

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA ANA ROSA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA PARA UM NOVO OLHAR

PAULO ALAERCIO BEATA

BOM DESPACHO / MG
2012

PAULO ALAERCIO BEATA

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA ANA ROSA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA PARA UM NOVO OLHAR

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: Profa Valéria Tassara

BOM DESPACHO / MG
2012

PAULO ALAERCIO BEATA

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA ANA ROSA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA PARA UM NOVO OLHAR

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: Profa. Valéria Tassara

Banca Examinadora

Prof^a. Msc. Valéria Tassara - UFMG

Prof^a. Maria José Nogueira - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 04 de fevereiro de 2012.

À minha família, aos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família e ao corpo docente e discente desta especialização.

AGRADECIMENTO

A Deus pelo dom da vida, inteligência e sabedoria;

À minha mãe por seu desprendimento e amor incondicionais e pelas constantes orações e estímulos;

Aos meus irmãos pelo carinho, companhia e incentivo a mim dispensados;

À orientadora, Valéria Tassara, pelo envolvimento, comprometimento e parceria em mais este projeto.

Aos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Bom Despacho;

A todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS);

Aos tutores Álisson, Karine e Maria Isabel; aos colegas de turma da especialização e equipe do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) pelos momentos de aprendizagem, troca de experiências e amizade;

Enfim, a todo o registro a minha gratidão!!!

RESUMO

Este trabalho aborda a gravidez na adolescência no Programa Saúde da Família (PSF) Ana Rosa Bom Despacho / MG. Após a análise do Diagnóstico Situacional da equipe do PSF Ana Rosa percebeu-se um elevado percentual de gravidez na adolescência (32% das demais gestações). Esta situação foi elencada pela equipe como problema prioritário pela sua urgência, grau de importância e pela governabilidade sobre a situação. Objetivou-se com este estudo realizar uma revisão bibliográfica sobre o tema gravidez na adolescência e propor planejamentos e ações de promoção da saúde mais pertinentes a realidade do adolescente, dentro da área de abrangência, e que sejam executáveis pela equipe do PSF Ana Rosa. A metodologia utilizada foi a revisão narrativa do conhecimento disponível sobre gravidez na adolescência, a partir da consulta nos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) / BIREME. Concluiu-se que a observação da realidade local, o conhecimento da epidemiologia, dos riscos e vulnerabilidades relacionados à gravidez na adolescência são de suma importância para a implementação de medidas que favoreçam o exercício seguro da sexualidade e a garantia da qualidade de vida.

Palavras-Chave: Gravidez na adolescência; Estratégia Saúde da Família; intersetorialidade; Plano de Ação.

ABSTRACT

This paper discusses teenage pregnancy in the Family Health Program (PSF) Ana Rosa Bom Despacho / MG. After analyzing the Situational Diagnosis of PSF Ana Rosa's team, it was realized a high percentage of teen pregnancy (32% of the other pregnancies). This was highlighted by the team as a priority issue because of its urgency, degree of importance and the governance on the situation. The objective of this study is to review literature on the subject of teenage pregnancy and propose action plans and health promotion more relevant to the reality of the adolescent within the catchment area, and that can be enforceable by PSF Ana Rosa team. The used methodology was a narrative review of the available knowledge about teenage pregnancy, from a query in the databases of the Virtual Health Library (BVS) / BIREME. It was concluded that the observation of the local reality, knowledge of epidemiology, risks and vulnerabilities related to adolescent pregnancy are critical to the implementation of measures to facilitate the safe exercise of sexuality and ensuring the quality of life.

Keywords: teenage pregnancy, Family Health Strategy, intersectoral, Plan of Action.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	JUSTIFICATIVA.....	14
3	METODOLOGIA.....	16
4	DESENVOLVIMENTO.....	17
	4.1 DESCRIÇÃO DO PSF ANA ROSA.....	17
	4.1.1 Aspectos demográficos e socioeconômicos.....	18
	4.1.2 Equipe.....	19
	4.2 OBSERVAÇÃO REALIZADA SOBRE A PROBLEMÁTICA.....	19
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	21
	5.1 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	21
	5.2 RISCOS E VULNERABILIDADES PARA A GESTAÇÃO NA	
	ADOLESCÊNCIA.....	22
	5.2.1 Menarca e sexarca.....	22
	5.2.2 Os métodos anticoncepcionais.....	23
	5.2.3 Diálogo entre pais e filhos X espaço de construção da	
	sexualidade X fonte de informação.....	25
	5.2.4 (Des)preparo dos profissionais de saúde.....	26
	5.2.5 Questões sociais.....	27
	5.3 COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	29
	5.4 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	31
	5.5 TRABALHO INTERSETORIAL.....	32
6	PROPOSTAS / PLANO DE AÇÕES.....	35
	6.1 PLANO DE AÇÃO DO PSF ANA ROSA.....	35
	6.1.1 Principais problemas identificados e possíveis soluções.....	35
	6.1.2 Classificação de prioridades para os problemas	
	identificados no Diagnóstico Situacional do PSF Ana Rosa.....	37
	6.1.3 Descrição do problema prioritário.....	38
	6.1.4 Esquema explicativo do problema prioritário.....	39
	6.1.5 Seleção dos “nós críticos” e o desenho das operações.....	41
	6.1.6 Identificação dos recursos críticos.....	43
7	ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO.....	46
8	GESTÃO DO PLANO.....	49

9 CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57

LISTA DE FIGURAS

Fig. 1 - Área de abrangência do PSF Ana Rosa, no município de Bom Despacho, ano de 2010. Pág. 17

LISTA DE SIGLAS

ESF	Estratégia Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação à Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
CEABSF	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SUS	Sistema Único de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
WHO / OMS	World Health Organization / Organização Mundial de Saúde
CAIC	Centro de Atenção à Saúde da Criança
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
THB	Técnico de Higiene Bucal
ACD	Atendente Consultório Dentário
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - População segundo faixa etária e sexo na área de abrangência da equipe de PSF Ana Rosa, no município de Bom Despacho, 2010. Pág. 18

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no Diagnóstico Situacional do PSF Ana Rosa.....	20 e 37
Quadro 2 - Descritores do problema “Alto índice de gravidez na adolescência no PSF Ana Rosa, Bom Despacho / MG, ano 2010.”.....	38
Quadro 3 - Árvore explicativa do problema “Alto índice de gravidez na adolescência no PSF Ana Rosa, Bom Despacho / MG, ano 2010.”.....	40
Quadro 4 - Identificação dos recursos críticos.....	43
Quadro 5 - Proposta de Ação para motivação dos atores do PSF Ana Rosa, Bom Despacho / MG, ano 2010.....	44
Quadro 6 - Plano Operativo do PSF Ana Rosa, Bom Despacho / MG, ano 2010.....	46
Quadro 7 - Planilha para acompanhamento de projetos do PSF Ana Rosa, Bom Despacho / MG, ano 2010.....	49
Quadro 8 - Planilha de acompanhamento do Plano de Ação do PSF Ana Rosa, Bom Despacho / MG, ano 2010.....	54

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) do Ana Rosa, segundo última Análise da Situação de Saúde de seu território, em equipe, percebeu um aumento significativo da gravidez entre as adolescentes, aproximadamente 32% das demais gestações (Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, 2010; SEMUSA, 2010a).

O alto índice de gravidez na adolescência no Programa Saúde da Família (PSF) Ana Rosa foi elencado pela equipe como problema prioritário pela sua urgência, grau de importância e pela governabilidade sobre a situação, podendo ser enfrentada através de trabalhos intersetoriais – escolas, pastorais, grupos sociais, comércio, etc. (SEMUSA, 2010a).

Acredita-se que a gravidez na adolescência tem aumentado, mesmo havendo a disponibilização de informações e acesso aos serviços de saúde. Espera-se conscientizar o grupo em questão através de atividades de educação sexual permanente nas escolas entre outros espaços.

Ressalta-se que a gravidez na adolescência traz grandes ônus para a adolescente, sua família, comunidade e sociedade. A adolescente priva-se da formação escolar, acarreta riscos para a sua saúde e a da criança, modifica a estrutura familiar e os seus respectivos papéis sociais.

Dentro deste contexto, o presente trabalho tem por objetivo realizar a revisão bibliográfica sobre o tema gravidez na adolescência e propor planejamentos e ações de promoção da saúde mais pertinentes a realidade dessa população adolescente, dentro da área de abrangência, e que sejam exequíveis pela equipe do PSF Ana Rosa, principalmente pelos enfermeiros.

2 JUSTIFICATIVA

Cerca de 29% da população mundial é representada por adolescentes e jovens (10-24 anos), e destes, 80% vivem em países em desenvolvimento (DF, 2010). Os adolescentes e jovens - (10 a 24 anos) representam 30,33% da população brasileira. Os nascidos vivos de mães entre 15 a 19 anos equivalem a 18,2% dos nascimentos. Em Minas Gerais os adolescentes de 10 a 14 anos representam 8,79% da população e os de 15 a 19 correspondem a 8,92% dos mineiros (FERNANDES, 2010; IBGE, 2007 / 2008).

Em Bom Despacho, 18% da população encontram-se na adolescência, sendo 9% representado pelos adolescentes de 10 a 14 anos e 8,92% equivale aos indivíduos de 15 a 19 anos. Além disso, o município apresenta 0,82% dos nascidos vivos de mães de 10 a 14 anos e 19,2% de mães 15 a 19 anos. Tal situação demonstra que o município tem conseguido postergar a gravidez na adolescência, acreditando-se que a promoção em saúde tenha sido a principal contribuição para a mudança deste paradigma. (IBGE 2007; SEMUSA 2010b).

As estatísticas demonstram que a taxa de fecundidade de adolescentes entre 15 a 19 anos aumentou entre 1970 e 1980, havendo também incremento da fecundidade na faixa entre 10 e 14 anos. De 1975 a 1989, a porcentagem de nascimentos de filhos de adolescentes solteiras aumentou 74,4%. Em 1996 o percentual dos partos em adolescentes de 10 a 19 anos realizados na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) chegou a 25,79% (BRASIL, 2009; DF, 2010). Tal fato pode ser justificado pela iniciação sexual cada vez mais precoce, ocorrendo de 14,5 anos e 16 anos. Pesquisa realizada por Amorim *et al* (2009) demonstra que 47% das adolescentes de seu estudo iniciaram sua vida sexual com menos de 15 anos contra 16% do grupo controle, formado por mulheres de 20 a 35 anos.

Cerca de 20 a 30% das gestações encontram-se entre as faixas etárias de 10 a 19 anos, no cenário nacional. Em Minas Gerais as gravidezes na adolescência equivalem a 18,72% das gestações. No município de Bom Despacho (MG), as gestantes menores de 20 anos representam 24 % das gestantes em geral (BRASIL, 2007a; OTSUKA *et al*, 2005; FERREIRA, 2004; SEMUSA, 2010b).

Na ESF Ana Rosa, as gestantes < 20 anos representam 32% das demais gestações. Os dados epidemiológicos permitem inferir sobre o grau de relevância do problema dentro da equipe, estando os dados acima dos parâmetros nacional e estadual.

Enquanto profissional de saúde, o ingresso no Curso de Especialização em Atenção Primária à Saúde (CEABSF), através do módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde permitiu conhecer o sistema de Estimativa Rápida para a elaboração do Diagnóstico Situacional do PSF Ana Rosa, evidenciando a problemática da gravidez na adolescência na área adscrita.

De acordo com Brasil (1990) o Estatuto da Criança e do adolescente - ECA é fundamental para o desenvolvimento biopsicossocial do adolescente que ele tenha acesso às informações e aos direitos sexuais e reprodutivos, como também, a espaço de conversação socioeducativos (grupos educação em saúde /unidades de saúde; escolas) sobre as melhores condições para se fazer escolhas mais saudáveis em suas vidas.

O presente estudo colaborará para a prevenção e promoção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, além de garantir a melhoria dos indicadores de saúde do PSF Ana Rosa, dentre eles: captação precoce de gestantes adolescentes, captação de adolescentes para atividades de educação em saúde e planejamento familiar entre outros, permitindo a redução da gravidez na adolescência. Para se atingir tal nível assistencial se faz necessário o desenvolvimento de um trabalho em equipe multiprofissional, reconhecendo na comunidade os possíveis parceiros intersetoriais.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa do conhecimento disponível sobre gravidez na adolescência, a partir da consulta nos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) / BIREME, utilizando-se dos unitermos – enfermagem e gravidez na adolescência; gravidez e adolescência, isolados ou em associação.

