os índices de gravidez na adolescência na área de abrangência do PSF Santa Cecília.
- Formar jovens multiplicadores de conhecimento em planejamento familiar.

## 4 METODOLOGIA

Este estudo constitui-se de uma revisão de literatura, desenvolvida com base em material já elaborado, constituído, principalmente, de livros e artigos científicos e de levantamento de dados realizados no PSF Santa Cecília por meio de informações obtidas na própria unidade saúde com intuito de realização de diagnóstico situacional (GIL, 2002, p.59).

Para tanto, utilizamos livros, dissertações, teses e artigos científicos pesquisados nas bases de dados LILACS, MEDLINE, BIREME, SCIELO, através dos descritores gravidez na adolescência, estratégia de saúde da família, fatores sociais de risco, educação básica em saúde. Além disso, em pesquisas de dados da ginecologista do PSF Santa Cecília, Esmeraldas/MG.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção fui utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento Do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade federal de minas gerais, além da revisão de literatura acima descrita. Este plano será desenvolvido na própria unidade de saúde com a população alvo.

## 5. REVISÃO DE LITERATURA

A ocorrência da gravidez na adolescência é considerada um importante problema de saúde pública no Brasil, sendo que desde 1970 vem aumentando o número de gravidezes e diminuindo a idade das adolescentes grávidas. Estima-se que 20% de todos os nascidos vivos no Brasil nos últimos cinco anos foram concebidos por mães adolescentes (BRASIL, 1999). A nova vida, não planejada na composição familiar, muitas vezes é o elemento estressor ou desencadeador de conflitos já subjacentes (PELLOSO, CARVALHO, VALSECCHI, 2002; SOUZA et al., 2001). As principais causas da gravidez na adolescência são: a idade da primeira relação sexual que permeia entre 14 e 17 anos. O esquecimento, o excesso de confiança e a falta de informação sobre os vários tipos de métodos contraceptivos e suas utilizações. A partir dos anos 80, começa-se a observar um crescimento relativo nas taxas de fecundidade do grupo composto por mulheres de 15 a 19 anos, cujos índices ganham peso quando comparados ao concomitante decréscimo nas taxas do grupo etário de 20 a 24 anos (CAMARANO, 1998).

Segundo Camarano (1998) também pode se perceber que o índice referente à idade da primeira menstruação ou menarca tem sido reduzido ou seja, os ciclos menstruais estão começando cada vez mais cedo. O que pode proporcionar um aumento de gestantes ainda adolescentes. A gravidez na adolescência pode acarretar ao casal a diminuição da capacidade de competição no mercado de trabalho, a instabilidade nas relações conjugais que segundo Souza (1998) é reflexo de um quadro de posição social desfavorável. Percebe-se grande consistência nos argumentos supracitados acima. Em relação a escolaridade e pobreza, ambas estão ligadas tanto no início do processo quanto em término (STERN, MEDINA, 2000).

Entretanto, pode-se ponderar que a redefinição das expectativas em torno da juventude no que tange o processo de escolarização, a entrada no mercado de trabalho e a idade adequada de ter filhos, desempenha um papel central na configuração de “precocidade” do evento reprodutivo em relação à trajetória social do jovem (ARIES, 1981). Em outras palavras, a concepção da gravidez na adolescência como desvantagem ou problema social é devedora da construção da adolescência enquanto uma etapa de preparação para a vida adulta, ou seja, período destinado à escolarização do jovem.

Nos estudos realizados por Aries (1981) são expressos como resultados de suas pesquisas na dimensão individual de adolescentes é que estas possuem baixa autoestima, acreditam em amor verdadeiro e sincero, não tem grande acesso aos métodos contraceptivos, além da vergonha em utilizá-los, algumas famílias não estruturadas não conseguem instruí-las corretamente. A concepção de que a gravidez na adolescência é resultante da falta de informação sobre métodos contraceptivos ainda é bastante corrente, tanto na literatura quanto no senso comum. Nesta perspectiva, para solucionar tal problema bastaria haver uma boa difusão de informação sobre o uso correto dos métodos contraceptivos bem como a garantia de acesso aos mesmos.

