

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE ITAMBACURI:
ELABORAÇÃO DE UM DE PLANO DE AÇÃO**

VALDELICE COTA SOARES

TEÓFILO OTONI/MG

2011

VALDELICE COTA SOARES

**GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE ITAMBACURI:
ELABORAÇÃO DE UM DE PLANO DE AÇÃO**

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

Orientadora: Prof^a. Salime Cristina Hadad

TEÓFILO OTONI/MG

2011

VALDELICE COTA SOARES

**GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE ITAMBACURI:
ELABORAÇÃO DE UM DE PLANO DE AÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.
Orientadora: Prof^a. Salime Cristina Hadad

Banca examinadora

Prof^a. Salime Cristina Hadad – Orientadora
Prof. Dr. Victor Hugo de Melo

Aprovada em Belo Horizonte: 04/02/2012

RESUMO

A adolescência é uma época da vida humana acompanhada por profundas transformações fisiológicas, psicológicas, afetivas, intelectuais e sociais vivenciadas num determinado contexto cultural, se caracterizando mais do que como uma fase, sendo um processo com características próprias, dinâmico, de passagem entre a infância e a idade adulta. É considerado um período conturbado, crítico e de grandes contradições, é uma etapa evolutiva da vida que se caracteriza pela passagem da infância para idade adulta e cujo processo de transformação e elaboração pode fragilizá-los de diferentes maneiras e intensidades, tornando-os mais vulneráveis para uma série de riscos. A gravidez na adolescência representa um grande desafio e tem sido considerada uma situação de risco e um fator destruturador da vida de adolescentes, em última instância um elemento determinante na reprodução de um ciclo de pobreza das populações, pois coloca obstáculos na continuidade dos seus estudos e baixa expectativa de trabalho e baixa escolaridade. A Equipe de Saúde da Família tem um papel fundamental na promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva e na identificação das dificuldades e disfunções sexuais, prevenção da gravidez na adolescência, tendo em vista a sua atuação mais próxima das pessoas em contexto familiar e social. O presente estudo buscou conhecer a situação da gravidez na adolescência no município de Itambacuri, Minas Gerais, avaliar as ações de Saúde do Adolescente no município no período de 2008 a 2010 com o objetivo de elaborar um plano de ação para o enfrentamento dessa questão no município.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência, saúde do adolescente.

ABSTRACT

Adolescence is a time of life accompanied by profound physiological changes, psychological, emotional, intellectual and social experienced a particular cultural context, rather than characterizing it as a phase, and a process with its own characteristics, dynamic, passing between childhood and adulthood. It is considered a time of hardship, critical and major contradictions, is an evolutionary stage of life characterized by the passage from childhood to adulthood and whose processing and preparation process can weaken them in different ways and intensities, making them more vulnerable for a number of risks. Adolescent pregnancy is a major challenge and has been considered a risk factor and a destructuring of life of adolescents ultimately a factor in a cycle of poverty of the people, because it puts obstacles in continuing their studies and low expectations of work and poor schooling. The Family Health Team has a key role in promoting sexual and reproductive health and the identification of difficulties and sexual dysfunction, prevention of teenage pregnancy in view of its operations closer to the people in family and social context. This study sought to ascertain the situation of teenage pregnancy in the city of Itambacuri, Minas Gerais, to evaluate the actions of Adolescent Health in the city over the period 2008 to 2010 with the goal of developing an action plan to confront this issue in the municipality.

Keywords: Pregnancy in adolescence, adolescent health.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	07
1.1 Atenção Básica e a Saúde do Adolescente	08
1.2 Adolescência e Sexualidade	10
1.3 Gravidez na Adolescência	13
1.4 O Programa Saúde da Família em Itambacuri e a Saúde dos Adolescentes	15
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral	17
3- METODOLOGIA	18
3.1 Plano de Ação	19
3.1.1 Local de Intervenção	19
3.1.2 Diagnóstico Situacional da ESF V Viver com Saúde.....	21
4-DESENVOLVIMENTO	22
4.1 Situação da Gravidez na Adolescência no Brasil e Minas e Gerais.....	21
4.2 Situação da Gravidez na Adolescência em Itambacuri	23
5 PLANO DE AÇÃO	28
5.1 Apresentação	28
5.2 Definição dos Problemas.....	28
5.3 Priorização de Problemas	29
5.4 Explicação do Problema	29
5.5 Seleção dos Nós Críticos	31
5.6 Viabilidade do Plano	37
5.7 Elaboração do Plano Operativo.....	38
5.8 Gestão do Plano	40
6- COMENTÁRIOS FINAIS	44
7- CONCLUSÃO	46
8-REFERÊNCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

A palavra adolescência vem do latim *ad* (a, para) e *olescer* (crescer) é atribuído a uma época da vida humana acompanhada por profundas transformações fisiológicas, psicológicas, afetivas, intelectuais e sociais vivenciadas num determinado contexto cultural, se caracterizando mais do que como uma fase, sendo um processo com características próprias, dinâmico, de passagem entre a infância e a idade adulta (COIMBRA, 2005).

Gomes (2002) define o adolescente como "o indivíduo que vivencia uma fase evolutiva, única e exclusiva da espécie humana, em que acontecem intensas transformações físicas mentais e sociais que, inexoravelmente, o conduzirão a exibir características de homem ou de mulher adulto".

Segundo Margaret Mead (1951), "a adolescência é principalmente um "fenômeno cultural produzido pelas práticas sociais em determinados momentos históricos, manifestando-se de formas diferentes e nem se quer existindo em alguns lugares".

Uma das dificuldades do conceito de adolescência advém de ser delimitada por um período etário que apresenta variações, pois existem diferentes interpretações segundo contextos culturais, gêneros masculino/feminino, meios geográfico, condições socioeconômicas.

Para a Organização Mundial de Saúde (2000) a adolescência é uma fase da vida que vai dos 10 aos 19 anos, podendo, ainda, haver uma margem de variações consideráveis nos diferentes meios culturais:

Caracteriza-se por mudanças físicas aceleradas e características da puberdade, diferentes do crescimento e desenvolvimento que ocorrem em ritmo constante na infância. Essas alterações surgem influenciadas por fatores hereditários, ambientais, nutricionais e psicológicos. É nesse período que surgem profundas alterações, caracterizadas principalmente por crescimento rápido, surgimento das características sexuais secundárias, conscientização da sexualidade, estruturação da personalidade, adaptação ambiental e integração social (OMS, 2000, p. 160).

A criança e o adolescente tem seus direitos reconhecidos internacionalmente como direitos humanos e o Brasil tem participado das diversas discussões e tratados que envolvem essa temática. A Constituição Federal de 1988 incorporou grande parte dos direitos Humanos e em 1990, o Estatuto da criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, foi instituída como o instrumento normativo para proteção dos direitos da criança e do adolescente (PIROTTA e PIROTTA, 1999).

O ECA define a adolescência como uma fase compreendida entre os 12 e 18 anos de idade incompletos e em casos excepcionais aplicável até os 21 anos de idade (GROSSMAN, 2010).

Em seu art.3º o ECA define:

“A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana”, sem prejuízo da proteção integral, de que trata essa lei, ao assegurar – lhes todas as oportunidades e facilidades, a fim facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (Lei nº8.069, de 13/07/1990) (BRASIL, 2002 p.22).

O direito à saúde é assegurado no ECA em um capítulo especial, o no art.11 estabelece: “É assegurada a atenção integral à criança e ao adolescente, por meio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção e recuperação da Saúde” (BRASIL, 2002).

A preocupação do governo federal com a saúde do adolescente começou a fortalecer em 1989 com a criação do PROSAD (Programa de Saúde do Adolescente) (BRASIL, 1989). Em 2005, o Ministério da Saúde lançou dois documentos um sobre a Saúde Integral de Adolescentes e Jovens e o segundo o Marco Legal da Saúde de Adolescentes, trazendo os instrumentos legais de proteção aos direitos desta população, notadamente aqueles de garantia do pleno exercício do seu direito fundamental à saúde, em âmbito nacional e internacional. (BRASIL, 2005). Em 2007, o governo brasileiro formulou em parceria com setores da sociedade civil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. Esse documento fundamentou-se na Constituição Federal e no ECA que reconhecem as crianças e adolescentes como sujeitos sociais (BRASIL, 2007).

O Pacto pela Saúde firmado entre os gestores do Sistema Único (SUS), a partir de 2006, incluiu entre suas prioridades redução da mortalidade infantil e materna, que está correlacionado ao aumento da gravidez não planejada entre os adolescentes. (BRASIL, 2010)

Em Minas Gerais, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG) publicou em 2006 a Linha-Guia Atenção à Saúde do Adolescente com o objetivo de nortear as ações de saúde voltadas aos adolescentes, tendo como diretrizes a reorganização dos serviços, a construção de uma rede de atenção ligando serviços de excelência existentes para estabelecer ações a serem implantadas e implementadas nos diversos municípios do Estado (MINAS GERAIS, 2006).