A consulta foi realizada no período de 13 de julho de 2011 a 17 de setembro de 2011, considerando os artigos produzidos no biênio 2009 / 2010 ou em anos anteriores, desde que fossem referenciados pelas produções do período de revisão, bem como informações relevantes colhidas de instituições de pesquisa como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento (PNUD), World Health Organization (WHO), e outros.

Foram selecionados 17 artigos sobre a temática e estes reconduziram à leitura de outros 14 artigos referenciados. Após a leitura dos mesmos, estes foram categorizados segundo o assunto e delineados conforme se apresenta no desenvolvimento / discussão deste trabalho. Minayo (2002, p.70) expressa que a “categorização significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso”.

As categorias foram assim elencadas: 1) Menarca e sexarca; 2) Os métodos anticoncepcionais; 3) Diálogo entre pais e filhos X espaço da construção da sexualidade X falta de informação; 4) (Des)preparo de profissionais de saúde; 5) Questões sociais; 6) Complicações da gravidez na adolescência; 7) Estratégia Saúde da Família e 8) Trabalho intersetorial.

A intertextualidade propiciada pela leitura dos artigos permitiu categorizá-los conforme explicitado acima.

Ressalta-se que nenhum artigo foi descartado.

4 DESENVOLVIMENTO

4.1 DESCRIÇÃO DO PSF ANA ROSA

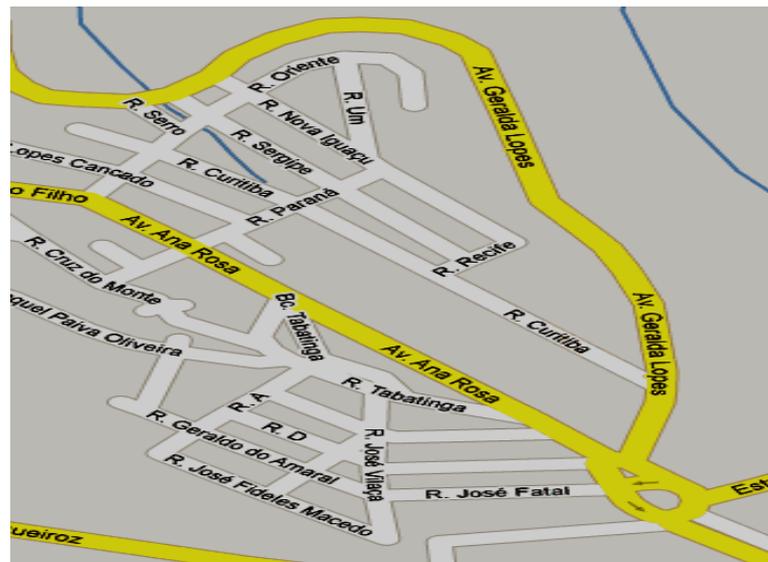
O PSF Ana Rosa foi fundado em cinco de fevereiro de dois mil e um, tendo como sede provisória o Centro de Atenção Integral à Criança (CAIC). Localiza-se na zona urbana do município de Bom Despacho, região Leste, há uma distância de aproximadamente 1,5 km do centro da cidade e a sua área de abrangência compreende os bairros Cruz do Monte, Ana Rosa, Monte Castelo, Tabatinga e os Conjuntos Habitacionais Geraldo Sabiá e Raquel de Queiroz (SEMUSA, 2010a).

A unidade de saúde encontra-se subdividida em sete microáreas, estando mais próxima das microáreas 1, 2 e 3 e distante das demais.

O Bairro Ana Rosa limita-se com os Bairros Jardim dos Anjos, Santa Rita e Centro. As ruas e avenidas limítrofes são: Rua Geraldo Lopes, Rua Serro, Estrada para Passagem (limite com área rural), Avenida Ana Rosa, Rua Tabatinga, Rua Jequitibá, Avenida Pequis, Rua Jerônimo da Cunha, Rua Raquel Paiva, Rua Chico da Afonsina, Rua Flávio Cançado Filho e Praça Antônio Leite.

Na figura abaixo, encontra-se a área de abrangência da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Ana Rosa.

Figura 1 – Área de abrangência do PSF Ana Rosa, no município de Bom Despacho, ano de 2010.



Fonte: <http://maps.google.com.br/>

4.1.1 Aspectos Demográficos e Socioeconômicos

A população total cadastrada no PSF consiste em 3.573 pessoas, subdivididas em 07 microáreas, conforme recomendações do Ministério da Saúde.

Abaixo se encontra a Tabela 1 que expõe a distribuição da população adscrita, segundo a faixa etária e o sexo.

Tabela 1 - População segundo faixa etária e sexo na área de abrangência da equipe de PSF Ana Rosa, no município de Bom Despacho, 2010.

Faixa etária	População	%	Masculino	%	Feminino	%
	Total					
< 1 ano	35	0,97	19	1,09	16	0,87
1 a 4 anos	166	4,64	70	4,01	96	5,24
5 a 6 anos	93	2,60	53	3,04	40	2,18
7 a 9 anos	146	4,08	76	4,36	70	3,82
10 a 14 anos	358	10,01	180	10,33	178	9,72
15 a 19 anos	381	10,66	183	10,50	198	10,81
20 a 39 anos	1.155	32,32	579	33,23	576	31,45
40 a 49 anos	471	13,18	221	12,68	250	13,65
50 a 59 anos	376	10,52	190	10,90	186	10,15
> 60 anos	392	10,97	171	9,81	221	12,06
Total	3.573	100	1.742	49	1.831	51

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB.

De acordo com os dados do SIAB (2010) observa-se uma semelhança na proporção de homens e mulheres nas primeiras idades. À medida que se avança a idade, a proporção de mulheres tende a aumentar. Há predominância de adultos jovens.

As adolescentes representam 20,68% da população feminina e 10,51% (n= 739) da população adscrita. Na faixa etária de 10 a 14 anos há a prevalência de garotos e na faixa etária de 15 a 19 anos existe um leve predomínio de garotas.

Do ponto de vista socioeconômico, observa-se que o número de crianças de 7 a 14 anos na escola corresponde a 448 alunos (88,89 %). Os indivíduos de 15 anos ou mais

alfabetizados são 2.650 pessoas correspondendo a 95,50%. Ressalta-se que é considerável o número de desempregados e subempregados na área de abrangência.

O número de pessoas cadastradas pela equipe que possuem planos de saúde corresponde a 420 (11,75%) e o número de pessoas SUS - dependente é de 2.973 (86,14%), estando acima dos parâmetros de 70 a 80% da população dependente do SUS, respectivamente em Minas Gerais e do Brasil.

4.1.2 Equipe

A equipe ampliada da UAPS Ana Rosa é formada por um médico generalista, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde (ACS), uma auxiliar de serviços gerais e uma equipe de Saúde Bucal, tipo 2 - constituída por um odontólogo, um técnico de higiene bucal (THB) e um auxiliar de consultório dentário (ACD).

A unidade presta atendimento de segunda a sexta-feira, durante 08h / dia, fechando-se por 02 horas para horário de almoço. Os ACS permanecem na unidade de 07h00min às 08h00min e de 16h00min às 17h00min h, sendo este horário destinado a organização de arquivos e atendimento aos usuários que procuram a unidade. O médico da equipe permanece as oito horas diárias na unidade realizando consultas agendadas e de demanda espontânea, visitas domiciliares e grupos educativos e os técnicos de enfermagem revezam entre atendimento na unidade e visita domiciliar.

O trabalho da equipe está dividido entre ações programadas, voltadas à prevenção e atendimentos à demanda espontânea, predominantemente curativa.

As ações programadas da equipe consistem em consultas de pré-natal, puericultura, atendimento ao hipertenso e ao diabético, prevenção de câncer de colo do útero e de mama e realização de grupos operativos. No entanto grande parte do tempo é destinada ao atendimento da demanda espontânea, com grande pressão da população por este tipo de atendimento.

A unidade conta com apoio da equipe de promoção em saúde, constituída por um agente de endemias e um educador físico, que realiza atividades físicas três vezes na semana com os clientes. Tal ação é desenvolvida *in loco*, no próprio ambiente do indivíduo.

4.2 OBSERVAÇÃO REALIZADA SOBRE A PROBLEMÁTICA

Segundo Campos *et al.* (2010) após a identificação de problemas, se faz necessário priorizar aqueles que serão enfrentados, uma vez que dificilmente será possível solucionar vários problemas ao mesmo tempo e nem sempre há recursos suficientes – materiais, financeiros, humanos e outros.

Uma maneira de solucionar problemas é atribuir valor “alto, médio e baixo” para a importância do problema; distribuindo pontos conforme sua urgência; definindo se a resolução do problema se encontra dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe e numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos demais critérios acima (CAMPOS *et al.*, 2010).

A partir dos problemas identificados no Diagnóstico Situacional realizado pela equipe Ana Rosa, elencou-se as prioridades, conforme se vê no Quadro 1 abaixo.

Quadro 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no Diagnóstico Situacional do PSF Ana Rosa.

Problemas prioritários no PSF Ana Rosa				
Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevado índice de gravidez na adolescência	Alta	07	Parcial	01
Dificuldade de adesão dos hipertensos ao tratamento (medicamentoso e não medicamentoso)	Alta	05	Parcial	02
Dificuldade de adesão dos diabéticos ao tratamento (medicamentoso e não medicamentoso)	Alta	05	Parcial	03
Baixo acompanhamento dos hipertensos	Alta	05	Dentro	04
Baixo acompanhamento de diabéticos	Alta	04	Dentro	05

Fonte: Diagnóstico Situacional do PSF Ana Rosa, 2010.

O alto índice de gravidez na adolescência foi elencado como problema de alta importância e grau de urgência, com parcial capacidade de enfrentamento pela equipe. Há que se considerar que o problema ultrapassa o setor saúde, frisando-se a importância do trabalho intersetorial.

A revisão bibliográfica sobre gravidez na adolescência se torna, pois, tema de interesse para o enfrentamento do problema de solução prioritária.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura dos artigos, os mesmos foram agrupados / categorizados, conforme apresentados abaixo.

5.1 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é a fase do desenvolvimento humano que representa a transição da infância para a vida adulta, compreendendo o período dos 10 aos 19 anos. O ECA define a adolescência como a faixa etária compreendida entre os 12 e 18 anos. Caracteriza-se por transformações biológica, psicológica, mental, emocional e social, traduzindo-se em momento da descoberta do próprio corpo, busca do prazer, onde o sujeito busca a sua própria identidade, formação de valores e maior independência em relação aos pais, educadores e demais responsáveis (WHO, 1975; BRASIL, 1990; OTSUKA *et al.*, 2005). Os diferentes atores envolvidos neste processo devem propiciar o desenvolvimento do jovem para a vivência da sexualidade saudável com autonomia.

Os adolescentes assumem uma postura de invencibilidade perante as situações da vida e por vezes assumem riscos e situações danosas à sua saúde. Possuem a idéia pré-concebida de que estão livres das conseqüências provenientes de seus atos (SANTOS *et al.*, 2009)

O pensamento mágico é inerente ao desenvolvimento psicológico e social do adolescente. Corresponde à idéia preconcebida de que nada de ruim poderá acontecer com ele, independente das ações praticadas (QUINTANA, 2009, p.08).

Dentro desse contexto, pode-se citar a gravidez na adolescência, onde os jovens acreditam que “nunca irão acontecer com eles”, tendo que se adaptar às novas situações, com o corpo ainda em transformação, transpondo várias fases do desenvolvimento, implicando em sérios problemas (OTSUKA *et al.*, 2005).

No Brasil, a gravidez na adolescência representa um sério problema de saúde pública, com repercussões físicas, psicológicas, econômica, afetiva, familiares e sociais (DIAS *et al.*, 2010).

Goldenberg *et al.* (2005) complementa dizendo que a gravidez na adolescência representa um agravante no complexo quadro existencial, comprometendo o futuro profissional, o retorno à vida escolar e limitando as oportunidades de emprego.

Estudo de Santos *et al.* (2009) demonstra que 96,98% das adolescentes grávidas abandonaram os estudos. As justificativas foram: não ter quem cuide do filho para que a

adolescente possa estudar (29,04%); mal estar gerado durante a gestação (19,35%); falta de interesse na continuidade dos estudos (19,35%). A vergonha de ir à escola e o pensamento de que o nível médio fosse o suficiente foram mencionados por 9,69% dos adolescentes.