É também frequente a temática sobre contracepção aparecer relacionada à da iniciação sexual. Argumenta-se que, quanto mais precoce a iniciação sexual, menores são as chances de uso de métodos contraceptivos e, conseqüentemente, maiores são as possibilidades de gravidez. De mesma forma, é estabelecida uma correlação entre escolaridade e contracepção: quanto maior o grau de escolaridade do jovem, maiores são as chances de utilização de algum método tanto na primeira relação quanto nas subseqüentes. É interessante a informação acerca das razões em jogo a não utilização de método justificativa do “não esperava ter relações naquele momento”, ao passo que dentre os homens, a alegação principal é a do “não conhecia nenhum método”, seguida da “não se preocupou com isso” pois a responsabilidade da contracepção é da parceira (BEMFAM, 1999).

A preocupação com a contracepção e a responsabilidade (quase que direta sobre esta) tem reiteradamente caído sobre as mulheres (pelo menos nos últimos trinta anos com o advento do anticoncepcional oral). A esse respeito, Arilha, pág. 51, (1998) afirma:

Filhos e contracepção fazem parte de um universo que ao longo do tempo cristalizou se no imaginário social de informação aos jovens sobre reprodução e métodos contraceptivos não seria, por si só, suficiente ou eficaz na medida em que esbarraria nesta cultura de gênero.

Ressalta-se um argumento consensual entre os autores: as relações sexuais são mais imprevisíveis entre os jovens (HEILBORN et al., 2002; LE VAN, 1998; LUKER, 1996). Deriva deste a proposição de que as chances de uso de algum método contraceptivo seriam, portanto, mais baixas entre os adolescentes de um modo geral. Não se pode ignorar que o comportamento contraceptivo adotado está

vinculado ao contexto da relação e ao tipo de parceria, inserindo-se no âmago das negociações do relacionamento, com maior ou menor clareza, refletividade, problematização ou consciência. Apesar disso, esse tipo de abordagem ainda não pode prescindir da discussão sobre conhecimento e informação de métodos contraceptivos.

Para o enfrentamento dessa problemática da gravidez na adolescência, o Planejamento em Saúde, entendido como ação social, é um processo que visa à transformação de uma situação em outra melhor, por isso pode ser um forte aliado da Equipe de Saúde da Família (ESF) e do Gestor, uma vez que disponibiliza ferramentas e tecnologias importantes para a identificação dos problemas e na definição de intervenções eficientes e eficazes.

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

### 6.1 Diagnóstico Situacional da área de abrangência do PSF Santa Cecilia, Esmeraldas/MG.

Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF Santa Cecilia, Esmeraldas/MG, realizado neste ano, foram identificados um grupo de problemas que possibilitaram a elaboração do Plano de intervenção:

Foram identificados cinco problemas considerados fundamentais, relacionados abaixo:

- 1-Incidência elevada de gravidez na adolescência.
- 2-Prevalência de Hipertensão Arterial aumentada, com deficiente controle.
- 3-Incremento de habito de fumar e uso de drogas.
- 4-Falta de medicamentos importantes no posto (antibióticos e medicamentos de urgência).
- 5-Aumento de doenças de transmissão sexual.

### 6.2 Priorização Dos Principais Problemas

Atribuindo valores de baixa, média e alta importância em relação a três critérios fundamentais (importância do problema, urgência e capacidade da equipe para enfrentamento do problema identificado) foi feita a priorização dos problemas identificados (Quadro 2), sendo como problema prioritário neste momento a incidência elevada de gravidez na adolescência.

**Quadro 2:** Priorização dos problemas encontrados no diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF Santa Cecilia, Esmeraldas, MG, 2015.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Aumento de doenças de transmissão sexual.	Alta	6	parcial	4
Incermento de habito de fumar e uso de drogas.	Alta	4	Parcial	5
<b>Incidência elevada de</b>	<b>Alta</b>	<b>7</b>	<b>Parcial</b>	<b>1</b>

<b>gravidez na adolescência</b>				
Prevalência de Hipertensão Arterial aumentada, com deficiente controle.	Alta	7	parcial	2
Falta de medicamentos importantes no posto (antibióticos e medicamentos de urgência).	Alta	6	parcial	3

Fonte: Autoria própria, 2015.