1.1. Atenção Básica e a Saúde do Adolescente

A atenção Básica à Saúde ou Atenção Primária à Saúde (APS) é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições exceto aquelas muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002).

A atenção Básica deve (BRASIL, 2007):

- ▲ Ser baseada na realidade local;
- ▲ Considerar os sujeitos em sua singularidade na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural;
- ▲ Contemplar a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que, possam comprometer as possibilidades de viver de modo saudável.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) define Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde mais comuns e relevantes da população, a reabilitação e a manutenção da saúde.

A organização do Sistema Único, a partir de 2006, passou a reger-se com base em um novo documento orientador, o Pacto pela Saúde, estruturado em três dimensões: Pacto de Gestão, Pacto em Defesa do SUS e Pacto pela Vida. Esse último estabelece um conjunto de prioridades sanitárias, entre as quais se destaca o fortalecimento da Atenção Básica.

No Brasil, a implantação da Estratégia Saúde da Família, foi estabelecida como estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica com foco na família, célula social fundamental para o reconhecimento dos modos de viver e adoecer das comunidades, partindo da necessidade de reordenação de novas práticas sanitária no Brasil.

A Estratégia da Saúde da Família é uma estratégia que veio garantir a implementação do SUS (Sistema Único de Saúde) por meio de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde (BRASIL, 2001 p. 344).

De acordo com Ministério da Saúde (2010), as Equipes de Saúde da Família (ESF) ocupam importante lugar no que diz respeito à promoção do desenvolvimento humano saudável e promoção a saúde do adolescente, junto às famílias sob sua responsabilidade. É possível abordar as questões referentes às relações intrafamiliares e comunitárias, assim como o respeito às diferenças, a desmistificação de crenças que tenham influência repressora, degradante ou desrespeitosa, nos atendimentos de grupo, individuais, familiares e com a

comunidade, nos diferentes espaços de produção da saúde.

Fortalecer capacidades e habilidades como empatia, a escuta qualificada, a construção de vínculo, o olhar sobre aspectos subjetivos, respeitando as crenças e valores de cada pessoa, pode ser um diferencial no desempenho desse papel pelos profissionais de saúde da Atenção Básica (BRASIL, 2010)

A ESF tem um papel fundamental na promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva e na identificação das dificuldades e disfunções sexuais, prevenção da gravidez na adolescência tendo em vista a sua atuação mais próxima das pessoas em contexto familiar e social (BRASIL, 2010)

No que se refere ao planejamento reprodutivo, à atuação dos profissionais de saúde deve estar pautada na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o inciso do 7º do artigo da Constituição Federal. Nesse sentido, o planejamento reprodutivo deve ser tratado dentro do contexto dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos.

Os profissionais de saúde da Atenção Básica devem procurar compreender as expectativas dos adolescentes quanto à reprodução e ajudá-las a concretizarem essas expectativas, respeitando as escolhas. (BRASIL, 2010, p 58).

Em Minas Gerais, a SES-MG por meio da Linha Guia Atenção à Saúde do Adolescente (MINAS GERAIS, 2006) estabeleceu como papel da ESF:

- ▲ Monitorar o processo de crescimento, desenvolvimento, físico (puberal) e psíquico;
- ▲ Esclarecer sobre o direito à assistência á saúde;
- ▲ Estimular e mostrar a importância de se assumir, gradativamente, a responsabilidade de cuidar da própria saúde;
- ▲ Envolver, sempre que possível, a família do adolescente.

1.2. Adolescência e sexualidade

A sexualidade diz respeito a um conjunto de características humanas que se traduz nas diferentes formas de expressar a energia vital, chamada por Freud de libido, que quer dizer energia pela qual se manifesta a capacidade de se ligar as pessoas, ao prazer /desprazer, aos desejos, as necessidades, a vida (BRASIL, 2010).

Comumente, as pessoas associam sexualidade ao ato sexual e/ou aos órgãos genitais, considerando-os como sinônimos. Embora o sexo seja uma das dimensões importantes da sexualidade, esta é muito mais que atividade sexual e não se limita à genitalidade ou a uma função biológica responsável pela reprodução (NEGREIROS, 2004).

A sexualidade é uma forma de comunicação entre os seres humanos, não se limitando só a

possibilidade de obtenção do prazer genital, advindo dos órgãos genitais, mas como tudo que diz respeito ao corpo, seus prazeres e suas dores. É uma manifestação mais ampla, e por isso vai além do que a atividade sexual entre duas pessoas. Ela precisa ser compreendida como expressão afetiva sexual que influencia o pensar, o sentir, o agir e o interagir, estando diretamente ligada à preservação da saúde física e mental de cada ser humano. A sua vivência engloba aspectos afetivos, eróticos e amorosos, relacionados à construção da identidade, a história de vida e valores culturais, morais, sociais e religiosos de cada um (MINAS GERAIS, 2006).

De uma maneira geral, os relacionamentos, o equilíbrio emocional e a manifestação de sentimentos do indivíduo adulto, dependem da evolução da sexualidade durante as etapas da infância e da adolescência. Entretanto, vale ressaltar que a adolescência é um momento decisivo no desenvolvimento sexual humano, pois é nela que a sexualidade se generaliza, ocorrendo intensas transformações biopsicossociais que dão ao adolescente a possibilidade de repensar identificações e aquisições anteriores, reestruturando assim própria identidade (MINAS GERAIS, 2006).

De acordo com Jesus *et al* (2006) o conjunto de características especiais que possui o sexo, deixa sinal em todos os momentos da vida estando presente do nascimento à velhice. É considerada uma energia de vitalidade que expressa o desejo da escolha e do amor, é uma das dimensões do ser humano, que envolve gênero, identidade sexual, orientação sexual, erotismo, envolvimento emocional amor e reprodução; o qual é praticada ou expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, atividades práticas, papéis e relacionamentos.

A sexualidade faz parte da vida e está ligada ao desenvolvimento global do indivíduo, constituindo um dos elementos da sua personalidade. O seu desenvolvimento está intimamente ligado ao desenvolvimento integral do indivíduo. O exercício harmonioso da sexualidade dependerá da maneira como cada ser humano aprende a relaciona-se consigo mesmo e com os outros, alcançando um equilíbrio emocional (SILVA, 2007).

A sexualidade humana forma parte integral da personalidade de cada um. É uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado de outros aspectos da vida. A sexualidade não é sinônima de coito e não se limita à presença ou não do orgasmo. Sexualidade é muito mais do que isso. É energia que motiva encontrar o amor, contato e intimidade, e se expressa na forma de sentir, nos movimentos das pessoas e como estas tocam e são tocadas. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e integrações, portanto a saúde física e mental. Se saúde é um direito humano fundamental, a saúde sexual também deveria ser considerada como direito humano básico (ABRAMOVAY, CASTRO, SILVA, 2004, p.29).

De acordo com Aquino (2003), a entrada na sexualidade é um processo de experimentação física e relacional que começa antes e se estende até depois da primeira relação sexual. Ele ressalta ainda que, durante esse processo, regras de comportamento são estabelecidas, assim como diferentes status aos parceiros, de acordo com as diversas maneiras de relacionamento experimentadas pelos jovens, como namoro e “ficar” que pressupõe menos compromisso entre os parceiros.

Segundo Amparo Caridade (1999), o adolescente é alguém que experimenta a sua sexualidade na rapidez, na leveza e na diversidade. A prática do “ficar” parece expressiva desse comportamento. A adolescência inicia com as transformações do corpo e termina com a construção de uma autonomia e de uma identidade, e com a capacidade de elaborar projetos de vida e de se inserir socialmente.

Moreira, Viana, Queiroz e Jorge (2008) afirmam que os adolescentes elaboram questionamentos sobre os modelos prescritos pela sociedade. Ainda ressaltam que a “rebeldia” inerente a esta faixa etária estimula atitudes de transgressão, cuja intenção é a construção da identidade juvenil.

É considerado um período conturbado, crítico e de grandes contradições. Podemos dizer que é uma etapa evolutiva da vida que se caracteriza pela passagem da infância para idade adulta e envolve um conjunto amplo de transformações físicas, psicológicas e sociais, cujo processo de transformação e elaboração pode fragilizá-los de diferentes maneiras e intensidades, tornando-os mais vulneráveis para uma série de riscos.

A complexidade do tema sexualidade na adolescência é justificada pelos diversos fatores causais que podem estar presentes e comprometer o bem-estar do jovem.