Souza; Gomes (2009) elucidam que a precocidade de uniões conjugais devido à gravidez na adolescência contribui para a perpetuação da pobreza da mãe e da criança. A adolescente assume o papel de mãe e dona de casa, abandonando os estudos e a possibilidade de ascensão profissional, mantendo um ciclo de má instrução e pobreza entre mãe e prole. Ressalta-se que a baixa escolaridade interfere na educação formativa e conseqüentemente na educação sexual da criança.

Spindola; Silva (2009) complementa que gestação precoce prejudica a continuidade dos estudos, ocasionando atraso da vida escolar. Os gastos relacionados à maternidade e constituição da família impedem a escolarização, afetando a inserção no mercado de trabalho e conseqüente ascensão econômica. Tal processo mantém mãe e filhos na condição de pobreza e marginalização social.

5.2 RISCOS E VULNERABILIDADES PARA A GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

A gestação na adolescência representa um problema de saúde pública, exigindo dos profissionais de saúde e outros setores envolvidos, um novo olhar sobre o adolescente, os riscos aos quais estão sujeitos e suas vulnerabilidades. Dentro deste contexto têm sido citados como “causas” da gravidez na adolescência: a menarca e iniciação sexual precoce; o mau uso dos métodos contraceptivos; falta de diálogo entre pais e filhos sobre sexualidade; despreparo de alguns profissionais de saúde, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e questões sociais.

5.2.1 Menarca e sexarca

Segundo Vieira *et al.*; Dias *et al.* (2010) a gravidez na adolescência decorre da necessidade do adolescente experimentar novidades, tendo relações sexuais cada vez mais precoce.

A média da menarca vem apresentando tendência de queda histórica, diminuindo cerca de quatro meses a cada década. Na década de 30, a média de ocorrência da menarca encontrava-se por volta de 13,6 anos; na década de 40 era de 13,4; na década de 60 era de 12,8 e na década de 80 era de 12,6 anos. Atualmente o início da menarca encontra-se entre 11 e 12 anos (BERLOFI *et al.*, 2006).

Segundo Marinho *et al.* (2009) a sexarca tem ocorrido cada vez mais precoce. As garotas tendem a ter a iniciação sexual em relações mais estáveis, motivadas pelo amor e afetividade, ocorrendo aproximadamente aos 18 anos ou mais (44,6% dos casos) e os rapazes iniciam a vida sexual em média aos 16,2 anos, motivados pelo desejo sexual em si e mais da metade deles tem a primeira relação sexual em relacionamento casual. Apenas 4,2% reportaram às profissionais do sexo.

O autor reforça que a iniciação sexual não se trata de uma iniciativa individual e autônoma: os rapazes se sentem mais pressionados pelo grupo e amigos a deixarem de ser virgens, mais que as meninas. Estas relatam sofrer maior pressão por parte do parceiro, mas em ambos os sexos torna-se notório a influência do grupo sobre o adolescente e a manutenção de papéis sociais, conforme o gênero. Ressalta-se a diferença de comportamento sexual entre os sexos.

Alves; Brandão (2009) complementam que os jovens começam a adquirir autonomia cada vez mais cedo, sendo a esfera da sexualidade um domínio privilegiado para esse aprendizado, embora os adolescentes permaneçam dependentes de pais e familiares devido ao alongamento do processo de escolarização e à dificuldade de acesso ao mercado de trabalho.

5.2.2 Os métodos anticoncepcionais

Gurgel *et al.*; Dias *et al.* (2010) ratificam que os adolescentes têm conhecimento sobre os métodos contraceptivos, mas acabam não o utilizando de forma sistemática e rotineira, expondo-se à gravidez.

A pesquisa realizada por Dias *et al* (2010) demonstra que

a camisinha é o meio mais conhecido, apesar de utilizada erroneamente e de modo irregular: (...) Uma vez eu tava com uma garota e aí tivemos relação com camisinha, só que depois deu vontade de novo e aí eu lavei a camisinha e usei novamente (DIAS, 2010, p 458).

Acrescenta-se que os jovens relatam que o uso do preservativo interfere no prazer sexual, mantendo os tabus e mitos sociais. Além disso, os sujeitos enfatizam que com o namoro aumenta a confiança no parceiro e a camisinha se torna dispensável. O autor salienta também o baixo poder de negociação da parceira, submetendo-se à vontade masculina: “A menina, às vezes, tem vergonha de falar de camisinha com o homem, e acaba sempre fazendo o que o cara quer só para não perdê-lo (p.459).”

Alves; Brandão (2009); Marinho *et al.* (2010) complementam que a prevalência de uso dos métodos contraceptivos na iniciação sexual tem aumentado com o passar dos anos, variando-se nos relacionamentos estáveis e casuais. Neste o rapaz acaba utilizando o preservativo por julgar não conhecer a garota. Naquele relacionamento o casal estabelece o relacionamento baseado na “confiança” de que o parceiro é saudável e não é promíscuo, dispensando o uso do preservativo.

Analisando-se o uso de métodos contraceptivos ou seu esquecimento entre mulheres que se engravidaram inadvertidamente, Alves; Brandão (2009, p. 662) apud Bajos *et al.* (2002)

Tais injunções só podem ser compreendidas como “momentos de vulnerabilidade” em um contexto social e relacional específico. Tais situações podem ser determinadas pela frágil internalização das normas contraceptivas; dificuldade de negociação entre gêneros, em relação da vulnerabilidade à dominação masculina; relação médico paciente que condiciona a prescrição e uso do método; compatibilidade do método indicado com o contexto da vida afetiva-sexual feminina; representações sobre sexualidade (sexo como algo espontâneo, lógica emocional feminina, primado do prazer masculino); ambivalência do desejo de ter filhos.

Outro estudo tem demonstrado que quanto melhor a renda per capita e nível de escolaridade, maior tem sido o uso de métodos contraceptivos na iniciação sexual, sendo visível a prevalência do uso dos contraceptivos em filhos de mães com nível médio ou superior incompleto e que dialogam com suas parceiras. Para quem informou renda acima de três salários mínimos, o uso do método foi duas vezes maior que aqueles de menor renda (LONGO, 2002; TEIXEIRA *et al.*, 2006; MARINHO *et al.*, 2010).

Longo (2002) em seu estudo com 1715 mulheres entre 15 e 24 anos, de classes distintas, iniciadas sexualmente, que nunca engravidaram ou tinham este desejo, foram encontradas as seguintes associações: quanto mais velha a mulher ter iniciado sua vida sexual maior é a chance de usar os métodos; mulheres com maior escolaridade têm menor chance de engravidar; as que não usaram contracepção na primeira relação têm duas vezes mais chances de engravidar; ter tido um filho aumenta em 70% as chances de ter utilizado algum método na última relação; mulheres com parceiros fixos possuem mais de seis vezes de chance de utilizar métodos contraceptivos, contrapondo-se aos estudos de Alves; Brandão (2009) e Marinho (2010) nesta última associação.

A autora permite inferir que o êxito na vida sexual se delinea com o comportamento sexual apropriado na primeira relação, sendo a educação em saúde de extrema importância para a vivência da sexualidade, gerando esclarecimentos e conscientização antes mesmo da iniciação sexual.

Veira *et al.* (2010) acrescenta que as informações nem sempre são suficientes, necessitando de atividades de promoção em saúde e conscientização para o exercício da sexualidade saudável. Gurgel *et al.* (2008) complementa afirmando que é preciso garantir

mais do que o acesso aos métodos contraceptivos masculinos e femininos. Faz-se necessário a garantia de espaços onde os adolescentes possam falar de si mesmos, trocar experiências e receber informações pertinentes para hábitos saudáveis de vida.

Santos *et al.* (2009) ratificam que é pertinente atingir o indivíduo em nível psicológico e emocional, não se limitando a transmissão de conhecimentos em nível biológico. Tal ação envolve sentimento, cumplicidade, observação, escuta apurada, apoio e diálogo. Informação, diálogo, vivência e convivência são imprescindíveis.

5.2.3 Diálogo entre pais e filhos x espaço de construção da sexualidade x fontes de informação

Os pais, em geral, não dialogam com os filhos sobre sexualidade, têm vergonha de abordarem o tema ou simplesmente ignoram o assunto, o que contribui para gerar jovens maus instruídos, que iniciam sua vida sexual com pouca ou nenhuma informação / conhecimento do próprio corpo e das conseqüências de uma gravidez. Observa-se que quanto menor a escolaridade dos pais, maior é o risco da gravidez na adolescência (AMORIM *et al.* , 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Os pais precisam se adaptar frente às mudanças sociais no âmbito da família, relações intergeracionais e de gênero, além da menor influência religiosa sobre a sexualidade. Os jovens têm exercitado a sexualidade sem a necessidade de relação conjugal estruturada. Novos comportamentos e valores sexuais convivem com antigas prescrições de gênero (ALVES; BRANDÃO, 2009).

Estas mudanças no comportamento são lentas, graduais e cristalizadas, permeadas por obstáculos e constrangimentos – condenação moral, vergonha, dificuldade de diálogo com os pais. Percebe-se que o diálogo com a mãe é mais comum entre as meninas e menos freqüente entre os meninos, mas a maioria das informações sobre sexualidade é fornecida pelas revistas, TV e amigos (ALVES; BRANDÃO, 2009).

De acordo com o estudo transversal de Marinho *et al.* (2010) a análise das fontes de informação sobre iniciação sexual e meios contraceptivos foram elencados da seguinte percentual: as mães foram citadas por 72% das garotas e 71,9% dos garotos; o pai foi citado por 79,6% das garotas e 73,8% dos garotos; o professor / escola foi citado pelas garotas (74,9%) e pelos garotos (62,9%). O que mais chamou a atenção foi o relato das garotas – 83,5% delas recebem informações através de revistas femininas. Ressalta-se que profissionais e serviços de saúde não foram citados de forma expressiva, sendo inclusive desconsiderados da amostra.

Torna-se relevante comentar quão expressivo foi o percentual de meninas que foram orientadas pela figura paterna. Salienta-se também como os professores / escola pouco têm conseguido informar os garotos, quando comparados com as garotas. Preocupante é perceber quão pouco expressivo foi a participação dos profissionais de saúde na amostra apresentada.

As revistas femininas preenchem lacunas da falta de comunicação dos pais com os filhos. O material educativo muitas vezes considera apenas os aspectos biológicos e científicos, esquecendo-se dos aspectos subjetivos e relacionais. Pouco se sabe da qualidade e frequência com que pais e filhos dialogam sobre o assunto e questiona-se até que ponto o jovem consegue problematizar suas questões e as tê-las respondidas.

Ademais, ressalta-se que a educação sexual dos filhos é permeada pelo gênero: o pai estimula o filho a iniciar sua vida sexual como afirmação de identidade e virilidade. Às filhas, reprime-se a feminilidade, posterga-se a primeira relação e reforça a importância da virgindade e do envolvimento emocional (MARINHO *et al.*, 2010 apud CASTRO *et al.* 2004 e STERN C; MEDINA G, 2000).

5.2.4 (Des)preparo dos profissionais de saúde

Dentro do contexto educativo, os profissionais de saúde muitas vezes não são preparados para o exercício desta atividade: há preconceito profissional em relação ao exercício da sexualidade na adolescência – existem profissionais que julgam o comportamento do adolescente e acreditam que fornecer métodos contraceptivos é incentivar o sexo; há um distanciamento que dificulta a difusão, troca de conhecimentos e uma relação pautada pelo diálogo e acolhimento. Nota-se, pois, a necessidade de sensibilização e capacitação dos profissionais (ALVES; BRANDÃO, 2009).

Nota-se que tal situação mantém os jovens distantes dos serviços de saúde. Sua frequência às unidades de saúde é mínima ou nula, buscando os serviços apenas na vigência de alguma infecção sexualmente transmissível. Quando não, a adolescente prefere buscar outra unidade de saúde da cidade, com o receio de ser exposta na sua própria comunidade.

O estudo de Spindola; Silva (2009) detectou que 70,5% das gestantes adolescentes começaram o pré-natal tardiamente, reafirmando a distante relação do adolescente com os serviços de saúde. Percebe-se a necessidade de instituição de políticas públicas de atendimento voltadas para os adolescentes como: melhoria do acesso aos serviços e busca ativa de adolescentes para consultas ginecológicas. Tem sido percebido que as adolescentes que engravidaram não haviam realizado consultas ginecológicas anteriores, faltando orientações às mesmas (ALVES; BRANDÃO, 2009; AMORIM *et al.*, 2009).