### 6.3 Descrição Dos Problemas Selecionados:

O problema selecionado foi o aumento da gravidez na adolescência. Para a descrição do problema utilizamos os dados que foram fornecidos pela ginecologista da equipe.

Descrição do problema: a comunidade de Santa Cecília teve uma prevalência de gravidez na adolescência de 20,5 % de no ano 2014, tendo sido avaliada como alta pela equipe de saúde. É uma das principais causas de parto pre-termo, baixo peso ao nascer, complicações no parto e pós-parto tais como eclampsia e pré-eclâmpsia, que pode elevar o índice de morte do feto o da mãe.

Tem tido uma tendência ao aumento todos os anos, e a equipe e a comunidade têm recursos para desenvolver estratégias para sua abordagem; é um problema vulnerável ao seu controle e também é coerente com nossa gestão.

### 6.4 Identificação Dos "Nós Críticos" Do Problema, Causas

#### 6.4.1 Falta de conhecimento e pouca percepção de riscos.

- As pacientes têm pouca percepção dos riscos e complicações da gravidez na adolescência.
- Falta de conhecimento por muitas pacientes de: Uso adequando de camisinha ou outros métodos anticoncepcionais;
- Comportamento sexual de risco.

#### 6.4.2 Hábitos e estilos de vida

- Durante muitas gerações tem sido valorizada esta situação como normal.

- A aceitação de manter relações sexuais em idades cada vez mais precoces.
- Mal funcionamento do núcleo familiar (possibilidade de fugir de sua casa onde as vezes a adolescente sente-se ameaçada por a violência, o alcoolismo e o risco de incesto).
- A instabilidade familiar: quando a filha se espelha no comportamento da mãe que também foi adolescente grávida.

#### 6.4.3 Estrutura dos serviços de saúde

- Insuficiência de recursos para estrutura de os serviços.
- Insuficiência de consulta especializada a população de risco.

#### 6.4.4 Processo de trabalho da equipe de saúde

- Pouca atividade educativa dos profissionais de saúde.
- Dificuldade da equipe para dedicar tempo a atividades de prevenção a causa de pressão assistencial.
- 

**Quadro 3:** Operações, objetivos esperados, produtos e recursos necessários para o nó crítico falta de conhecimento e pouca percepção do risco. Projeto de intervenção para a gravidez na adolescência, Esmeraldas, MG, 2015.

Operações/ projeto	Objetivo: resultado esperado)	Produtos	Recursos necessários
Saber + para proteger melhor	População em risco mais informada sobre riscos de gravidez na adolescência.  Jovens mais preparados em diferentes temas como métodos anticonceptivos e vantagens de uso de camisinha. Educação suficiente sobre comportamento sexual responsável	Avaliação do nível de informação.  Campanha educativa na imprensa local  Grupos operativos de adolescentes  Capacitação dos agentes de saúde sobre anticoncepção.	Cognitivos: conhecimentos disponíveis por equipe da saúde sobre o tema, estratégias de comunicação sociais  Organizacionais: organização da agenda  Econômicos: Financeiro para recursos



			<p>audiovisuais, folhetos educativos</p> <p>Políticos: parceria com o setor educação.</p>
--	--	--	---

Fonte: Autoria própria, 2015.

**Quadro 4:** Operações, objetivos esperados, produtos e recursos necessários para o nó crítico Hábitos e estilos de vida. Projeto de intervenção para a gravidez na adolescência, Esmeraldas, MG, 2015.

Operações/ projeto	Objetivo: resultado esperado)	Produtos	Recursos necessários
Mudar hábitos e viver melhor	<p>Diminuir o número de gravidez na adolescência.</p> <p>Modificar o jeito de percepção da gravidez na adolescência como normal.</p>	Percepção diferente sobre maternidade precoce por parte de familiares e adolescentes, através de conscientização e grupos operativos com foco em educação em saúde.	<p>Cognitivos: conhecimentos disponíveis por equipe da saúde, informação estratégica sobre o tema, estratégias de comunicação sociais</p> <p>Organizacionais: organizar visitas domiciliares a pais e adolescentes. Organizar palestras educativas</p> <p>Econômicos: Financeiro para recursos audiovisuais, folhetos educativos, fazer xeroques, panfletos educativos</p> <p>Políticos: assegurar locais mobilização sociais, Inter setoriais com a rede.</p>

Fonte: Autoria própria, 2015.