(...) o desconhecimento do corpo, a omissão da família e escola sobre assuntos pertinentes à adolescência, o pouco envolvimento dos serviços públicos, o bombardeamento ativo ao qual estão expostos pela mídia, com programas, novelas e até propagandas apelando ao sexo (sic), fazem com que os jovens iniciem precocemente suas atividades sexuais, não cômicos das implicações de sua vida sexualmente ativa (MOREIRA, VIANA, QUEIROZ, JORGE, 2008, p.22).

Os adolescentes demonstram comportamentos que podem aumentar sua exposição a riscos que são frequentemente parte de uma rebeldia como atitudes, hábitos e jeito de se vestir, podendo aumentar chances de ocorrência de determinados problemas de saúde.

A vulnerabilidade é um tema pertinente ao discutir as questões ligadas à adolescência e as suas relações. Está diretamente associada a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos (BRASIL, 2005a p.09).

Com isso, podemos dizer que as pessoas não são em si vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em determinados locais, em diferentes momentos de suas vidas.

1.3. Gravidez na adolescência

A capacidade reprodutiva das mulheres tem ocorrido mais cedo, com o início precoce da puberdade e com isso, complicações relacionadas à gravidez são importante causa de morte de mulheres da faixa etária entre 15 e 19 anos (CANNON, 1999).

Todos os anos, no mundo, pelo menos 60 mil adolescentes morrem em decorrência de complicações na gravidez e no parto. Além disso, bebês nascidos de mães jovens são mais propensos a apresentar baixo peso e a morrer de desnutrição e problemas infecciosos no primeiro ano de vida. A cada ano, mais de quatro milhões de mulheres no mundo se submetem ao aborto em condições de risco, muitas vezes ilicitamente e sob cuidado de pessoas desqualificadas (CANNON, 1999, p.09).

No Brasil em 2005, 1.615 óbitos de mulheres foram registrados por causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. Destas mulheres, 254 (16%) tinham entre 10 e 19 anos e 350 (22%) entre 20 a 24 anos. Portanto, 38% dos óbitos maternos registrados neste ano atingiram a população mais jovem (BRASIL, 2005).

Rangel e Queiroz (2008) afirmam que a gravidez na adolescência se caracteriza, hegemonicamente, como advento atrelado a outros aspectos de conotação negativa.

Moreira, Viana, Queiroz e Jorge (2008) apontam a classe social como um importante fator associado à gravidez na adolescência nas camadas mais pobres em virtude da falta de perspectiva de vida do adolescente, a baixa autoestima, más condições de educação e saúde e a falta de lazer.

A gravidez na adolescência representa um grande desafio e tem sido considerada uma situação de risco e um fator desestruturador da vida de adolescentes, em última instância um elemento determinante na reprodução de um ciclo de pobreza das populações, pois coloca obstáculos na continuidade dos seus estudos e baixa expectativa de trabalho e baixa escolaridade (BRASIL, 2007).

De acordo com Motta et al (2004), a gravidez na adolescência, muitas vezes, interrompe um projeto de vida. O adolescente passa a assumir compromissos para os quais ainda não está preparado, adia atividades próprias de sua idade, como a vida escolar, para assumir outras tarefas.

A gravidez e a maternidade nesta faixa etária rompem sonhos e objetivos em sua trajetória natural emergindo socialmente como um problema e riscos de um futuro comprometido ao

longo se sua vida. A gravidez na adolescência é também um problema de saúde pública devido à alta ocorrência de morbimortalidade materna e infantil e por constituir um possível elemento desestruturador da vida das adolescentes (BRASIL, 2006).

No contexto mundial, na discussão sobre saúde sexual, a gravidez na adolescência, assim como a anticoncepção na adolescência são temas polêmicos e controversos. Como fatores de risco para a gravidez na adolescência foram apontados: antecipação da menarca, educação sexual ausente ou inadequada, atividade sexual precoce, dificuldade para práticas anticoncepcionais, problemas psicoemocionais, pobreza, baixa escolaridade, ausência de projeto de vida (MINAS GERAIS, 2006, p.21).

O aborto inseguro tem sido uma causa importante de morte materna entre adolescentes e jovens, sobretudo entre aquelas advindas das camadas mais empobrecidas em situação de vulnerabilidade social. Em muitos casos, a gravidez na adolescência está relacionada com a falta de informações e acesso aos serviços de saúde (CAVASIN, 2004).

Nesse contexto, garantir os direitos reprodutivos a adolescentes e jovens, homens e mulheres, significa assegurar, em todos os casos, as condições de escolha por uma gravidez segura. Para tanto, as informações, os métodos e meios para a regulação da fecundidade, assim como também a assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério, devem ser assegurados de modo irrestrito, de maneira que a gravidez possa ser desejada, planejada e vivenciada de modo saudável (BRASIL, 2010).

De um modo geral, no Brasil a frequência de adolescentes e jovens nos serviços de saúde ainda é muito pequena. Segundo pesquisa da UNESCO, os serviços de saúde não parecem como um lugar importante e prioritário para se encontrar informações confiáveis sobre a sexualidade, do ponto de vista dos adolescentes brasileiros (ABRAMOVAY, CASTRO, SILVA, 2004, p.34).

Um grande desafio para os serviços de saúde é o de programar ações de saúde que atendam às especificidades dessa população, de modo integral e respondendo às demandas colocadas pelas condições decorrentes das distintas situações de vida dos adolescentes e jovens do país. Nesta perspectiva, o acolhimento é um aspecto fundamental e implica que todos os adolescentes e jovens que procuram o serviço de saúde sejam ouvidos com atenção, recebam informações, atendimento e encaminhamentos adequados (BRASIL, 2010).

Essas ações favorecerão a construção de um projeto de vida, proporcionando o fortalecimento da autoestima e da assertividade. “As ações de participação juvenil são estratégias de fortalecimento da autonomia, por meio da participação criativa, construtiva e solidária no enfrentamento das dificuldades” (BRASIL, 2005, p.22).

1.4. O Programa Saúde da Família em Itambacuri e a Saúde dos adolescentes

A ESF ocupa importante lugar no que diz respeito à promoção do desenvolvimento humano saudável junto às famílias sob sua responsabilidade. As ações são executadas com o objetivo de fortalecer capacidades e habilidades como empatia, a escuta qualificada, a construção de vínculo, o olhar sobre aspectos subjetivos respeitando as crenças e valores de cada pessoa, que pode ser um diferencial no desempenho desse papel pelos profissionais de saúde da Atenção Básica (BRASIL, 2010).

No município de Itambacuri, localizado no Vale do Mucuri na região nordeste do estado de Minas Gerais, a Equipe de Saúde da Família V - Viver com Saúde tem observado em sua prática diária uma importante demanda de jovens e adolescentes nas consultas de enfermagem, nas ações de educação em saúde nas escolas, centros comunitários e oficinas temáticas. Também um aumento no atendimento às adolescentes na realização do citopatológico, busca por método contraceptivo, nas ações temáticas como o dia da Mulher.

No município as escolas tem feito uma grande parceria com as Equipes de Saúde da Família solicitando seus serviços para atenção e orientação a seus adolescentes, percebendo os fatores de riscos presentes nesta faixa etária. Na promoção da saúde do adolescente o município de Itambacuri tem realizado:

- ▲ Acolhimento, recepção com cadastro e triagem;
- ▲ Atendimento integral;
- ▲ Educação em Saúde para a sexualidade segura e sobre saúde sexual e reprodutiva com a disponibilização dos métodos contraceptivos;
- ▲ Promoção da Saúde bucal;
- ▲ Realização de grupos educativos nas escolas, centros comunitários etc.;
- ▲ Notificação de situações de violência;
- ▲ Realização de pré-natal e, se necessário, encaminhamento para serviços especializados ou de referências com o Centro Viva Vida;
- ▲ Campanhas temáticas Saúde da Mulher; do tabagismo, alcoolismo, imunização, Dia Mundial contra o HIV;
- ▲ Parceiros PSE – Programa Saúde na Escola, com foco nas questões sociais dos adolescentes.

O presente estudo é de relevância para a saúde pública, pois buscará demonstrar aos gestores municipais, diretores, professores, familiares, serviços públicos de saúde e principalmente aos profissionais das Equipes de Saúde da Família, a situação da gravidez

entre os adolescentes do município e a importância de ações de promoção e prevenção no local em que a adolescente está inserido no seio familiar e comunidade.

O plano de ação a ser proposto tem por objetivo desenvolver parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Educação na construção de um projeto na temática da sexualidade, que possibilite a diminuição da gravidez em adolescentes no município de Itambacuri, por meio da disseminação de informação e educação.

2 OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Elaborar um plano de ação em saúde do adolescente sobre a temática da sexualidade com foco na redução da gravidez entre adolescentes no município de Itambacuri, Minas Gerais.