Conforme visto nos estudo acima, trabalhar com adolescentes exige o desenvolvimento de habilidades em saúde sexual e reprodutiva representando um grande desafio para o enfermeiro, exigindo do profissional um processo de crescimento e aquisição de novas competências, habilidades e atitudes perante o público jovem. Cabe aos centros universitários a incumbência de formar profissionais de saúde aptos para a abordagem do processo saúde-doença, enfocando os assuntos sobre sexualidade e reprodução humana a partir da visão integral do indivíduo (VIEIRA *et al*, 2010; GURGEL *et al.*, 2010).

Mediante tal situação, espera-se que o enfermeiro desenvolva a capacidade de interagir com os adolescentes, criando um vínculo terapêutico que vise aproximá-los dos serviços de saúde, através de grupos de discussão que os envolvam de forma dinâmica, construtiva e baseada em troca de informações. Para tanto se faz necessário facilitar o acesso dos jovens aos serviços de saúde, utilizando-se da capacidade de atendê-los, garantindo-lhes saúde, acesso às informações de forma resolutiva, assistência à saúde valorizando sempre a promoção em saúde, utilizando-se do acolhimento e da ética (DIAS, *et al.*, 2010; GURGEL *et al.*, 2010).

5.2.5 Questões sociais

Por fim, salienta-se que a gravidez na adolescência ocorre inserida dentro de um contexto sociocultural diverso, havendo diferentes formas de enfrentamento do problema.

A gravidez na adolescência afeta às pessoas de diferentes níveis sociais, mas observa-se que as conseqüências e riscos são mais negativos entre os economicamente menos favorecidos.

Ressaltam-se as diferentes maneiras como as famílias, de diferentes níveis sociais, abordam o problema. Há autores que reforçam que a gestação na adolescência nem sempre representa riscos maiores do que a gravidez na mulher madura; que muitas vezes a gestação na adolescente é algo almejado e bem aceito pelos familiares. O desejo de ser mãe pode ser traduzido como o desejo de se tornar mulher perante a sociedade. Mães adolescentes pesquisadas que planejaram a gravidez, relatam que seus sonhos não terminaram com nascimento do bebê, mas que estes melhoram as suas vidas e elas desejam o melhor aos seus filhos (ANDRADE; RIBEIRO; OHARA, 2009; GURGEL *et al.*, 2010; HOGA, BORGES, REBERT, 2010; SOUZA *et al.*, 2010).

Mas esta não é a realidade da maioria das famílias. O estudo qualitativo de Hoga, Borges; Rebert (2010) teve por objetivo descrever as razões da gravidez na adolescência e o impacto da mesma sobre a família. Segundo os autores, a adolescente acredita que o desejo de ser mãe, gera a possibilidade de sair de casa, constituir sua própria família, conquistando sua liberdade e autonomia. Isto em geral encontra-se associado a problemas

peçoais, familiares e socioeconômicos e à baixa escolaridade. Nota-se que quanto menor o nível de escolaridade, maior será as chances da garota engravidar.

Andrade; Ohara (2009) em sua pesquisa qualitativa com oito mães adolescentes expressam que

Um dos aspectos evidenciados é o fato de que a adolescente, ao engravidar, pode estar realizando um sonho, decisão que contempla não apenas um ato biológico reprodutivo, mas, um processo social envolvendo interações familiares, seu companheiro e, ainda, a vontade vir a ser mãe e ingressar no mundo adulto que a faz ser reconhecida, além de reforçar sua condição feminina de ser mulher e mãe (p. 666).

Tal estudo contraria vários estudos que associam a gravidez na adolescência como algo negativo, mas há que se ressaltar que este sonho é dependente do estrato social e nível de escolaridade dos envolvidos. A família possui papel fundamental para que a mãe adolescente concretize seus sonhos, proporcionando a mãe adolescente momentos de descanso, tranqüilidade e favorecendo as oportunidades de continuidade dos projetos de vida - estudos, trabalho, momentos com os amigos (ANDRADE; OHARA, 2009).

Brasil (2006) através da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde – PNDS ratifica Hoga; Borges; Rebert (2010) e Andrade; Ohara (2009) no quesito escolaridade. O PNDS demonstrou uma relação inversa entre nível de escolaridade e a ocorrência da gravidez na adolescência. Entre as adolescentes não letradas houve ocorrência de 40,7% de gravidezes contra praticamente zero entre as jovens que possuíam 12 anos ou mais de estudo.

Spindola; Silva (2009) no estudo descritivo, exploratório, baseado na análise documental, em abordagem quantitativa, chegou às seguintes evidências: 78 gestantes (68,7%) tinham idade entre 15-17 anos e ensino fundamental completo; 25 (22,3%), o ensino médio completo, idades entre 15-19 anos. Ou seja, o estudo comprova que a maioria das gestantes adolescentes tinha baixa escolaridade, vindo de encontro aos resultados encontrados em outros estudos. Além disso, nota-se uma evasão escolar após a prenhez na adolescência, contribuindo para a perpetuação do ciclo da pobreza.

Há que se ressaltar que o PSF Ana Rosa possui 88,89% dos indivíduos de 7 a 14 anos freqüentando a escola e que 95,5% da população é alfabetizada. Há também considerável número de desempregados e subempregados no território de abrangência. Tal conjuntura reforça a necessidade de aumentar a freqüência escolar das crianças e adolescentes com acesso ao ensino de qualidade, reduzindo-se os bolsões de miséria perante aos subempregados e desempregados.

Amorim *et al.* (2009) acrescenta que a idade da primeira gravidez da mãe da adolescente é um fator de risco para a gravidez na filha adolescente. Além disso, o estudo do autor demonstra que a dificuldade de acesso às consultas ginecológicas, antes mesmo da iniciação sexual, representa um fator de risco para a gravidez na adolescência.

O uso de drogas lícitas e ilícitas também é uma questão social que corrobora para a gravidez indesejada. Bertoni *et al.* (2009), em seu estudo “Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais” demonstra que o uso de drogas lícitas e ilícitas representa fator de risco para a gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis. Rapazes que utilizaram drogas ilícitas disseram usar preservativo em todas as relações, correspondendo a 55,7% contra 65,4% que relataram nunca ter usado drogas. Os rapazes, usuários de drogas, com relacionamentos fixos que utilizaram o preservativo representaram 42,7% contra 64,1% (não usuários de drogas).

O autor afirma também que o uso de preservativo entre as meninas apresentou menor proporção do que entre os rapazes e isso ocorreu independentemente do tipo de parceria e uso ou desuso de drogas. Tal fato está correlacionado com o gênero, onde a sociedade impõe que a mulher tem que aceitar a imposição do homem, além de ser pouco usual o poder de negociação entre os gêneros.

5.3 COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Pode-se citar que a gravidez na adolescência pode resultar em sérios problemas físicos associados a pouca idade como complicações obstétricas, problemas decorrentes da falta de pré-natais, complicações no trabalho de parto; anemias, devido a mau hábitos alimentares; hemorragias, desproporção cefalopélvica, baixo ganho de peso materno, pré-eclâmpsia, etc., prematuridade, baixo peso ao nascer e Apgar baixo no quinto minuto – Apgar < 7. (GOLDENBERG, 2005; OTSUKA *et al.*, 2005; QUINTANA, 2002).

Vieira *et al* (2010), em seu estudo qualitativo demonstra que o abortamento é uma grave consequência de uma gravidez não desejada. A falta de conhecimento do próprio corpo, o uso irregular de métodos contraceptivos e a falta de informação antes da iniciação sexual são corroboradores do aborto.

As adolescentes experienciam diferentes sentimentos: algumas rejeitaram a gravidez, mesmo após o abortamento. Outras arrenpederam-se por não terem tomado as medidas necessárias, mas tomaram consciência de sua vida sexual ativa. Houve adolescentes que expressaram a necessidade de mudança de comportamento, prevenindo novo processo de gravidez-abortamento, percebendo que a nova gestação deveria ocorrer em condições favoráveis: financeira, de saúde, moradia, de proteção, apoio afetivo e emocional (VIEIRA *et al.*, 2010).

A pesquisa dos autores supracitados permite inferir sobre a carga emocional sobre a qual a adolescente se vê envolvido. O processo é permeado por sentimentos de choque, dúvida, ansiedade, medo, negação, isolamento, culpa, desamparo, rejeição, felicidade,

conforto e aceitação. Além disso, a experiência obriga a mulher a “pular” várias etapas de seu desenvolvimento, tendo que criar uma nova identidade em meio a imaturidade da idade.

SPINDOLA; SILVA (2009) considera que o aborto é uma das causas da morte materna. O emprego incorreto ou não utilização dos métodos contraceptivos contribuem para a gravidez indesejada que levam muitas mulheres à prática do aborto. Este implica em sérias complicações como hemorragias, infecções e perfuração uterina.

Souza *et al.* (2010) apresenta outra grave complicação da gravidez não planejada: a morte materna. Segundo a OMS (2004), estimou-se no ano de 2000 a ocorrência de 529000 mortes maternas no mundo, correspondendo a uma morte materna por minuto. No Brasil, em 2000, estimou-se a ocorrência de 8700 mortes maternas.

O estudo demonstra a ineficiência dos serviços de saúde na assistência às adolescentes. As mortes estão relacionadas a complicações obstétricas da gestação, parto e puerpério, facilmente detectadas quando assistidas. Cerca de 90% das mortes são evitáveis com medidas simples como: detecção precoce da gravidez, busca ativa das gestantes adolescentes, inserção precoce na assistência pré-natal diferenciada, prevenção das complicações entre outras (SOUZA *et al.*, 2010).

A gravidez também limita o exercício de atividades laborativas e educacionais; provoca alterações psicológicas com a mudança de papéis dentro da família e sociedade, nas situações de abortamento entre outros (DIAS *et al.*, 2010).

Hoga; Borges; Rebert (2010) em seu estudo, intitulado Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativas dos membros da família - faz uma abordagem qualitativa a partir de pessoas e familiares que vivenciaram a gravidez na adolescência demonstrando que a gestação na adolescente provocou impacto na dinâmica familiar, dependentes das crenças e valores prevalentes em cada família.

Para alguns a criança promoveu mais paz e união na família; para outros, a criança gerou situação de adaptações financeiras, local de moradia e de trabalho; a elevação do orçamento doméstico demandou aumento da renda familiar ou adequação dos hábitos de consumo em razão da elevação de gastos com a criança; o papel materno trouxe grandes mudanças nas atividades diárias, trabalho e estudos; a maternidade trouxe um amadurecimento rápido e precoce (HOGA; BORGES; REBERT, 2010).

5.4 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O PSF, estratégia de reorganização da Atenção Primária à Saúde, deve trabalhar com atividades de prevenção, promoção, reabilitação e cura dos indivíduos inseridos na comunidade, família e sociedade. Possui como um de seus atributos a longitudinalidade, a vivência da intersetorialidade e interdisciplinaridade. Prevenir a gravidez na adolescência é,

portanto, uma árdua competência da equipe de saúde, exigindo conhecimentos e habilidades dos membros da equipe.

Trabalhar as habilidades em saúde sexual e reprodutiva do adolescente com o foco na promoção da saúde representa um grande desafio para o enfermeiro. (GURGEL *et al.*, 2010).

Dentro dessa conjuntura espera-se que o enfermeiro desenvolva atitudes e habilidades favoráveis à promoção à saúde do adolescente, individualmente nas consultas de enfermagem ou nos grupos operativos. Atender a este público implica garantir-lhes saúde, acesso às informações de forma acolhedora, ética, resolutiva e valorizando sempre a promoção em saúde.

Dentre as inúmeras habilidades e competências do enfermeiro espera-se que o profissional tenha o seu trabalho pautado pelo Acolhimento e Ética.

Gurgel *et al.* (2010) conceitua

acolhimento como um processo de trabalho na saúde, presente em todas as relações, desde a entrada até a saída do usuário, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, adotando uma atitude capaz de acolher, escutar e dar resposta mais adequada aos usuários (p.86).

A escuta qualificada, ética, sigilo e confidencialidade são requisitos fundamentais para uma relação acolhedora, pautada na privacidade, respeito, estreitamento de vínculos, fortalecendo a autonomia do adolescente e possibilitando o desenvolvimento de uma vida sexual segura, norteada nos direitos sexuais e reprodutivos.

O acolhimento favorece a interação entre enfermeiros-adolescentes, propiciando a redução das vulnerabilidades às quais este público está sujeito. Atrair adolescentes implica, pois, em ofertar serviços sem barreiras, com flexibilidade de horário e atendimento das necessidades do público-alvo.

Porém, acolher por si só não é suficiente. O enfermeiro deve pautar suas ações em atendimentos (individuais ou grupais) focados na ética.