**Quadro 5:** Operações, objetivos esperados, produtos e recursos necessários para o nó crítico estrutura dos serviços de saúde. Projeto de intervenção para a gravidez na adolescência, Esmeraldas, MG, 2015.

<b>Operações/ projeto</b>	<b>Objetivo: resultado esperado)</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
<p>Prevenir melhor que curar:</p> <p>Melhorar o processo de trabalho para a efetividade do cuidado da população em risco.</p> <p>Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento ao grupo da população do risco.</p>	<p>Garantia de métodos anticoncepcionais.</p> <p>Cobertura da população com risco de gravidez na adolescência.</p>	<p>Visitas a domicílios</p> <p>Capacitação de pessoal de saúde</p> <p>Gestão de consultas especializadas em dispositivos intrauterinos</p> <p>Compra de métodos anticoncepcionais</p>	<p>Cognitivos: elaboração de projetos de intervenção de gravidez na adolescência.</p> <p>Organizacionais: recurso humanos médicos especialistas</p> <p>Agenda ajustada para fazer viável a posta em prática do projeto de intervenção.</p> <p>Econômicos: Financeiro, aumento de consulta especializada e médios anticoncepcionais, recursos necessários para estrutura do serviço.</p> <p>Políticos: decisão de recursos para estrutura e serviço.</p>

Fonte: Autoria própria, 2015.

**Quadro 6:** Operações, objetivos esperados, produtos e recursos necessários para o nó crítico processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar o problema. Projeto de intervenção para a gravidez na adolescência, Esmeraldas, MG, 2015.

<b>Operações/ projeto</b>	<b>Objetivo: resultado esperado)</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
Linha de cuidado	Cadastrar a população	Grupos operativos de	Cognitivos:

Reorganizar o processo de trabalho para melhorar efetividade do cuidado	da área de abrangência Cobertura de pacientes adolescentes da população Pacientes com risco classificadas Pacientes com risco controlada	de adolescentes Recursos humanos capacitados	Elaboração de agenda com prioridade de atividades de prevenção Organizacional: Agenda ajustada para fazer viável a posta em pratica do projeto de intervenção.  Adequação de fluxos.  Econômicos: Financeiro para recursos audiovisuais folhetos educativos  Políticos: articulação entre os setores da saúde
---	---	---	--

Fonte: Autoria própria, 2015.

### 6.6 Análise da Viabilidade do Plano.

No Planejamento Estratégico Situacional (PES), o plano é entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade. Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais: quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano; quais recursos cada um desses atores controla; qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano. E então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou motivar o ator que controla os recursos críticos (CAMPOS *et al.*, 2010).

**Quadro 7:** Propostas de recursos necessários para intervenção para o enfrentamento do problema da Incidência elevada de gravidez na adolescência na população atendida no PSF Santa Cecilia/ Esmeraldas- MG, 2015.

<b>Operações/projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>	<b>Atores que controlam</b>	<b>Motivação</b>	<b>Ação estratégica</b>
Saber mais para proteger melhor.	<p>-Organizacional: Cartazes, vídeos, Panfletos, recurso humanos, sala de aulas, folias, canetas, mural.</p> <p>-Econômicos: Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos</p> <p>-Políticos parceria com o setor educação, conseguir o espaço na prensa local, articulação Inter setoriais.</p>	<p>-Secretário de educação</p> <p>-Secretário de saúde</p> <p>-Setor comunicação social</p>	<p>-Favorável</p> <p>-Favorável</p> <p>-Indiferente</p>	-Motivação com apresentação do projeto
Viver melhor mudando hábitos.	<p>-Econômicos: Financeiro para recursos audiovisuais, folhetos educativos, fazer xeroques, panfletos educativos.</p> <p>-Políticos: Inter setoriais com a rede.</p>	<p>-Secretário de saúde</p> <p>-Setor comunicação social</p>	<p>-Favorável</p> <p>-Indiferente</p>	-Motivação com apresentação do projeto
Prevenir melhor que curar.	-Organizacional: Recursos humanos. Médicos Especialistas de	-Secretário de saúde	-Favorável	