3 METODOLOGIA DO ESTUDO

No primeiro momento, foi realizada uma revisão bibliográfica nas bases de dados eletrônicos de algumas bibliotecas virtuais na área de saúde. Na pesquisa realizada na biblioteca virtual do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) da Universidade Federal de Minas Gerais sobre o tema **Gravidez na Adolescência**, foram encontrados 26 artigos e selecionados para o estudo 03 (três); no tema Saúde do Adolescente foram encontrados 28 e selecionados 04 e no tema adolescente foram encontrados 65 trabalhos e selecionados 03.

Na Biblioteca Virtual de Saúde (BIREME) foi realizada pesquisa nas bases de dados LILACS e SCIELO. Foram selecionados os artigos escritos em português, com acesso permitido a cópia na íntegra publicada no período de 2008 a 2010. Na base LILACS foi realizada pesquisa com uso associado dos seguintes descritores de ciência da saúde (DeCS/MeSH): Gravidez na Adolescência e Saúde do Adolescente. Foram encontrados: 154 (cento e cinquenta e quatro) artigos no ano 2008, 103 (cento e três) artigos em 2009 e 78 (setenta e oito) artigos em 2010. Após análise do resumo dos artigos foram selecionados para este estudo 05 (cinco) artigos. Na base SCIELO foi realizada pesquisa integrada com uso dos termos: Gravidez e adolescente. Na seleção da região Brasil foi encontrado: 06 (seis) artigos no ano 2008, 05 (cinco) artigos em 2009 e 07 (sete) artigos em 2010, após análise dos resumos, foram selecionados 02 artigos para este estudo.

Foram também realizadas pesquisas nos seguintes documentos técnicos: Atenção à Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006), Manual Técnico (Pré-Natal e Puerpério) Atenção Qualificada e Humanizada do Ministério da Saúde de 2006 (BRASIL, 2006), Caderneta de Atenção Básica (Saúde Sexual e Reprodutiva) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), Material de Referência do Curso de Capacitação: Atenção Integral à Saúde do Adolescente (SES/MG) Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2011). Foram realizadas pesquisas sobre o conceito de adolescência no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e na Organização Mundial de Saúde.

Os dados relativos às adolescentes grávidas no município de Itambacuri foram obtidos por meio de um levantamento de dados realizado no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da Secretaria Municipal de Itambacuri, que é o sistema de informação utilizado como instrumento de monitoramento das ações da Saúde da Família (BRASIL, 2011). Também foram utilizados os dados do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no

Pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL) (BRASIL, 2011).

Para a análise da situação dos adolescentes no município de Itambacuri foi realizada busca de dados sobre Morbidade hospitalar por local de residência no período de 2008 a 2010, no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), dados sobre nascidos vivos filhos de mães adolescentes no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) por meio dos dados disponíveis no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (BRASIL, 2011).

3.1. Plano de Ação

Um plano de ação em saúde é uma forma de organizar práticas assistenciais, pensando em uma melhor maneira de estabelecer as estratégias e atingir objetivos que são os nós críticos identificados.

Cardoso, Faria e Santos (2008), colaboradores do Curso de Especialização em Saúde da Família, afirmam que é fundamental estabelecer um processo permanente de planejamento para que as ações desenvolvidas em relação aos objetivos sejam alcançadas, “planejar é pensar antes , durante e depois de agir“.

3.1.1. Local da intervenção

O município de Itambacuri está localizado no Vale do Mucuri, Nordeste do estado de Minas Gerais, está a 30 km de Teófilo Otoni e 450 km da capital do estado Belo Horizonte. A população (IBGE, Censo 2010) é de 22.809 mil habitantes, sendo 60% da população urbana, e 40% da população da zona rural. A agropecuária é a economia predominante da região.

A primeira unidade de saúde de atenção primária foi implantada em 1999 e recebeu o nome de Estratégia da Saúde da Família I - Vida é Saúde. O município conta atualmente, com sete (07) Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo quatro (04) na zona urbana e (03) três na zona rural.

A população coberta pela Estratégia da Saúde da Família s, correspondendo a cerca 100% de cobertura da população total do município (BRASIL, 2011).

O município também possui um Ambulatório Municipal com as especialidades: dermatologista, cardiologista, clínico geral, obstetra, ginecologista, urologista. Essa unidade dispõe de sala para pré-consultas, sala para curativos, sala de vacina central, eletrocardiograma e atendimento odontológico.

O fortalecimento da Atenção Básica no município com distribuição uniforme das equipes tem procurado tornar mais fácil o acesso a população as unidades de saúde, buscando consolidar e qualificara estratégia nas zonas urbana e rural.

Na zona rural as equipes tem características próprias, deslocam-se diariamente da sede do município para a área rural, retornando após atendimento.

A Equipe Viver Com Saúde atende exclusivamente a população rural, cerca de 2.700 pessoas divididas em 08 micro áreas. A equipe é composta por Enfermeiro, Médico, Odontólogo, Auxiliar de consultório dentário, 02 (dois) Auxiliares de enfermagem e 08 (oito) Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O atendimento é itinerante, sendo mais freqüente nos locais onde existe unidade de saúde fixa, dentro da área da ESF há 03(três) unidades que são sede própria localizadas nas regiões de Guarataia que é sede, Chaves e São João, (funciona como ponto de apoio), porém não oferecem infra-estrutura adequada para atuação dos profissionais. Em nenhuma destas unidades existe sala para reuniões ou atendimento dos grupos operativos, em geral os consultórios são pequenos, não há sala de espera, copa/cozinha.

Além destes existem cerca de 34 comunidades rurais que são atendidas quinzenalmente ou mensalmente de acordo com as necessidades visualizadas pela equipe. E estas são: Urupuquina, Fazenda Alto Feliz, Fazenda Alto da Esperança, Fazenda São José, Laranjeiras, Brejão, Barreirinho, Pedra Vermelha, Três Barras, Aranaã, Sítio da União, Chaves, Cupim, Soares, Lagoa Preta, Clemente Basílico, Taboquinha, Gavião, Genipapo, Angla, Água Amarela, Boa Vista, Água Branca, Aurífero, Córrego Pimenteira, Córrego do Natal, Campo de Avião Aurífero, Fazenda de Quincas Cabral, Barreirão / João Reis, Fazenda de Cláudio Dupim, Caldo de Cana, Fazenda de Írio Pascoal, Lagoa de Peixe, Córrego de Areia Nesses locais os atendimentos são realizados uma vez por mês e de quinze e quinze dias nos centros comunitários, salões de igrejas, escolas e casas cedidas por fazendeiros da área.

O espaço territorial é muito extenso e este fato dificulta em muito o acesso da equipe aos locais de atendimento, o acesso da população, a ocorrência de visitas domiciliares como também a participação efetiva da população nas reuniões de grupos prioritários. O relevo da região é montanhoso, há também rios, lagos e alguns córregos que atravessam a estrada, criando barreiras geográficas no percurso.

Na área de abrangência da Estratégia da Saúde da Família V - Viver com Saúde existem escolas e serviços sociais, porém não há presença de creches, cursos profissionalizantes e associações. O campo de futebol é a única área de lazer da área, apesar dos anseios da população por quadras cobertas para outros jogos.

Em razão da extensão territorial e dificuldade de acesso à sede do município, a população rural utiliza-se frequentemente dos serviços de outros municípios, especialmente Campanário e Frei Inocêncio, para consultas médica, acompanhamento pré-natal, urgências e emergências e atividades importantes como vacinação. A evasão da população rural para outros municípios tem sido uma causa responsável pela diminuição dos dados e indicadores do município.

3.1.2. Diagnóstico Situacional da ESF -Viver com Saúde

No módulo 3 – Planejamento e avaliação das ações de saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família foi solicitado a confecção do diagnóstico situacional da Estratégia da Saúde da Família V - Viver com Saúde.

A Equipe Viver Com Saúde realizou o Diagnóstico Situacional da área de sua responsabilidade no município de Itambacuri no período de Janeiro a Junho de 2010. O diagnóstico utilizou o método estimativa rápida, identificando o problema para proceder a elaboração do plano de ação.

A estimativa rápida constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem grandes gastos, constituindo uma ferramenta importante para apoiar um processo de planejamento participativo (CARDOSO, FARIA, SANTOS, 2008, p.32).

O termo problema pode ser entendido como obstáculo que impede o alcance de um determinado objetivo. Os instrumentos utilizados para a identificação de problemas foram: a observação ativa da equipe, as reuniões internas e externas, os atendimentos diários (consultas, educação em saúde, entre outros).

Como o problema foi identificado?

- ♣ Entrevista com informantes-chave: educadoras, supervisores e mães de adolescentes;
- ♣ Discussão com profissionais da equipe de saúde da família;
- ♣ Uso de informações dos sistemas de informação: SIAB; SISPRENATAL e SIH.