De acordo com o Código de Ética de Enfermagem a profissão deve ser comprometida com a saúde do indivíduo e da coletividade, atuando na promoção, proteção, prevenção e reabilitação da saúde das pessoas, a partir de preceitos éticos legais (Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, 2007).

O atendimento ao público adolescente tem a garantia dos direitos de sigilo e confidencialidade, podendo estes direitos serem interrompidos apenas nos casos em que houver risco de vida para si ou terceiros, cabendo ao enfermeiro encorajar o adolescente a envolver a família nas suas questões de saúde.

O enfermeiro deve também orientar aos familiares e responsáveis sobre as limitações éticas da profissão, pois, o grande desafio atual é propiciar aos adolescentes o acesso aos serviços de saúde que lhes ofereça assistência integral, mesmo antes da

iniciação sexual, garantindo-lhe confiabilidade e privacidade (VIEIRA *et al.*, 2010; GURGEL *et al.*, 2010).

O ECA prevê expressamente que a condição da pessoa em desenvolvimento não retira do adolescente o direito de inviolabilidade da integridade física, moral e psíquica, abrangendo a identidade, a autonomia, os valores e as idéias, o direito de opinião e expressão, de buscar por refúgio, auxílio e orientação (BRASIL, 1990).

Além disso, se faz necessário estabelecer ambientes favoráveis à saúde e que extrapolem o campo físico e valorizem a interação do profissional-adolescente, meio social e as subjetividades do sujeito. “Assim, a promoção em saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, requerendo, pois, ações intersetoriais” (GURGEL *et al.*, 2010).

5.5 TRABALHO INTERSETORIAL

A gravidez na adolescência representa um sério problema de saúde que não deve ser tratado apenas pelo setor saúde, mas pelas diferentes atores sociais. O exercício da sexualidade saudável deve ser uma responsabilidade conjunta – indivíduo, família, profissionais de saúde e educadores (VIEIRA *et al.*, 2010; GURGEL *et al.*, 2010).

GURGEL *et al.*, 2010 afirmam que a intersetorialidade na promoção da saúde do adolescente representa um grande desafio e deve ser pautada no respeito, na solidariedade, responsabilidade, compromisso e ajuda mútua dos diferentes indivíduos envolvidos neste processo.

Espera-se que as ações intersetoriais possam proporcionar aos adolescentes atendimento com profissionais capacitados e diferenciados, dispendo de agenda mais flexível, com tempo para esclarecimento e solução de dúvidas, reduzindo anseios e medos comuns nesta idade.

Os profissionais de saúde e educação devem se unir no sentido de garantir os direitos à vida, à dignidade humana, direito à saúde, à informação, acesso aos serviços de saúde, identificando os grupos de risco e vulnerabilidades sobre as quais os adolescentes encontram-se sujeitos. A escola é, pois, o ambiente nato do adolescente.

A escola é o ambiente favorável para a prática de educação em saúde com adolescentes e a parceria entre a escola e profissionais de saúde, notadamente o enfermeiro, pode contribuir para o empoderamento desses indivíduos na realização de medidas preventivas e, conseqüentemente, na efetivação de ações que possibilitem a redução de vulnerabilidade desses adolescentes às DST e gravidez não planejada (Dias et al, 2010, p. 460)

Deve-se priorizar a formação de grupos que valorizem o autocuidado e o sexo seguro, através de abordagem interdisciplinar, protocolos de atendimentos, captação de

adolescentes masculinos e promovendo a intersetorialidade. A associação de educação em saúde com atividades esportivas é uma estratégia para se atingir o público jovem, através do estabelecimento de parcerias com a comunidade, escola, grupo de jovens, associação de moradores, entidades entre outros (Gurgel *et al.*, 2010).

Trabalhar em grupo exigirá do profissional um olhar diferenciado para o adolescente; a capacidade de acolher as demandas dos adolescentes, acolhê-los e envolvê-los num espaço dinâmico, lúdico, possibilitando a troca de conhecimentos, não bastando apenas informar, ou seja, utilizar o ensino diretivo, coercitivo e com imposição de autoridade não é resolutivo. É preciso conscientizar o adolescente sobre os riscos aos quais estão expostos e de como evitá-los. É preciso gerar participação reflexiva e fazer o adolescente entender a importância de uma vida sexual com responsabilidade (SOUZA; GOMES, 2009; DIAS *et al.*, 2010; GURGEL *et al.*, 2010).

*As ações de educação em saúde devem ser instigantes, criativas, motivadoras e inovadoras, capazes de estimular o adolescente a participar do processo educativo. Devem contar com todas as opções de e recursos disponíveis na comunidade (...) quando as suas potencialidades [dos adolescentes – grifo meu] são estimuladas, há um fortalecimento da auto-estima, da assertividade e da construção do projeto de vida, possibilitando escolhas e decisões de forma consciente (Gurgel *et al.*, 2010, p. 644-645).*

O grupo também cumpre com o papel de socializar as dificuldades dos adolescentes, auxiliando-os em suas dificuldades, prestando apoio e segurança aos jovens, além de permitir a troca de experiências (Gurgel *et al.*, 2010).

Com o intuito de se reduzir a gravidez na adolescência os profissionais de saúde devem atuar através de ações de educação em saúde, promovendo o conhecimento sobre as mudanças físicas, psicológicas e sociais do adolescente; gerando conhecimento sobre planejamento familiar, garantido acesso aos serviços de saúde, fornecimento regular de métodos contraceptivos e promovendo a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST). Tais atividades devem ser executadas *in loco*, em espaços comuns, onde os adolescentes se reúnem naturalmente com ênfase ao espaço escolar (BRASIL, 1996; MINAS GERAIS, 2007).

O enfermeiro cumpre com o papel de ser o integrador entre família, adolescente e escola através de suas ações interdisciplinares, despertando no adolescente o interesse pelo tema, desenvolvimento de habilidades e atitudes que sejam protetoras à sexualidade segura e saudável.

Ressalta-se que é crucial que os profissionais de saúde estreitem laço com a família, adolescente e contexto social, estabelecendo relação entre as partes (Hoga; Borges; Reberte, 2010). É imprescindível que a família seja a fonte de informação sobre sexualidade. É preciso estimular pais e familiares a dialogarem sobre sexo com seus adolescentes, quebrando tabus, desmistificações e juízos de valor.

Diante do exposto, evidencia-se a gravidade do problema e necessidade de implementação de ações planejadas de educação em saúde voltadas para os adolescentes.

6 PROPOSTAS / PLANO DE AÇÕES

A partir da revisão bibliográfica sobre o assunto, tornou-se possível perceber os fatores de riscos e vulnerabilidades para a gravidez na adolescência no território do PSF Ana Rosa.

As evidências científicas corroboraram para o (re)conhecimento crítico da realidade local, ratificando a propositura de ações pontuais, segundo as características peculiares da área de abrangência, conforme se vê no Plano de Ação do PSF Ana Rosa.

Este plano foi elaborado, como atividade de aproveitamento do módulo de Planejamento de Saúde. Esta revisão de literatura, posterior ao Plano de Ação, corroborou para a fundamentação científica das ações de saúde propostas, aproximando a ciência à sua prática.

O presente estudo favorecerá as mudanças necessárias para propiciar o acesso dos adolescentes aos serviços de saúde, garantindo-lhes seus direitos, com embasamentos éticos e legais.

Dentre as novas propostas de trabalho pode-se citar:

- capacitação de toda a equipe para o acolhimento dos adolescentes. Acolhimento no seu sentido amplo e não como uma mera triagem!
- unidade porta aberta para os adolescentes, com toda a equipe capacitada para acolher as demandas deste público-alvo, valorizando sempre a promoção em saúde do indivíduo, inserido na família, escola e comunidade;
- desenvolvimento de atividades educativas voltadas para pais, professores e adolescentes das escolas adscritas à área;
- manutenção / garantia de atendimento confidencial, sigiloso e ético aos adolescentes;
- (Re)conhecimento de parcerias e fortalecimento das mesmas;
- formação de uma rede assistencial local e municipal voltada para os adolescentes.

O Plano de Ação, na íntegra, encontra-se a seguir.

6.1 PLANO DE AÇÃO DO PSF ANA ROSA

6.1.1 Principais problemas identificados e possíveis soluções

- Localização distante do centro do bairro (dificuldade de acesso):
Construção de uma nova unidade nos parâmetros solicitados pelo MS, em região mais centralizada.
- Falta de segurança pública principalmente durante o período da noite.

Como já presenciado em visitas ao bairro nota-se um grande número de pessoas ingerindo bebida em plena rua, possíveis pontos de prostituição, depredação do bem público.

- Aumentar o policiamento principalmente durante o período da noite no bairro:
- Baixo acompanhamento dos hipertensos e visitas domiciliares:

Mostrar a importância do acompanhamento dos pacientes hipertensos, seus benefícios. Melhorar a cobertura de visitas domiciliares com motivação, buscando resolver problemas que possam vir a surgir.

- Lombalgias e dores articulares:

Realização de grupos de alongamento e correção postural em parceria com a fisioterapia;

Reunião com a comunidade (pais, adolescentes e outros interessados) abordando o problema;

Ações em parceria com o Ministério Público e Conselho Tutelar;

- Uso abusivo de substâncias lícitas e ilícitas (drogas e álcool):

Realização de palestras educativas na comunidade;

Envolvimento do AA (Alcoólicos anônimos), Polícia Militar e escolas;

Realização de campanhas educativas;

Implantação no município do CAPSad;

Capacitação da equipe de PSF para abordagem do problema;

- Dificuldade em adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento (medicamentoso e não medicamentoso):

Realização de orientações individuais;

Priorização de consultas e atividades direcionadas a esses grupos;

Ampliação dos grupos de reeducação alimentar e de atividade física;

Implantação do NASF no município para ampliar as ações de promoção e prevenção a saúde, direcionadas principalmente aos hipertensos, diabéticos e grupos de risco;

Acompanhamento domiciliar pelo ACS e demais profissionais de saúde;

Estruturação dos grupos operativos;

- Ausência de trabalho em rede:

Implantação do prontuário eletrônico;

Informatização das unidades de saúde;

Realização de reuniões periódicas entre os diversos setores;

Sensibilização dos profissionais quanto à importância do trabalho em rede;

- Dificuldade de referência para algumas especialidades (alta demanda e pouca oferta):

Criação de uma central de marcação de consultas especializadas;

Contratação de profissionais;

Avaliação periódica da demanda reprimida;

Reformulação do Plano operativo das especialidades;

Implantação de protocolos assistências e organizacionais;

- Dificuldade em realizar exames de imagem:

Aumento da oferta de exames;

Implantação de protocolos;

Investimentos no setor de avaliação e regulação;

- Não adesão de parte das mulheres ao preventivo de câncer de colo do útero (preconceito e realização do procedimento por profissional masculino):

Realização de campanhas educativas na unidade e na mídia municipal;

Parceria com o Centro de Saúde da Mulher;

- Ausência de processo de educação permanente para os ACS:

Implantação do processo de educação permanente semanal na unidade de saúde;

- Elevado índice de gravidez na adolescência:

Atividades educativas sobre Afetividade e Sexualidade nas escolas;

Planejamento familiar para o público adolescente;

Parcerias intersetoriais.

6.1.2 Classificação de prioridades para os problemas identificados no Diagnóstico Situacional do PSF Ana Rosa

A partir dos problemas identificados no Diagnóstico Situacional junto com a equipe, os problemas foram identificados por ordem de prioridades, conforme se vê no Quadro abaixo.

Quadro 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no Diagnóstico Situacional do PSF Ana Rosa, Bom Despacho / MG.

Problemas prioritários no PSF Ana Rosa				
Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevado índice de gravidez na adolescência	Alta	07	Parcial	01
Dificuldade de adesão dos hipertensos ao tratamento (medicamentoso e não medicamentoso)	Alta	05	Parcial	02

Quadro 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no Diagnóstico Situacional do PSF Ana Rosa, Bom Despacho / MG.

Dificuldade de adesão dos diabéticos ao tratamento (medicamentoso e não medicamentoso)	Alta	05	Parcial	03
Baixo acompanhamento dos hipertensos	Alta	05	Dentro	04
Baixo acompanhamento de diabéticos	Alta	04	Dentro	05

Fonte: Diagnóstico Situacional do PSF Ana Rosa, 2010

6.1.3 Descrição do problema prioritário

Quadro 2 – Descritores do problema “Alto índice da gravidez na adolescência no PSF Ana Rosa, Bom Despacho / MG, ano 2010”.