	<p>outras disciplinas.</p> <p>-Econômicos: Financeiro, aumento de exames, consulta especializada e métodos anticoncepcionais.</p> <p>-Políticos: Decisão de aumentar os recursos para estrutura e serviço.</p>	<p>-Coordenador da ABS</p> <p>-Prefeito municipal</p>	<p>-Favorável</p> <p>-Favorável</p>	
Linha de cuidado.	<p>-Econômicos: Financeiro recurso necessário para estrutura do serviço e equipamento.</p> <p>-Políticos: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.</p>	<p>-Secretário de saúde</p> <p>-Coordenador da ABS</p> <p>-Prefeito municipal</p>	<p>-Favorável</p> <p>-Favorável</p> <p>-Favorável</p>	

Fonte: Autoria própria, 2015.

### 6.7 Elaboração do Plano Operativo.

A principal finalidade do plano operativo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que deva executá-las. O seu papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizadas, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano (CAMPOS *et al.*, 2010).

**Quadro 8:** Plano operativo para enfrentamento do problema. Incidência elevada de gravidez na adolescência na população atendida no PSF Santa Cecilia/ Esmeraldas- MG, 2015.

<b>Operações/ projeto 1</b>	<b>Objetivo/Resultado esperado</b>	<b>Produto</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazos</b>
<p>Saber mais para proteger melhor.</p> <p>Aumentar nível de conhecimento e informação das adolescentes em relação ao:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Fatores de risco da gravidez na adolescência</li> <li>-Jovens mais preparados em diferentes temas como métodos anticoncepcionais, vantagens de uso de camisinha.</li> <li>-Educação suficiente sobre comportamento sexual responsável.</li> </ul>	<p>Grupo de adolescentes mais informados, melhor preparados e mais competentes em diferentes temas da doença como (acompanhamento, complicações, fatores de risco)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Grupos operativos de adolescentes.</li> <li>-Seminários e conferências de ensino</li> <li>-Campanha educativa na rádio</li> <li>-Panfletos educativos</li> <li>-Testemunhas das adolescentes grávidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Doutora do PSF.</li> <li>-Enfermeira e Doutora do PSF.</li> <li>-Enfermeira do PSF.</li> <li>-Enfermeira do PSF.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Um Mês.</li> <li>- Inicia no mês e termina seis meses após</li> <li>-Mensal</li> <li>-Mensal</li> <li>-Mensal</li> </ul>
<b>Operações/ projeto 2</b>	<b>Objetivo/Resultado esperado</b>	<b>Produto</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazos</b>
<p>Mudar hábitos e viver melhor</p> <p>Diminuir o número de gravidez na adolescência modificando hábitos e estilos de vida inadequados.</p>	<p>Diminuir em 10 % o número de gravidez na adolescência.</p> <p>Modificar o jeito de percepção da gravidez na adolescência como normal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Campanha educativa na rádio local</li> <li>-Mesas redondas, talheres</li> <li>-Grupos operativos de adolescentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Enfermeira do PSF</li> <li>- Enfermeira do PSF</li> <li>-Doutora do PSF</li> <li>- Enfermeira e Dra. do PSF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Inicia no mês e até seis meses</li> <li>-Mensal</li> </ul>

		-Atividades de promoção e prevenção		-Mensal
<b>Operações/ projeto 3</b>	<b>Objetivo/Resultado esperado</b>	<b>Produto</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazos</b>
Prevenir melhor que curar:  Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento ao grupo de pacientes adolescentes grávidas e pesquisa da população do risco	Garantia de métodos anticoncepcionais.  Cobertura de 80% de população com risco de gravidez na adolescência.	-Capacitação de pessoal de saúde  -Gestão de consultas especializadas e exames complementares  -Gestão de anticoncepcionais.	-Técnicos de Enfermagem, - Enfermeira e Dra. Do PSF	-Mensal  -Permanente  -Três meses
<b>Operações/ projeto 4</b>	<b>Objetivo/Resultado esperado</b>	<b>Produto</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazos</b>
Linha de cuidado  Reorganiza o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado.	Cadastrar + 90 % da população da área de abrangência  Cobertura de 95 % de pacientes adolescentes da população  95 % dos pacientes com risco classificada  95 % dos pacientes com risco controlada	-Grupos operativos de adolescentes  Recursos humanos capacitados.	-Agentes de saúde.  -Técnicos de Enfermagem, - Enfermeira e Dra. Do PSF	-Mensal  -Mensal  -Permanente  -Permanente  -Seis meses  -Inicia no mês e até seis meses

Fonte: Autoria própria, 2015.