Os critérios utilizados para a seleção dos problemas foram: importância do problema, sua urgência e a capacidade de enfrentamento da equipe. A seleção foi baseada na análise dos pontos obtidos com base nestes critérios. O uso desses critérios para classificação dos problemas possibilitou a sua priorização e foi fundamental para elaboração do plano de ação.

4 DESENVOLVIMENTO

4.1. Situação da Gravidez na Adolescência no Brasil e Minas Gerais

Na última década do século 20, foi observado um aumento de 26% na taxa de fecundidade entre as adolescentes no Brasil (BRASIL, 2007). Essa realidade constatada pela procura dos adolescentes pelos serviços de pré-natal e maternidade e mais frequente nas populações de baixa renda, em que se encontra associada a alta fecundidade e a baixa escolaridade (BRASIL, 2005a).

Em 2000, contudo, tem início uma queda no número de nascidos vivos nas faixas etárias de 15 a 19 com um decréscimo também na faixa etária de 10 a 14 anos em 2001 (BRASIL, 2007). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), houve uma queda de nascimentos provenientes de adolescentes no período de 2000 a 2006. Em 2006, cerca de 1,0% dos nascidos vivos eram filhos de mães do grupo etário de 10 a 14 anos, enquanto 20,6% eram filhos de mães com idade entre 15 e 19 anos (IBGE, 2010).

Nos últimos cinco anos, tem sido observada uma importante redução no número de partos de adolescentes, principalmente na Região Nordeste (26%): em 2005 foram 214.865 procedimentos contra 159.036 em 2010. O Centro-Oeste aparece em seguida, com 32.792 partos, 24,4% a menos que em 2005. A região Sudeste tem permanecido abaixo da taxa média de queda, com 20,7% de partos em adolescentes, assim como as regiões Sul (18,7%) e Norte (18,5%) (BRASIL, 2011).

Segundo dados mais recentes do Ministério de Saúde (MS), mostram que a quantidade desses procedimentos em adolescentes de 10 a 19 anos caiu 22,4% no período de 2005 a 2009. Na primeira metade da década passada, a redução foi de 15,6%. De 2000 a 2009, a maior taxa de queda anual ocorreu no ano passado, quando foram realizados 444.056 partos em todo País, 8,9% a menos que em 2008. Em 2005, foram registrados 572.541. Ao longo da década, a redução total foi de 34,6% (BRASIL, 2011).

O Ministério de Saúde atribui essa tendência às campanhas destinadas aos adolescentes e a ampliação do acesso ao planejamento familiar. Em 2010 foram investidos R\$ 3,3 milhões nas ações de educação sexual e reforço na oferta de preservativos aos jovens brasileiros, além da produção e distribuição de Cadernetas de Saúde do Adolescente, contendo informações sobre temas essenciais para os mais jovens, como alimentação, saúde sexual e reprodutiva e uso de drogas. No total foram entregues quatro milhões de cadernetas em 451 municípios de Minas Gerais (BRASIL, 2011).

Em Minas Gerais, as políticas de saúde pública voltadas para a atenção a saúde dos adolescentes se efetivam em ações específicas para esta população, que refletem na redução de partos. No quadro 1, pode ser observada uma redução de 36,8% nos partos entre adolescentes em Minas Gerais realizados nos serviços de saúde pública no período de 2000 a 2009, acompanhando a tendência de queda nacional para o período.

Quadro 1. Partos de residentes em Minas Gerais na faixa etária 10 a 19 anos ocorridos nos anos 2000, 2005, 2009 e a taxa de variação do período 2000 a 2009.

Procedimentos	2000	2005	2009	% de variação (2000/2009)
Total de Partos	59.071	47.809	37.325	-36,81%

Fonte: MS DATASUS SIH- SUS -TABsAS 20/01/2010

A expansão e fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família na Atenção Básica propiciaram um suporte relevante nas ações em saúde em todo o país e em Minas Gerais. As ações voltadas para o planejamento familiar tem recebido o apoio de um profissional de saúde para avaliar qual o método contraceptivo mais adequado ao estilo de vida dos parceiros como: pílulas anticoncepcionais, a injeção de hormônios e o DIU. É recomendada a dupla proteção para que, além de evitar a gravidez, os jovens se previnam de doenças sexualmente transmissíveis (DST) (BRASIL, 2009).

4.2. Situação da gravidez na adolescência em Itambacuri

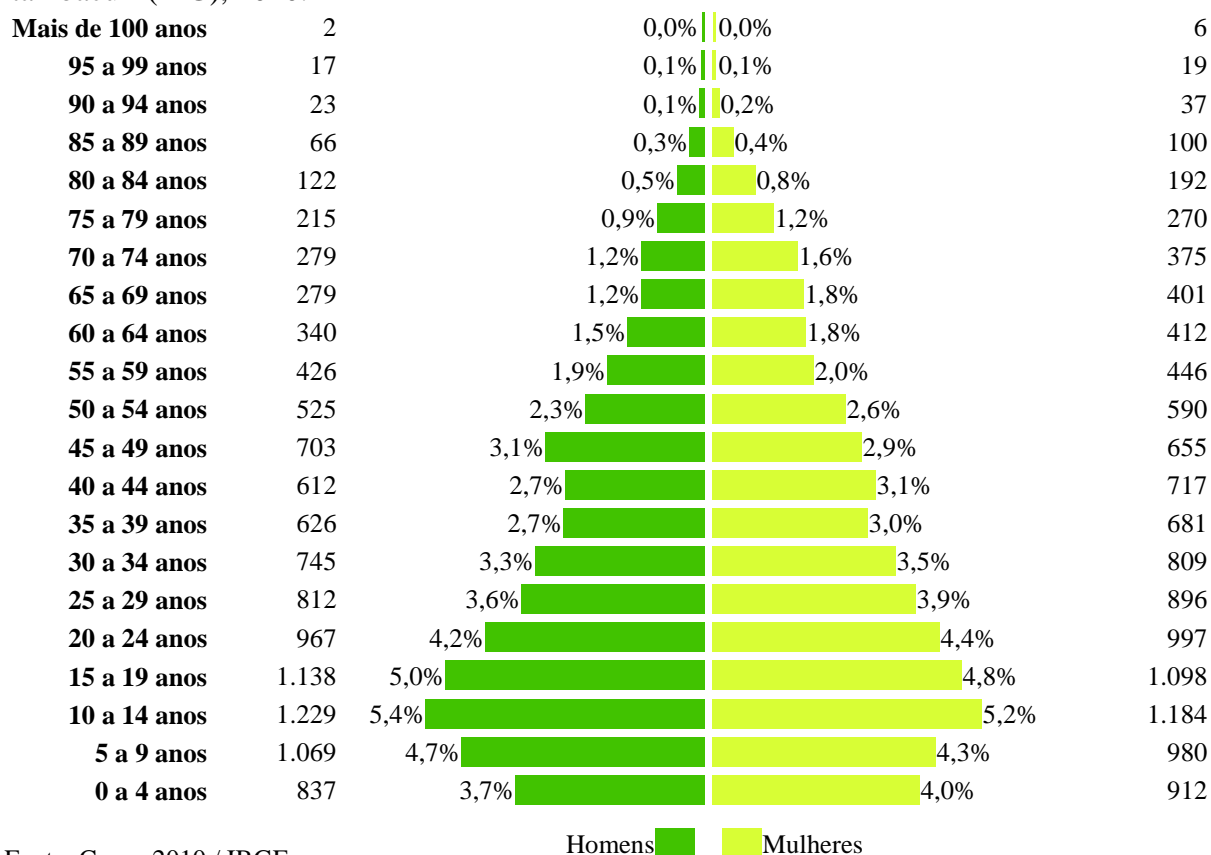
A população do município de Itambacuri é de 22.809 habitantes, sendo 51,6% feminina (IBGE, 2010). Os adolescentes (10 a 19 anos) representam 20,4% da população, sendo 49,0% do sexo feminino (Tab.1). A pirâmide populacional do município (fig.1) demonstra que o município está em transição demográfica com redução da faixa etária infantil em sua base, mas ainda com uma importante população jovem, em que os adolescentes são uma fatia importante.

Tabela 1 - Distribuição da população adolescente residente em Itambacuri, segundo faixa etária, no período de 2008 a 2010.

Faixa Etária	Ano		
	2008	2009	2010
10 a 14 anos	1096	1094	1184
15 a 19 anos	1122	1069	1098
Total	2218	2163	2282

Fonte: Censo 2010 IBGE

Fig.1. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Itambacuri (MG), 2010.



No período de 2008 a 2010, acompanhando a tendência nacional e do estado, o município teve uma pequena redução na proporção de nascidos vivos de mães adolescentes (Tab. 2). Observa-se, contudo, que a taxa de fecundidade manteve-se semelhante em 2008 e 2009 (Tab. 3) e numericamente não houve uma grande redução de nascimentos de filhos de mães adolescentes no município.