Descritores	Valores	%	Fontes
Gestantes esperadas	11 -16	Brasil: 20 a 30 MG: 19 Município: 24	Estudos Epidemiológicos
Gestantes cadastradas	54	100	SIAB
Gestantes < 20 anos cadastradas	17	32	SIAB
Gestantes com pré-natal iniciado no 1º TRI	47	87,5	SIAB
Gestantes cadastradas acompanhadas pelo ACS	40	100	SIAB
Gestantes < 20 anos acompanhadas conforme protocolo clínico	17	100	Registro da equipe
Gestantes < 20 anos de alto risco	00	00	
Fumante	00	00	FICHA B – GES
Ex-tabagista < 20 anos	01	2,5	Registro da equipe

Quadro 2 – Descritores do problema “Alto índice da gravidez na adolescência no PSF Ana Rosa, Bom Despacho / MG, ano 2010”.

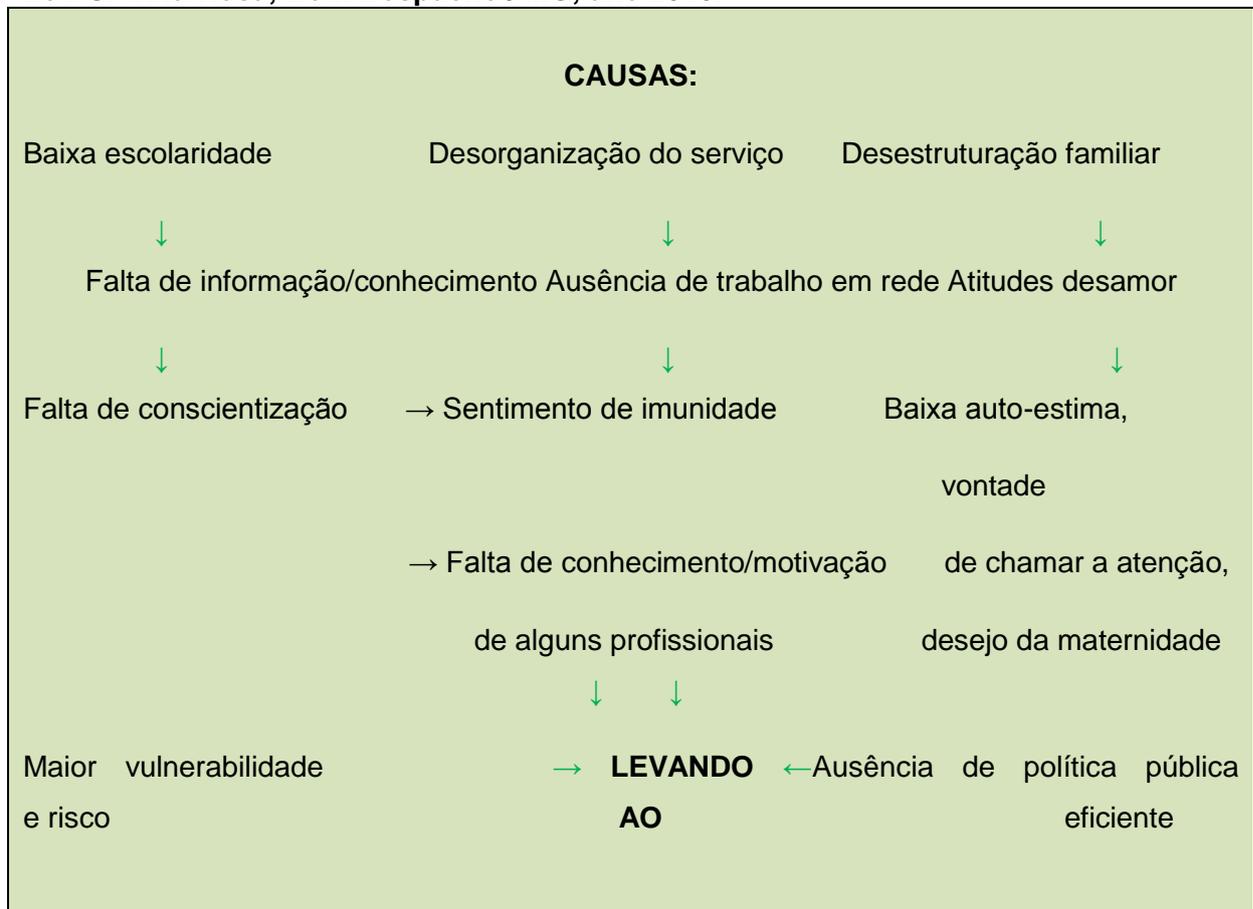
Consumem álcool	00	00	Registro da equipe
Faz dieta recomendada	40	100	FICHA B – GES
Toma a medicação prescrita	40	100	FICHA B – GES
Regularmente			
Pressão arterial adequada	40	100	FICHA B – GES
Sobrepeso / obesidade	00	00	Registro da equipe
Glicemia adequada	01	2,5	Registro da equipe
Número de abortos	01*	2,5	Registro da equipe

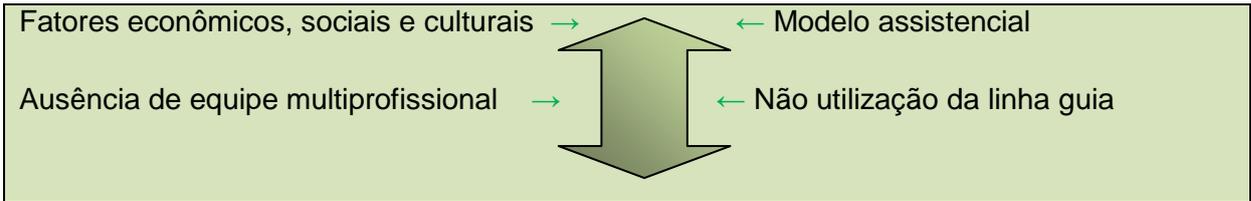
Fonte: Registros do PSF Ana Rosa / SIAB.

*Relato de aborto espontâneo em prontuário.

6.1.4 Esquema explicativo do problema prioritário

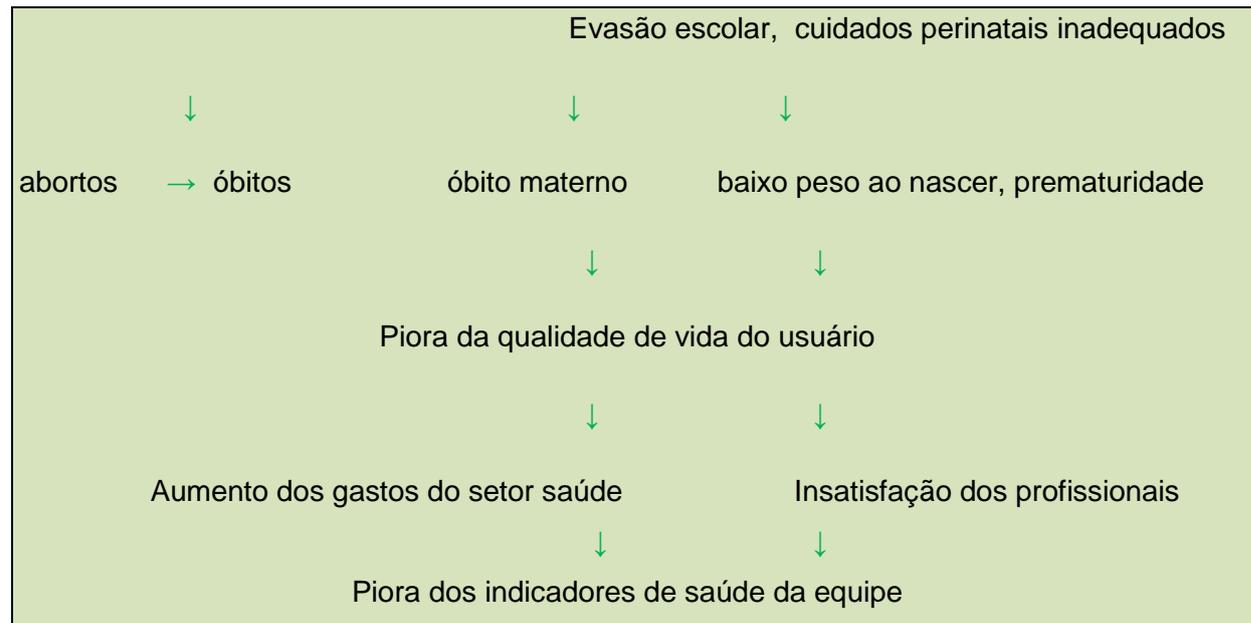
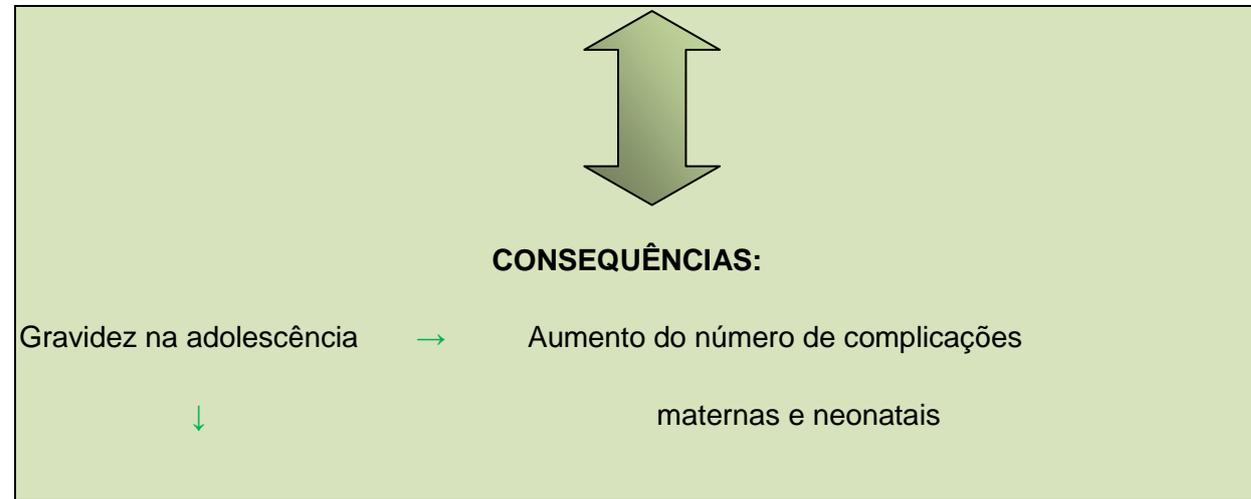
Quadro 3 – Árvore explicativa do problema Alto índice da gravidez na adolescência no PSF Ana Rosa, Bom Despacho / MG, ano 2010.





Trabalho intersetorial deficiente →

... PROBLEMA:
ALTO ÍNDICE DE GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA



Fonte: Diagnóstico Situacional PSF Ana Rosa, 2010.

6.1.5 Seleção dos “nós críticos” e o desenho das operações

Falta de informação e conscientização dos adolescentes

Operação / Projeto: Afetividade e Sexualidade na escola – aumentar o nível de informação dos adolescentes sobre Afetividade e Sexualidade e promover conscientização sobre a importância da prevenção da gravidez na adolescência;

Resultados esperados: 70% dos adolescentes mais informados, conscientes e proativos;
 Produtos esperados: aumentar o nível de informação e proatividade dos adolescentes, reformulação das atividades voltadas para o público adolescente, realização de campanhas educativas e gincanas, replicação de informação nas visitas domiciliares através dos ACS, facilitar o acesso aos métodos contraceptivos;

Recursos necessários:

Cognitivos - conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação, pedagógicas e metodológicas;

Organizacionais – organização dos grupos, cronograma, espaço físico adequado, equipamentos multimídia;

Políticos - articulação intersetorial (parceria com o setor educação e outros), mobilização social e apoio da mídia;

Financeiros - para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos e material didático.

Processo de trabalho da equipe inadequado

Operação / Projeto: Equipe em Ação - organizar o processo de trabalho da equipe.

Resultados esperados: Processo de trabalho estruturado e equipe capacitada e motivada para prestação de atendimento de qualidade aos adolescentes;

Produtos esperados: Protocolos de acolhimento, visita domiciliar e processo de educação permanente da equipe.

Recursos necessários:

Cognitivos – apropriação das informações dos protocolos;

Político - adesão dos profissionais, apoio institucional e envolvimento intersetorial e da população;

Organizacional – organização da agenda de trabalho da equipe;

Financeiros - para treinamento dos profissionais e disponibilização de material didático (protocolos).

Desorganização do serviço de saúde / trabalho intersetorial deficiente

Operação / Projeto: Fomento da rede de atenção à saúde – organizar o serviço ofertado a população.