### 6.8 Gestão do plano.

É necessário um sistema de gestão para coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de

como será feita sua gestão (CAMPOS *et al.*, 2010).

**Quadro 9.** Gestão do plano para enfrentamento do problema: Incidência elevada de gravidez na adolescência na população atendida no PSF Santa Cecília/ Esmeraldas-MG, 2015.

<b>Operação projeto</b>	<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo Prazo</b>
<b>Operação 1: Saber mas para proteger melhor.</b>	Avaliação do nível de informação. Campanha educativa na prensa local Grupos operativos de adolescentes Capacitação dos agentes de saúde sobre anticoncepção	ACS, médico, Enfermeira	2 meses para início das atividades			
<b>Operação 2: Viver melhor mudando hábitos.</b>	Percepção diferente sobre maternidade precoce por parte de familiares e adolescentes.	ACS, médico, Enfermeira	2 meses para início das atividades			
<b>Operação 3: Prevenir melhor que curar.</b>	Visitas a domicílios. Capacitação de pessoal de saúde. Gestão de consultas especializadas em dispositivos intrauterinos. Compra de métodos anticonceptivos.	ACS, médico, Enfermeira.	2 meses para início das atividades			
<b>Operação 4: Linha de cuidado.</b>	Grupos operativos de adolescentes. Recursos humanos.	ACS, médico, Enfermeira.	2 meses para início das atividades			

Fonte: Autoria própria, 2015.



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fase de adolescência é caracterizada por etapas de desenvolvimento físico, mental, emocional e social, passando de uma fase de dependência socioeconômica total a outra de relativa independência. Trata-se de um problema de saúde pública cada vez mais precoce onde as adolescentes entram na fase da menarca mais cedo ficando susceptível a engravidar cada vez mais cedo quando não orientada sobre meios de prevenção adequado (SOUZA et al., 2001).

A precocidade do início das atividades sexuais, aliada à desinformação quanto ao uso adequado dos contraceptivos e à deficiência de programas de assistência ao adolescente são alguns dos fatores referidos como responsáveis pelo aumento da gravidez, abortamento e doença sexualmente transmissível na adolescência.

A falta de acesso a informações e programas de saúde relativos à vida sexual e reprodutiva, principalmente destinados a adolescentes, são fatores determinantes que acarretam riscos para a saúde das adolescentes (MAGALHÃES, et al., 2006).

A unidade de Saúde Santa Cecília, Esmeraldas, Minas Gerais acompanha bem a realidade citada nos artigos estudados para esta pesquisa. Quanto mais precoce a iniciação sexual, menores são as chances de uso de métodos contraceptivos e, conseqüentemente, maiores são as possibilidades de gravidez.

A perspectiva deste trabalho que permite propor o plano operativo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que deva executá-las.

No contexto a gravidez na adolescência traz sérias implicações na vida desses adolescentes. Diante das transformações sociais nas últimas décadas, tornou-se um desafio para a saúde pública. Porque a mesma sociedade que incentiva a primeira experiência sexual, não tem preparo e nem prevenção para acolhimento a esses jovens. Pois não basta informar sobre métodos contraceptivos. É preciso garantir o acesso a esses métodos com orientação segura, e não preconceituosa; é preciso orientar sobre a contracepção de emergência e garantir o acesso ao medicamento; é preciso ampliar os espaços para orientação e educação sexual, nos