Tabela 2 - Distribuição dos nascidos vivos residentes em Itambacuri, segundo faixa etária da mãe e ano de nascimento, 2008 e 2009.

Idade da mãe	Ano de nascimento			
	2008		2009	
	n	%	n	%
10 a 14 anos	7	1,8	6	1,4
15 a 19 anos	95	24,3	94	22,5
20 a 24 anos	123	31,5	131	31,3
25 a 29 anos	84	21,5	96	23,0
30 a 34 anos	54	13,8	49	11,7
35 a 39 anos	23	5,9	32	7,7
40 a 44 anos	5	1,3	9	2,2
45 a 49 anos	0	0,0	1	0,2
Total	391	100,0	418	100,0

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Tabela 3 – População feminina adolescente, nascidos vivos de mães adolescentes e taxa específica de fecundidade, Itambacuri, 2008 e 2009.

Grupo etário	2008			2009		
	Pop. Fem..	Nascidos vivos	Taxa fecundidade	Pop. Fem..	Nascidos vivos	Taxa fecundidade
10 a 14 anos	1096	7	0,006	1094	6	0,005
15 a 19 anos	1122	95	0,084	1069	94	0,087
Total	2218	102	0,045	2163	100	0,046

Fonte: Censo 2010 IBGE / MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

A proporção de adolescentes grávidas acompanhadas pelas ESF do município apresentou uma redução no período de 2008 a 2010, visualizada nos dados do SIAB (Quadro 2) e SISPRENATAL (Quadro 3).

Quadro 2. Adolescentes grávidas acompanhadas pelas Equipes de Saúde da Família no município de Itambacuri, número e percentual no período de 2008 a 2010

Adolescentes grávidas	Ano		
	2008	2009	2010
Número	147	140	139
% sobre o total de gestantes	29,03	27,9	27,34

Fonte: *SIAB – (SMS) - Secretaria Municipal de Saúde de Itambacuri

Quadro 3. Acompanhamento de Grupos de Gestantes pelas unidades de saúde, Itambacuri, 2008 a 2010 .

Atenção à Saúde de Grupos – Gestantes	2008 (%)	2009 (%)	2010 (%)
Proporção de Gestantes Acompanhadas	98,11	100	100
Proporção de Gestantes < de 20 anos	28,30	27,90	27,34
Proporção de Gestantes c/ vacina em dia	79,24	98,83	99,28
Proporção de Gestantes c/ consultas Pré – Natal no mês	83,01	97,67	97,84
Proporção c/ consultas pré- Natal no 1º trimestre	69,08	93,02	89,93

Fonte: SISPRENATAL do Município de Itambacuri MG

Em contraposição, as internações de adolescentes por causas relacionadas à gravidez e parto apresentaram uma oscilação nesse mesmo período (Tab. 4) com aumento em 2009 e 2010.

Tabela 4 Distribuição das internações de adolescente residentes no município por causas relacionadas a gravidez e parto (CID rev. 10, cap. XV), Itambacuri, 2008 a 2010.

Faixa Etária	2008	2009	2010
10 a 14 anos	5	9	6
15 a 19 anos	84	91	90
Total	89	100	96

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A análise dos dados de três sistemas de informação (Quadro 4), permitiu comparar o número de gestantes adolescentes registradas no SIAB pelas Equipes de Saúde da Família, o número de nascidos vivos de mães adolescente registrados no SINASC e as internações de adolescentes por causas relacionadas a gravidez e ao parto registradas no SIH que registra todas as internações ocorridas no âmbito do SUS.

Na comparação, o SIAB demonstrou ter um importante poder de captação. Ressalta-se, no entanto, que uma parcela dessas gestantes não chegou a ser internadas, pois a gravidez pode ter sido concluída em aborto ou óbitos fetais.

Quadro 04 - Comparação dos dados de adolescentes, faixa etária de 10 a 19 anos, de 03 (três) sistemas de informação em saúde: SIAB, SINASC E SIH, Itambacuri, 2008 a 2010.

Sistema de Informação	2008	2009	2010
Adolescentes grávidas (SIAB)	147	140	139
Nascidos vivos (SINASC)	102	100	(sem dados)
Internações relacionadas a gravidez e ao parto (SIH)	89	100	96

Fonte: SIAB/ Secretaria Municipal de Saúde de Itambacuri - Ministério da Saúde/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – (SINASC) / Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) .

Tomando como parâmetro o ano de 2009, observa-se que 140 gestantes adolescentes foram captadas durante atendimento das ESF, dessas 100 teriam sido internadas e pressupõe-se que todos os partos tenham culminado em nascidos vivos. Entretanto, observa-se que possivelmente 40 adolescentes grávidas captadas pelas ESF, ou seja, 28,5%, tenham tido outro resultado para a sua gravidez.

Conclui-se que no município de Itambacuri, no período de 2008 a 2010 foi observada uma redução na proporção de nascidos vivos de mães adolescentes em relação ao total de nascimentos. Contudo, observa-se que o número de nascidos vivos não apresentou uma queda importante e a taxa de fecundidade permaneceu estável. Há uma redução do número de gestantes adolescentes acompanhadas pelas ESF, cerca de 5% no período de 2008 a 2010. Na comparação dos dados desde a captação dela ESF até o nascimento, verificou-se que 28,5% das gestantes adolescentes inicialmente cadastradas não concluíram a gravidez, embora o SISPRENATAL tenha apresentado 100% de cobertura no atendimento ao pré-natal. É possível que tenha ocorrido uma sub-notificação de registros. Acredita-se que essas gestantes sejam principalmente da zona rural e possam ter realizado seus partos em outros municípios em virtude da dificuldade de acesso à sede.

5 PLANO DE AÇÃO

5.1. Apresentação

A elaboração do diagnóstico situacional possibilitou a identificação dos problemas existentes na comunidade. Foi possível constatar a alta prevalência de adolescentes grávidas e que iniciavam o pré-natal tardiamente, muitas vezes, pelo medo de assumir esta condição junto aos seus familiares ou pelo desconhecimento do próprio corpo. Esta situação gerou um questionamento sobre o comportamento destes adolescentes, sendo motivo de preocupação dentro da equipe.

Este Plano de Ação foi elaborado com o objetivo de programar ações concretas para a redução da gravidez entre adolescentes no município de Itambacuri, tendo como foco principal a atenção primária à saúde com a implantação de estratégias para a promoção de saúde ao adolescente. Lembrando que para executar ações, é preciso contar com o apoio de toda a comunidade, e parceiros sociais no setor educacional.

5.2. Definição dos Problemas

O Diagnóstico Situacional realizado pela Equipe Viver com Saúde sobre a área de sua responsabilidade no município de Itambacuri possibilitou a identificação como principais problemas:

- ⤴ Alto índice de gravidez na adolescência;
- ⤴ A hipertensão arterial é a principal morbidade referida;
- ⤴ A região é endêmica para esquistossomose;
- ⤴ Falta de acesso aos serviços de saneamento básico por parcela significativa da população;
- ⤴ O alto índice de analfabetismo de crianças de 7 a 14 anos que estão fora da escola;
- ⤴ A dificuldade de realização de visitas domiciliares em virtude da grande extensão territorial do município, com prejuízo para a demanda programada e aumento da demanda espontânea;
- ⤴ O início tardio do pré-natal por cerca de 30 % das gestantes da zona rural;
- ⤴ As principais causas de morte e internação de residentes na área de abrangência da equipe são por causas sensíveis à atuação da atenção básica.

5.3. Priorização de Problemas

Depois de identificados os principais problemas foram analisados e selecionados quanto à prioridade, ou seja, conforme sua importância (alto, médio ou baixo), distribuindo pontos conforme sua urgência e capacidade de enfrentamento da equipe (Quadro 5).

Quadro 5 - Principais problemas identificados durante diagnóstico situacional da ESF Viver com Saúde classificados segundo importância, urgência, capacidade de enfrentamento e seleção, Itambacuri, 2011.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade Enfrentamento	Seleção
Risco cardiovascular aumentado	Alta	8	Sim	01
Alto índice de gravidez na adolescência	Alta	8	Sim	01
Região endêmica para esquistossomose	Alta	7	Parcial	02
Falta água potável/ Alto consumo de água contaminada	Alta	5	Parcial/não	02
Destino inadequado de lixo e dejetos humanos	Alta	5	Fora	04

Fonte: Diagnóstico Situacional ESF Viver com saúde.

Entre os principais problemas identificados, dois foram selecionados por apresentarem importância alta, urgência 8, com capacidade de enfrentamento da Equipe: risco cardiovascular aumentado e alto índice de gravidez na adolescência. A gravidez na adolescência foi o tema escolhido por se tratar de um assunto importante e por despertar interesse de trabalho na equipe da unidade de saúde.