Resultados esperados: Organização dos serviços de saúde, melhoria do trabalho intersetorial, oferta de serviço de qualidade a população e acompanhamento adequado, conforme as recomendações de protocolo.

Produtos esperados: Implantação da linha guia e da rede de atenção à saúde do adolescente – proposta pela SES de Minas Gerais, capacitação de todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados a essa população e fortalecimento dos sistemas de apoio e logístico.

Recursos necessários:

Cognitivos – apropriação das informações da linha guia;

Político - articulação entre os setores da saúde, adesão dos profissionais e envolvimento da gestão municipal (aumento da oferta de recursos);

Organizacional - adequação do trabalho em rede, dos fluxos (referência e contra-referência).

Financeiros - para aquisição de material didático (linha guia), treinamento dos profissionais e aumento em investimentos para maior oferta de serviços qualificados (atenção primária, secundária e terciária).

Ausência de equipe multiprofissional

Operação / Projeto: Ser Intersetorialidade – aumentar a participação da educação e sociedade civil organizada.

Resultados esperados: Melhorar os atendimentos individualizados e coletivos aos adolescentes da área de abrangência, através de atividades de lazer, esporte, acompanhamento escolar e psicológico.

Produtos esperados: Programa de Esporte Solidário, Educação em Saúde na escola, acompanhamento e atendimento psicológico em adolescentes de maior vulnerabilidade.

Recursos necessários:

Cognitivos - conhecimento sobre o tema e formação científica.

–Político – conseguir espaço para as atividades físicas e articulação intersetorial com a rede de ensino.

Organizacional – aquisição de recursos audiovisuais, materiais educativos, testes psicológicos e artigos esportivos.

6.1.6 Identificação dos recursos críticos

Os recursos críticos identificados no plano de ação proposto pela equipe do PSF Ana Rosa são:

Quadro 4 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações / Projeto no PSF Ana Rosa, Bom Despacho / MG.

Operação / Projeto	Recursos críticos
Afetividade e Sexualidade na escola	Políticos - articulação intersetorial (parceria com o setor educação e outros), mobilização social e apoio da mídia; Financeiros - para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos e material didático.
Equipe em Ação	Político - adesão dos profissionais, apoio institucional e envolvimento intersetorial e da população; Organizacional – organização da agenda de trabalho da equipe;
Fomentação da rede de atenção à saúde	Político - articulação entre os setores da saúde, adesão dos profissionais e envolvimento da gestão municipal (aumento da oferta de recursos); Financeiros - para aquisição de material didático (linha guia), treinamento dos profissionais e aumento em investimentos para maior oferta de serviços qualificados (atenção primária, secundária e terciária).
Ser Intersetorialidade	Político – conseguir espaço para as atividades físicas e articulação intersetorial com a rede de ensino. Organizacional – aquisição de recursos audiovisuais, materiais educativos, testes psicológicos e artigos esportivos, efetivação de recursos humanos.

Fonte: Registros da Unidade de PSF Ana Rosa.

“A idéia central que preside esse passo é de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Portanto, ele precisa identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para então definir operações / ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano, ou dito de outra maneira, motivar o ator que controla os recursos críticos.” (CAMPOS, 2010, p. 70)

Quadro 5 – Proposta de Ação para a motivação dos atores no PSF Ana Rosa, Bom Despacho / MG.

Operação / Projeto	Recursos críticos	Ator que controla os recursos críticos	Motivação	Operações estratégicas
Afetividade e Sexualidade na escola	Políticos - articulação intersetorial (parceria com o setor educação e outros), mobilização social e apoio da mídia; Financeiros - para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos e material didático.	Secretaria Municipal de Saúde e Educação; Coordenação do PSF; Fundo Nacional de Saúde (setor financeiro da prefeitura)	Favorável Favorável Indiferente	Apresentação do projeto; Divulgação dos possíveis ganhos.
Equipe em Ação	Político - adesão dos profissionais, apoio institucional e envolvimento intersetorial e da população; Organizacional – organização da agenda de trabalho da equipe;	Secretaria Municipal de Saúde; Coordenação do PSF; Equipe Saúde da Família Associação de bairro; Fundo Nacional de Saúde (setor financeiro da prefeitura).	Favorável Favorável Favorável Indiferente Indiferente	Apresentação do projeto; Divulgação dos possíveis ganhos. Apoio da associação de bairro

Quadro 5 – Proposta de Ação para a motivação dos atores no PSF Ana Rosa, Bom Despacho / MG.

<p>Financeiros - para aquisição de material didático (linha guia), treinamento dos profissionais e aumento em investimentos para maior oferta de serviços qualificados (atenção primária, secundária e terciária).</p>	<p>demais coordenações da SEMUSA; Fundo Nacional de Saúde (setor de financeiro da prefeitura)</p>	<p>Indiferente</p>	<p>possíveis ganhos.</p>
--	---	--------------------	--------------------------

Ser Intersetorialidade	Político – conseguir espaço para as atividades físicas e articulação intersetorial com a rede de ensino.	Secretaria Municipal de Saúde e Educação; Associação de bairro;	Favorável	Apresentação do projeto;
	Organizacional – aquisição de recursos audiovisuais, materiais educativos, testes psicológicos e artigos esportivos.	Coordenação do PSF; Fundo Nacional de Saúde (setor financeiro da prefeitura)	Indiferente	Divulgação dos possíveis ganhos.
			Favorável	Apoio da associação de bairro.
			Indiferente	

Fonte: Registros da Unidade de PSF Ana Rosa.

7 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

Quadro 6 – Plano Operativo do PSF Ana Rosa, Bom Despacho / MG.

Operação / Projeto	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Equipe em Ação - organizar o processo de trabalho da equipe.	Processo de trabalho estruturado e equipe capacitada e motivada para prestação de atendimento de qualidade aos adolescentes;	Protocolos de acolhimento e processo de educação permanente da equipe.	Apresentação do projeto; Divulgação dos possíveis ganhos. Apoio da associação de bairro	Todos os membros da equipe – Luciana / Genésio	2 meses para elaboração do projeto e implantação conciliada – 05/12/11

Quadro 6 – Plano Operativo do PSF Ana Rosa, Bom Despacho / MG.

<p>Fomento da rede de atenção à saúde – organizar o serviço ofertado população</p>	<p>Oferta de serviço de qualidade a população e acompanhamento adequado, conforme as recomendações de protocolo.</p>	<p>Implantação da linha guia e da rede de atenção à saúde do adolescente – proposta pela SES de Minas Gerais, capacitação de todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados a essa população e fortalecimento dos sistemas de apoio e logístico.</p>	<p>Apresentação do projeto; Divulgação dos possíveis ganhos.</p>	<p>Gestor: Denise Lamounier Coordenador da Atenção Básica – Marisa Couto Atenção Secundária – Édna e Terciária – Joice Quirino</p>	<p>4 meses para início da atividade – 06/02/12 e finalização em 24 meses – 06/12/14</p>
---	--	--	--	---	---

Quadro 6 – Plano Operativo do PSF Ana Rosa, Bom Despacho / MG.

Ser Intersetorialidade – aumentar a participação da educação e sociedade civil organizada.	Melhorar os atendimentos individualizados e coletivos aos adolescentes da área de abrangência, através de atividades de lazer, esporte, acompanhamento escolar e psicológico.	Programa de Esporte Solidário, Educação em Saúde na escola, acompanhamento e atendimento psicológico em adolescentes de maior vulnerabilidade.	Apresentação do projeto; Divulgação dos possíveis ganhos. Apoio da associação de bairro.	Médica Luciana 01 ACS - Júlio	6 meses para elaboração do projeto – 01/10/11 a 02/04/12 e implantação a partir do 5º mês – 05/03/12
---	---	--	--	----------------------------------	--

Fonte: Registros da Unidade de PSF Ana Rosa.

8 GESTÃO DO PLANO

Abaixo se encontra o quadro para acompanhamento de projetos.

Quadro 7 – Planilha para acompanhamento de projetos do PSF Ana Rosa, Bom Despacho / MG.

Afetividade e Sexualidade na escola

Coordenação: Enfermeiro assistente – avaliação 3 meses após o início do projeto

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1 Aumentar o nível de informação e proatividade dos adolescentes, reformulação das atividades voltadas para o público adolescente	Enfermeiro e todos os ACS	3 meses 06/05/12			
2 Realização de campanhas educativas e gincanas, replicação de informação nas visitas domiciliares através dos ACS, facilitar o acesso aos métodos contraceptivos	Enfermeiro e todos os ACS	3 meses 06/05/12			

Fonte: Registros da Unidade de PSF Ana Rosa.

Equipe em Ação**Coordenação: Enfermeiro assistente – avaliação 3 meses após o início do projeto**

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Protocolos de acolhimento, visita domiciliar e processo de educação permanente da equipe.	Genésio	3 meses			
		06/05/12			

Fonte: Registros da Unidade de PSF Ana Rosa.

Fomento da rede de atenção à saúde

Coordenação: Luciana – avaliação 3 meses após o início do projeto

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1 Implantação da linha guia e da rede de atenção à saúde do adolescente – proposta pela SES de Minas Gerais,	Médica	06/02/12			
2 Capacitação de todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados a essa população e fortalecimento dos sistemas de apoio e logístico.	Médica e 01 Técnica de Enfermagem	06/05/12			

Fonte: Registros da Unidade de PSF Ana Rosa.

Ser Intersectorialidade

Coordenação: Paulo – avaliação 3 meses após a implantação do projeto

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Programa de Esporte Solidário, Educação em Saúde na escola, acompanhamento e atendimento psicológico em adolescentes de maior vulnerabilidade.	Paulo – enfermeiro, Célia -Técnica de Enfermagem e Júlio - ACS	05/06/12			

Fonte: Registros da Unidade de PSF Ana Rosa.

Fonte: Registros da Unidade de PSF Ana Rosa.

Após concluir os dez passos propostos anteriormente deve-se realizar uma proposta de monitoramento e avaliação do plano elaborado.

Como proposta de monitoramento e avaliação do plano de ação elaborado pela equipe do PSF Ana Rosa, para enfrentamento do seu principal problema, “32% de gestação na adolescência” foram utilizados os indicadores de saúde apresentados na descrição do problema. A utilização destes indicadores foi realizada em decorrência da capacidade que possuem de caracterizar o problema e pela possibilidade de avaliação concreta da eficácia e eficiência das intervenções que foram propostas.

Quadro 8 - Planilha de acompanhamento do Plano de Ação do PSF Ana Rosa, Bom Despacho / MG.

Indicadores	Momento atual		Em 6 meses		Em 1 ano	
	Número	%	Número	%	Número	%
Gestantes esperadas	11 -16	Brasil: 20 a 30				
	11	MG: 19				
	13	Mun.: 24				
Gestantes cadastradas	54	100				
Gestantes < 20 anos cadastradas	17	32				
Gestantes com pré-natal iniciado no 1º TRI	47	87,5				
Gestantes cadastradas acompanhadas pelo ACS	40	100				
Gestantes < 20 anos acompanhadas conforme protocolo clínico	17	100				
Gestantes < 20 anos de alto risco	00	00				
Fumante	00	00				
Ex-tabagista < 20 anos	01	2,5				
Consumem álcool	00	00				
Faz dieta recomendada	40	100				
Toma a medicação prescrita regularmente	40	100				
Pressão arterial adequada	40	100				
Sobrepeso / obesidade	00	00				
Glicemia adequada	01	2,5				
Número de abortos	01*	2,5				

Fonte: Diagnóstico Situacional do PSF Ana Rosa, 2010

*Relato de aborto espontâneo em prontuário.

9 CONCLUSÃO

A gravidez na adolescência representa um sério problema de saúde pública. Na ESF Ana Rosa, após a Análise Situacional de Saúde, elencou-se a gravidez na adolescência como problema prioritário: 32% das demais gestações.

A observação da realidade local, o conhecimento da epidemiologia, dos riscos e vulnerabilidades relacionados à gravidez na adolescência são de suma importância para a implementação de medidas que venham a favorecer o exercício seguro da sexualidade e a garantia de qualidade de vida.

Estudos têm demonstrando que a menarca e sexarca vem ocorrendo cada vez mais precoce e que os agentes motivadores do início da vida sexual é diferente entre os gêneros, recebendo forte influência do grupo.

Inúmeros autores descreveram que a falta de conhecimento do próprio corpo e a falta de conscientização da importância do uso dos métodos contraceptivos (a maioria dos adolescentes possui a informação, mas não a utiliza ou o faz de forma incorreta); falta de diálogo entre pais e filhos; o despreparo de profissionais de saúde; a dificuldade de acesso aos serviços de saúde; a submissão feminina com baixo poder de negociação sexual; baixa renda per capita e baixa escolaridade contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência.