quais temas complexos como a negociação para uso da camisinha e o prazer possam ser discutidos abertamente. A problemática relacionada na gravidez dos adolescentes, teve como reconhecimento que era necessárias ações de incorporação nos programas de saúde, nas agendas sociais dos governos. O médico e o enfermeiro e do PSF são profissionais capacitados para atuar em equipe multiprofissional no desenvolvimento de ações de planejamento, execução, assessoria, avaliação, controle e supervisão de programas de saúde. A educação à saúde da população é a base para o êxito das ações estabelecidas. O médico e o enfermeiro são profissionais com formação acadêmica direcionada para a educação aos adolescentes, com habilidade para perceber quais estratégias de aprendizagem deve utilizar junto à determinada comunidade, visando, sobretudo, à busca do serviço de saúde para clientela. O presente estudo coloca em questão, que a assistência deve ser voltada a educação, pois para prevenir é preciso educar.

O plano de intervenção se mostra uma ferramenta extremamente útil e importante para auxiliar a equipe de saúde a lidar com os problemas da saúde e alcançar uma melhor inter-relação dos membros da equipe com as pacientes, suas famílias e a comunidade sobre o conhecimento da gravidez na adolescência para assim lograr um melhor controle das mesmas e de suas complicações.

## REFERÊNCIAS

ARIÉS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. 2. ed. Tradução de Dora Flaksman. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1981.

ARILHA, M. Homens: entre a “zoeira” e a “responsabilidade”. In: ARILHA, M.; RIDENTI, S.G.U.; MEDADRO, B. (Org). **Homens e Masculinidades**. São Paulo: Ecos, 1998. p. 51-77.

BEMFAM, Demography and Health Survey. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**. Rio de Janeiro: [s.n.]; 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A adolescente grávida e os serviços de saúde do município**. Brasília - DF, 1999.

CAMARANO, A. A. Fecundidade e anticoncepção da população de 15-19 anos. In: **Seminário Gravidez na Adolescência, Anais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Family Health International/Associação Saúde, 1998. p. 35-46.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horacio Pereira de; SANTOS, Max André **Dos planejamentos e avaliação das ações em saúde**. NESCOM/UFMG- Curso de Especialização em atenção Básica em Saúde da Família, 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

Censo populacional 2010. **Censo populacional Instituto Brasileiro de geografia e Estadística (IBGE)**, Acessado em: 11 de dezembro de 2014. Disponível: <http://censo2010.ibge.gov.br/>;

ESCOBAR, A.M.U.; OGAWA, A.R.; HIRATSUKA, M.; KAWASHITA, M.Y.; Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce **Rev. bras. saúde matern. Infant.** vol 2, n 3, p.253-261, local, 2002.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2002.

GRANBEL. **História de Esmeraldas/MG**. Publicado: 01 Fevereiro 2011. Disponível em: <http://www.granbel.com.br/index.php/municipios-metropolitanos/86-municipio-de-esmeraldasmg-municipio-de-esmeraldasmg/149-historia-de-Esmeraldasmg.html>. Acessado dia: 22 de Outubro de 2015;

Heilborn ML, Aquino E, Bozon M, Knauth D. **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz, 2006.

MAGALHÃES, M. L. C. et al. **Gestação na adolescência precoce e tardia – há diferença nos riscos obstétricos?** Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica, 2006. vol 28, n 8, p.446-452.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; VALSECCHI E. A. S. S. **O vivenciar da gravidez na adolescência.** Revista Acta Scientiarum, Maringá, 2002. vol 24, n 3, p.775-781.

SIAB- **Sistema de informação da Atenção Básica**- Disponível em:  
<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>. Acessado em: 22 de outubro de 2015.

SOUZA, M. M. C. **A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos como desvantagem social.** In: Seminário Gravidez na Adolescência (E. M. VIEIRA, M. E. L. FERNANDES, P. BAILEY & A. MCKAY, org.). São Paulo: Associação Saúde da Família, 1998. P.74-91

SOUZA VLC, CORRÊA MSM, SOUZA SL, BESERRA MA. O aborto entre adolescentes. **Rev Latino-am Enfermagem.** 2001 março. Vol 9, n 2, p.42-7.

STERN, C. & MEDINA, G. **Adolescencia y salud en México.** In: Cultura, Campinas: Consórcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Adolescência e Saúde: Argentina, Brasil, México (M. C. OLIVEIRA, org.), Sexualidade na América Latina. 2000. p.98-160.