5.4. Explicação do Problema

Para melhor compreensão do problema do alto índice de gravidez na adolescência, foram detalhadas suas principais causas e consequências. As causas da gravidez na adolescência são múltiplas, dentre elas podemos citar (MINAS GERAIS, 2006, p.106):

- △ Diminuição da idade da menarca;
- △ Iniciação sexual cada vez mais precoce;
- △ Falta ou inadequação das informações quanto à sexualidade e aos métodos contraceptivos;
- △ Não utilização de métodos, por receio que seus pais descubram que está tendo relações

sexuais;

- ♣ Baixo acesso aos serviços de saúde;
- ♣ Busca de confirmação da fertilidade;
- ♣ Pensamento mágico (“isto nunca vai acontecer comigo”);
- ♣ Histórico e presença de conflitos familiares;
- ♣ Faltas regulares as aulas e reprovações escolares, expectativas e perspectivas educacionais e profissionais ausentes ou baixas;
- ♣ Falta de uma comunicação aberta entre pais e filhos.

Observou-se que o início da atividade sexual dos adolescentes acontece de forma prematura, geralmente sem proteção anticoncepcional ou feita de maneira irregular e incorreta. As consequências da gravidez não planejada, segundo a linha guia Atenção à Saúde do Adolescente (MINAS GERAIS 2006) são:

a) Consequências orgânicas para a mãe: Anemia, menor ganho de peso, hipertensão gestacional, doenças sexualmente transmissíveis, maior morbimortalidade no parto e puerpério, maior números de abortos espontâneos e de partos prematuros.

b) Consequências para o bebê: aumento do número de natimortos e mortes prematuras, recém nascido (RN) de baixo peso, morte súbita nos primeiros seis meses de vida e internações e acidentes na infância.

c) Consequências sociais e psicológicas: ocorrência de abortos provocados, dependência financeira dos adultos, abandono ou interrupção dos estudos, dificuldade de retorno à escola, profissionalização deficiente e dificuldade de inserção no mercado de trabalho e/ou isolamento social, ausência do pai durante a gestação e a vida da criança, maior risco de depressão e suicídio e maior risco de exploração sexual.

Desenho das operações

- Público alvo: 100% adolescente da área de abrangência da equipe.
- Descrição: Qualificar a atenção à saúde do adolescente.

Produtos esperados:

- ♣ Profissionais de saúde atendendo adolescentes conforme o preconizado pelo protocolo da Atenção à Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado de Saúde;
- ♣ Adolescentes da área de abrangência classificados segundo risco e com priorização de ações pela equipe. **Classificados como em risco:** adolescentes que tenham iniciado

atividade sexual precocemente, que tenham irmãs grávidas adolescentes ou que foram mães adolescentes; estejam faltando com frequência a escola, com evasão escolar e com problemas escolares, residam em áreas de riscos à saúde e onde há aumento de violência; inseridos em famílias desestruturadas, estejam sofrendo ou em risco de sofrer violência doméstica e adolescentes com doenças crônicas e necessidades especiais (MINASGERAIS, 2006, pg.23)

- ♣ Processo de trabalho revisado e reorganizado voltado para o atendimento ao adolescente pela equipe de saúde e da educação;
- ♣ Relação comunicativa no núcleo familiar (pais, mães, responsáveis por adolescentes) estimulada por meio de espaços de convivência local, teatros, oficinas etc.
- ♣ Parceria de Sucesso, Saúde x Educação, trabalho em conjunto para o atendimento ao adolescente.
- ♣ População adolescente sentindo-se responsável e mais informada acerca da sexualidade e dos principais riscos.

5.5 Seleção dos nós críticos

Para o enfrentamento desse problema, foram avaliados quais seriam os “nós críticos”, que foram identificados como sendo (Quadro 6):

- ♣ Déficit do nível de informação dos adolescentes;
- ♣ Vulnerabilidade inerente à idade;
- ♣ Fragilidade da estrutura familiar;
- ♣ Distanciamento entre serviços de saúde e educação;
- ♣ Falta de opções de lazer.

Quadro 6 - Desenho das operações para os “nós críticos” alto índice de gravidez na adolescência

Nó crítico	Operação / Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperado	Recursos
<p>Déficit do nível de informação dos adolescentes</p>	<p>Juventude: Conhecendo e Praticando</p> <p>Ofertar informações para ampliar o controle dos adolescentes sobre a sua sexualidade.</p>	<p>Cem por cento dos adolescentes da área de abrangência da ESF informados e com mais conhecimento e controle sobre a sua sexualidade.</p>	<p>Profissionais preparados para informar sobre sexualidade reprodutiva, atividade sexual e métodos contraceptivos.</p> <p>Programa Adolescentes multiplicadores;</p> <p>Capacitação dos adolescentes.</p>	<p>Organizacional: <i>Capacitação dos profissionais de saúde.</i> <i>Organização da agenda e de espaço físico para as atividades.</i></p> <p>Cognitivo:- <i>Participação semestral da ação Educação em Saúde dos profissionais da unidade, equipamentos sociais, principalmente a escola;</i></p> <p>Político: <i>Espaço na rádio local, mobilização social e articulação Intersetorial com a rede educacional, assistência social etc.</i> <i>Mobilizar os adolescentes para serem multiplicadores</i></p> <p>Financeiro: <i>Articulação com a gestora, liberação de recursos financeiros para aquisição do material didático.</i></p>

Vulnerabilidade inerente á idade	Adolescente em Ação	Diminuição da vulnerabilidade.	Grupo de promoção à saúde, com a participação de parceiros: psicólogos.	Organizacional: <i>Elaboração de um cronograma com horários e datas em que o grupo estará disponível para as atividades;</i>
	Reconhecer as diversidades existentes entre os adolescentes conscientes enquanto sujeito de sua história.	Fortalecimento dos adolescentes para tomada de decisões conscientes.	Participação de todos os adolescentes nos grupos educativos sobre sexualidade segura. Fornecimento de métodos anticoncepcionais (preservativos masculinos e femininos e pílulas de baixa dosagem) para todos os adolescentes que manifestarem interesse.	Cognitivas:- <i>Conhecimento sobre o tema e elaboração de estratégias para alcançar objetivos;</i> Político: <i>Articulação com a saúde mental.</i> <i>- Parceiros de Projeto habilidades e conhecimentos científicos dos profissionais ESF</i> <i>- políticas públicas de saúde específicas, articulação intersetorial (parceria com setor educacional, assistência social, comunidade e mobilização social.</i> Financeiro: <i>Obtenção de recursos que garantam o fornecimento de métodos anticoncepcionais</i>

Fragilidade da estrutura familiar	Convivência Melhor	Sensibilização dos responsáveis quanto a importância da comunicação no seio familiar.	Programa Encontro de casais com troca de experiências familiares.	Organizacional: <i>Elaboração de uma agenda e do espaço físico para as atividades;</i> <i>Adequação de fluxos (referência e contra referências), participação dos profissionais da equipe da saúde nas oficinas, reuniões, parcerias intersetoriais;</i>
	Estimular as relações intrafamiliar.	Criação de ambiente propício para a troca de experiências familiares.	Orientação a todos os adolescentes para participarem dos grupos operativos sobre drogas lícitas ou ilícitas.	<i>Estrutura física da unidade de saúde, equipamentos tecnológicos do setor educacional.</i>
	Saber +		Identificação dos usuários das substâncias, realização de atividades específicas para adolescentes com uso esporádico e encaminhamento de todos os adolescentes com abuso ou dependência química para tratamento especializado.	Cognitivos- <i>Informação sobre o tema, elaboração de projetos para o emfretamento do problema,</i> Político: <i>Articulação intersetorial com os grupos religiosos;</i> Financeiro- <i>Apoio logístico da secretaria municipal de saúde.</i>

**Distanciamento
entre serviços de
saúde e educação**

Linha do cuidado

Parceria entre o setor educação e saúde. Incorporar no serviço público práticas de promoção à cidadania. Attingir 100% dos adolescentes da área de abrangência da ESF.

Parcerias de Atividades Físicas e Culturais. Realizar consultas de acompanhamento trimestrais médicas e de enfermagem alternadas para os adolescentes. Realizar ações de prevenção específicas para os adolescentes.

Realizar encaminhamento para o serviço de referência de acordo com as indicações promover e, estimular a participação nos grupos educativos para adolescentes e seus familiares.

Organizacional:

Organização da agenda, mobilização dos estagiários de educação física, organização do espaço físico para as atividades, permitindo o acesso dos adolescentes local. Adequação de fluxos (referência e contra referências), organização da agenda, participação dos profissionais da equipe da saúde nas oficinas, reuniões, parcerias intersectorial (educação, assistência social, ONGS, pastorais, igrejas etc.), estrutura física da unidade de saúde, equipamentos tecnológicos do setor educacional);

Cognitivos-

Formação sobre o tema, elaboração de projetos para o enfrentamento do problema, Financeiro- Apoio logístico da secretaria municipal de saúde.