Para o enfrentamento deste problema se faz necessário um esforço intersetorial no sentido de conhecer os fatores de risco e de proteção e as vulnerabilidades as quais os adolescentes estão sujeitos. Dentro deste contexto, a ESF cumpre o papel de reordenar a assistência à saúde com o foco nas atividades de prevenção e promoção à saúde, em detrimento das ações curativas e de reabilitação, atendendo ao indivíduo enquanto ser social inserido na comunidade.

As atividades de educação em saúde são ferramentas extremamente importantes na abordagem preventiva e promocional da saúde do adolescente, devendo ser utilizadas de forma criativa, proativa e dinâmica. Cabe ao enfermeiro desenvolver competências e habilidades em educação afetiva e sexual; capacidade de trabalho intersetorial e interdisciplinar, pautados pelo Acolhimento e Ética. Tais habilidades e competências ainda são tão pouco trabalhadas nos centros de formação, carecendo fomentar a formação acadêmica de novos profissionais com este desejável perfil.

Além disso, espera-se que o enfermeiro construa / mantenha o canal de comunicação permanentemente aberto e estabelecer um relacionamento de confiança com os adolescentes e seus familiares / responsáveis, abordando a sexualidade desnudada de preconceitos, tabus e mito.

Prevenir a gravidez na adolescência torna-se escopo de profissionais de saúde, educadores e pais. O espaço escolar torna-se o lócus para a implementação de ações educativas, tendo a vantagem de atingir o público feminino e masculino, uma vez que estes aderem pouco aos métodos contraceptivos e direitos reprodutivos. Incentivar os jovens a prosseguir os estudos também é uma maneira de prevenir a gravidez indesejada.

Espera-se que a ESF estabeleça vínculo com os adolescentes, abrindo espaço para atendimento preventivo e promocional à saúde, embasando-se no acolhimento, ética e conhecimento / habilidades. Uma vez ocorrida a gestação, faz-se necessário a busca ativa das gestantes adolescentes, propiciando acesso precoce à assistência pré-natal, garantia de no mínimo seis consultas, grupos operativos - gestação, parto / puerpério / planejamento familiar.

Conscientizar os adolescentes sobre os riscos da prática sexual desprotegida e sobre a importância do uso regular de métodos contraceptivos é uma das características estruturadoras da política de planejamento familiar. Faz-se necessário um trabalho de reeducação sexual e campanhas de adesão aos métodos contraceptivos. Espera-se que as políticas de saúde pública orientem, preparem e acompanhem a gravidez e parto das adolescentes, atentando-se para as necessidades da parturiente e levando em consideração o seu contexto familiar e social.

Por fim, esta revisão bibliográfica permitiu um novo olhar sobre a gravidez na adolescência, subsidiando o planejamento e implementação de ações exeqüíveis pela equipe do PSF Ana Rosa.

Esta revisão bibliográfica não tem por objetivo esgotar o tema em questão, mas abre espaço para a discussão, reflexão e desenvolvimento de novas pesquisas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Camila Aloísio and BRANDAO, Elaine Reis. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.2, pp. 661-670. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232009000200035

AMORIM, Melania Maria Ramos et al. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2009, vol.31, n.8, pp. 404-410. ISSN 0100-7203. doi:10.1590/S0100-72032009000800006.

ANDRADE, Paula Rosenberg de; RIBEIRO, Circéa Amalia and OHARA, Conceição Vieira da Silva. Maternidade na adolescência: sonho realizado e expectativas quanto ao futuro. *Rev. Gaúcha Enferm. (Online)* [online]. 2009, vol.30, n.4, pp. 662-668. ISSN 1983-1447. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472009000400012>.

BAJOS, N. FERRAND, M. l'équipe GINÉ, éditeurs. De la conception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues. Paris: INSERM: 2002, p. 33-78.

BARALDI, ACP; DAUD, ZP; ALMEIDA, AM *et al.* Gravidez na adolescência: estudo comparativo das usuárias das maternidades públicas e privadas. *Rev Latino Americana Enfermagem* 2007 set/out; 15 (n esp): 1-7.

BERLOFI, LM; ALKIMIN. ELC; BARBIERI, M; GUAZZELLI, CAF; ARAÚJO, FF. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um programa de planejamento familiar. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(2): 196-200.

BERTONI, Neilane et al. Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.6, pp. 1350-1360. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2009000600017.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde. Brasília, 2007b. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/biblioteca/dir_ed_sau.pdf>. Acesso em 07/07/10.

BRASIL. Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Sistema de Informação de Nascidos Vivos. Brasília: 2007. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvmg.def>>. Acesso em 25/07/10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS: 2006. Brasília (DF); 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Caderno de informações de Saúde: informações gerais: Brasil, 2009. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/BR/Brasil_GeralBR.xls. Acesso em 30/09/11.

BRUNO, Zenilda Vieira et al. Reincidência de gravidez em adolescentes. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2009, vol.31, n.10, pp. 480-484. ISSN 0100-7203. doi: 10.1590/S0100-72032009001000002.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e Ações em saúde. Belo Horizonte: Coopmed, 2010, 114p.

CASTRO, MG; Abramovay, M; Silva, LB. Juventudes e sexualidade. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e Cultura: 2004.

COFEN. Código de Ética dos profissionais de Enfermagem. Resolução nº 311, de 08 de fevereiro de 2007. Disponível em http://www.corenmg.gov.br/sistemas/app/web200812/docs/publicacao_corenmg/codigo_etica_pb.pdf. Acesso em 23/08/11.

CORREA, Edison José; VASCONCELOS, Mara; SOUZA, Maria Suzana de Lemos. Iniciação à Metodologia Científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos. Belo Horizonte: Coopmed, 2009, 96p.

DIAS, Fernanda Lima Aragão. Riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a21.pdf>> Acesso em 20/07/11.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Núcleo de Atenção Integral à Saúde do Adolescente. Brasília, [2010?]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/00500502010.asp?ttcd_chave=6804>. Acesso em 03/07/10.

FARIA, Horácio Pereira *et al.* Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde. 2. Ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010, 68p.

FARIA, Horácio Pereira *et al.* Planejamento e Avaliação das Ações em saúde. 2. Ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010, 114p.

FARIA, Horácio Pereira *et al.* Processo de Trabalho em Saúde. 2. Ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009, 68p.

FERNANDES, Elizabeth Cordeiro. Política de Atenção Integral À Saúde dos Adolescentes e Jovens – Prosad. Recife, 2009. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/ensino-superior-artigos/politica-de-atencao-integral-a-saudedosadolescentesjovensprosad1054873.html>>. Acesso em 07/07/10.

FERREIRA, E. C. B. *et al.* A educação em saúde como estratégia na prevenção da gravidez na adolescência, um estudo de caso em Formoso do Araguaia (TO). Revista da Universidade Federal de Goiás. v. 06, nº especial, online, dezembro. 2004. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/L_estrategia.html>. Acesso em 14/06/10.

FRANÇA, Júnia Lessa; VASCONCELOS, Ana Cristina de. Manual para normalização de publicações técnico científicas. 8 ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007. 255 p.

GOLDENBERG, Paulete; FIGUEIREDO, Maria do Carmo Tolentino; SOUZA E SILVA, Rebeca. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n4/10.pdf>>. Acesso em 14/06/10.

GURGEL, Maria Glêdes Ibiapina et al. Ambiente favorável à saúde: concepções e práticas da enfermeira na prevenção da gravidez na adolescência. Disponível em <http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a09v11esp_n4.pdf>. Acesso em 20/07/11.

GURGEL, Maria Glêdes Ibiapina et al. Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência. *Rev. Gaúcha Enferm. (Online)* [online]. 2010, vol.31, n.4, pp. 640-646. ISSN 1983-1447. doi: 10.1590/S1983-14472010000400005.

GURGEL, Maria Glêdes Ibiapina et al. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. *Esc. Anna Nery* [online]. 2008, vol.12, n.4, pp. 800-806. ISSN 1414-8145. doi: 10.1590/S1414-81452008000400027.

HOGA, Luiza Akiko Komura; BORGES, Ana Luiza Vilella and REBERTE, Luciana Magnoni. Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativas dos membros da família. *Esc. Anna Nery* [online]. 2010, vol.14, n.1, pp. 151-157. ISSN 1414-8145. doi: 10.1590/S1414-81452010000100022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico de 2007. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=310740>>. Acesso em 03/07/10.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Estados. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=mg&tema=pnad_2008>. Acesso em 03/07/10.

LONGO, LAFB. Juventude e contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. In: XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2002; Ouro Preto, MG.

Mapa geográfico de Bom Despacho (MG). Disponível em: < <http://maps.google.com.br/>>. Acesso em 23/08/11.

MARINHO, Lilian F. B.; AQUINO, Estela M. L. and ALMEIDA, Maria da Conceição C. de. Práticas contraceptivas e iniciação sexual entre jovens de três capitais brasileiras. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, suppl.2, pp. s227-s239. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2009001400005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 20 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde do adolescente: Belo Horizonte: SAS/MG, 2007. 152 p.

OLIVEIRA, Rosy Mara. Manual para apresentação de trabalhos científicos TCC's, monografias, dissertações e teses. Barbacena, 2007. 70p.

OLIVEIRA, Tainan Pires *et al.* Meninas de Luz: uma abordagem de enfermagem na gravidez na adolescência. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/01041894/2009/v27n2/a004.pdf>. Acesso em 13/07/11.

OTSUKA, Fabiana *et al.* O programa saúde da família e a gravidez na adolescência em São Bernardo do Campo. Disponível em: < <http://www.fmabc.br/admin/files/revistas/30amabc090.pdf>>. Acesso em 14/06/10.

QUINTANA, Eduardo. "Eu acho que a escola não tem mais como não ver": Gravidez na adolescência e escola. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:<http://www.posgrap.ufs.br/periodico/revista_forum_identidades/revistas/ARQ_FORUM_I ND_5/SESSAO_L_FORUM5_01.pdf>. Acesso em 20/07/10.

QUINTANA, Eduardo. Reflexões sobre a gravidez na adolescência: caminhos, diálogos e trajetórias numa pesquisa em educação. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: < www.anped.org.br/reunioes/28/textos/ge23/ge2345int.rtf>. Acesso em 14/06/10.

SANTOS, Jaqueline de Oliveira *et al.* Perfil das adolescentes com reincidência de gravidez assistidas no setor público de Indaiatuba (SP), 2009. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2009/v27n2/a003.pdf>. Acesso em 17/09/11.

SEMUSA. Perfil Epidemiológico do PSF Ana Rosa. Bom Despacho: Secretaria Municipal de Saúde, 2010a.

SEMUSA. Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Nascidos Vivos. Bom Despacho: Secretaria Municipal de Saúde, 2010b.

Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial de Minas Gerais. Roteiro para elaboração de projetos. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <http://senac.ensinar.org/file.php/547/Elaborar_um_Projeto_2009.ppt#336,10,Slide_10>. Acesso em 10/10/09.

SOUSA, Michelle Chintia Rodrigues de and GOMES, Keila Rejane Oliveira. Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.3, pp. 645-654. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2009000300019.

SOUZA, Maria de Lourdes de et al. Meninas Catarinas: a vida perdida ao ser mãe. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2010, vol.44, n.2, pp. 318-323. ISSN 0080-6234. doi: 10.1590/S0080-62342010000200011.

SPINDOLA, Thelma and SILVA, Larissa freire furtado da. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. *Esc. Anna Nery* [online]. 2009, vol.13, n.1, pp. 99-107. ISSN 1414-8145. doi: 10.1590/S1414-81452009000100014

STERN, C; MEDINA, G, Adolescencia y salud em México. In: Oliveira, MC, organizador. Cultura, adolescência e saúde: Argentina, Brasil, México. Campinas: Consórcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina; 2000. p.44-97.

TEIXEIRA, AMFB. KNAUTH, DR. FACHEL, JMG; LEAL, AF. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas de jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(7): 1385-1396.

VIEIRA, Leila Maria; GOLDBERG, Tamara Beres Lederer; SAES, Sandra de Oliveira and DORIA, Adriana Aparecida Bini. Abortamento na adolescência: da vida à experiência do colo vazio - um estudo qualitativo. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.2, pp. 3149-3156. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232010000800019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). El embarazo y el aborto em la adolescência. Ginebra: WHO; 1975 (Informe Técnico n. 583).