Político: *Articulação com o setor de educação.*

Financeiro: *Buscar financiamento para o projeto.*

<p>Falta de opções de lazer</p>	<p>Saúde e Diversão Resgatar a auto-estima dos adolescentes. Implantação de locais para realização de atividades de lazer.</p> <p>Aumentar a oferta de opções culturais, Diminuir a ociosidade do grupo.</p> <p>Organização de eventos e atividades de lazer educativas com os adolescentes.</p>	<p>Organizacional: organizar o grupo (local e instrutores).</p> <p>Cognitivo: elaborar o projeto e estratégias de ensino.</p> <p>Político: Articulação intersetorial e aprovação do projeto.</p> <p>Financeiro: Buscar financiamento para o projeto.</p>

5.6. Viabilidade do Plano

Foram analisados quais seriam os atores responsáveis pelos diferentes recursos críticos selecionados e qual seria o grau de motivação (favorável, indiferente ou contrário) para realizá-lo.

“São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los” (Campos, Faria, Santos. 2010, p.71).

Quadro 07 – Proposta de ações para motivações dos atores

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Juventude: Conhecendo e Praticando	<p>Organizacional: obtenção do espaço físico;</p> <p>Político: conseguir o espaço na rádio local.</p> <p>Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.</p> <p>Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação.</p>	<p>Secretário Municipal de Saúde Equipe de ESF</p>	<p>Favorável Favorável Favorável</p>	<p>Apresentar Projeto</p>
Adolescente Em Ação	<p>Político: Articulação com a saúde mental.</p> <p>Articulação intersetorial (parceria com setor educacional, assistência social, comunidade e mobilização social).</p> <p>Financeiro: Obtenção de recursos que garantam o fornecimento de métodos anticoncepcionais.</p>	<p>Equipe da Saúde da Saúde Equipe de Saúde Mental Gestor Municipal</p>	<p>Favorável Favorável</p>	<p>Apoio de todos os profissionais da Saúde Família.</p>
	Organizacional:			

Convivência Melhor	Espaço físico para as atividades. Estrutura física da unidade de saúde, equipamentos tecnológicos do setor educacional. Político: Articulação intersetorial com os grupos religiosos. Financeiro: Apoio logístico da secretaria municipal de saúde.	Secretário Municipal de Saúde Coordenador da Atenção Básica Enfermeira da Estratégia da Saúde da Família.	Favorável	Não é necessária
Linha de Cuidado	Político: Articulação com o setor de educação. Financeiro: Buscar financiamento para o projeto	Profissionais da Estratégia da Saúde da Família	Favorável	Apresentar Projeto aos Profissionais da Saúde da Família
Saúde e Diversão	Político: Articulação intersetorial e aprovação do projeto; Financeiro: Financiamento do projeto.	Prefeito Secretário Municipal de Saúde Coordenador da Atenção Básica	Favorável	Apresentar projeto de estruturação da rede

5.7. Elaboração do Plano Operativo

A proposta do plano será apresentada aos profissionais da ESF para definição dos responsáveis por cada operação, salientando que os mesmos podem contar com o apoio de outras pessoas. A planilha será preenchida após estabelecimento de prazos para execução de cada operação.

Quadro 08 – Plano Operativo

Operações/ Projetos	Resultados	Produtos	Ação estratégica	Responsável	Prazo
Juventude: Conhecendo e Praticando	100% dos adolescentes da área de abrangência da ESF informados e com mais conhecimento e controle sobre a sua sexualidade.	Profissionais preparados para informar sobre sexualidade reprodutiva, atividade sexual e métodos contraceptivos. Programa Adolescentes multiplicadores; Capacitação dos adolescentes.	Apresentar Projeto	Equipe da Saúde da Família V - Viver com Saúde: Enfermeiro, Médico técnico de Enfermagem e ACS	Janeiro a Junho
Adolescente em Ação	Diminuição da vulnerabilidade Fortalecimento dos adolescentes para tomada de decisões conscientes	Grupo de promoção à saúde, com a participação de parceiros: psicólogos. Participação de todos os adolescentes nos grupos educativos sobre sexualidade segura. Fornecimento de métodos anticoncepcionais (preservativos masculinos e femininos e pílulas de baixa dosagem) para todos os adolescentes que manifestarem interesse.	Apoio de Todos os profissionais da Saúde Família.	Equipe da Saúde da Família, CRAS - Centro de Referência de Assistência Social, CREAS, Líderes Comunitários	Janeiro a Dezembro
Convivência Melhor	Sensibilização dos responsáveis quanto à importância da comunicação no seio familiar; Criação de ambiente propício para a troca de experiências familiares.	Programa Encontro de casais com troca de experiências familiares. Orientação a todos os adolescentes para participarem dos grupos operativos sobre drogas lícitas ou ilícitas. Identificação dos usuários das substâncias, realização de atividades específicas para adolescentes com uso esporádico e encaminhamento de todos os adolescentes com abuso ou dependência química	Não é necessária	Equipe da Saúde da Família, Pastoral da Família, Liderança Comunitária Escola (Diretores Professores e Orientador pedagógico escolar.	Durante todo o ano

		para tratamento especializado.			
Linha de Cuidado	Parceria entre o setor educação e saúde; Incorporar no serviço público práticas de promoção à cidadania. Attingir 100% dos adolescentes da área de abrangência da ESF.	Programas de Atividades Físicas e Culturais. Realizar consultas de acompanhamento trimestrais médicas e de enfermagem alternadas para os adolescentes, Realizar ações de prevenção específicas para os adolescentes; Realizar encaminhamento para o serviço de referência de acordo com as indicações Promover e, estimular a participação nos grupos educativos para adolescentes e seus familiares.	Apresentar Projeto aos Profissionais da Saúde da Família	Enfermeira da Unidade de Saúde, x Educação, e CRAS e CREAS.	Janeiro a Dezembro
Saúde e Diversão	Resgatar a auto-estima dos adolescentes. Diminuir a ociosidade do grupo.	Implantação de locais para realização de atividades de lazer. Organização de eventos e atividades de lazer educativas com os adolescentes;	Apresentar projeto de estruturação da rede	Equipe da Saúde da Família Viver com Saúde, Educação (Professo-res (professor de educação física).	Prazo de 01 ano

5.8. Gestão do Plano

“O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão” (Campos, Faria, Santos. 2010, p.75).

Sabendo que o plano de ação bem formulado e estruturado não é suficiente para garantir seu sucesso, é necessário buscar apoio do sistema de gestão para garantia dos recursos utilizados, promovendo a comunicação entre o planejador e executor.

As planilhas abaixo serão utilizadas no monitoramento das operações, deverão ser preenchidas após as discussões com a equipe com definição de responsáveis e prazos.

Quadro 09 – Planilhas para gestão das operações

Operação: Juventude Conhecendo e Praticando					
Coordenação:					
Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Profissionais preparados para informar sobre sexualidade reprodutiva, atividade sexual e métodos contraceptivos.	Enfermeira, Médico	06 (seis) meses			
Programa Adolescentes multiplicadores.	Enfermeira, Médico e ACS.	06(seis) meses			
Capacitação dos adolescentes.	Enfermeira, Médico e ACS e parceiros sociais: psicólogo	04 (quatro) meses			
Operação: Adolescente em Ação					
Coordenação:					
Grupo de promoção à saúde, com a participação de parceiros: psicólogos.	Enfermeira, Médico e ACS e CRAS, CREAS.	03 (Três meses)			
Participação de todos os adolescentes nos grupos educativos sobre sexualidade segura.	Enfermeira e adolescentes capacitados	03(Três meses)			
Fornecimento de métodos anticoncepcionais (preservativos masculinos e femininos e pílulas de baixa dosagem) para todos os adolescentes que manifestarem interesse.	Enfermeira, da ESF V	Imediato			
Operação: Convivência Melhor					
Coordenação:					
Programa Encontro de casais com troca de experiências familiares.	Enfermeira, Pastoral da Família Casais da comunidade	04 (Três meses)			
Orientação a todos os adolescentes para participarem dos grupos operativos sobre drogas lícitas ou ilícitas;	Enfermeira, ACS, Professores e Líderes comunitário e todos os profissionais	03 (três meses)			

	da Equipe.				
Identificação dos usuários das substâncias, realização de atividades específicas para adolescentes com uso esporádico e encaminhamento de todos os adolescentes com abuso ou dependência química para tratamento	Enfermeira, Médico e Diretores das escolas, líder comunitário.	03 (três meses)			
Operação: Linha de Cuidado					
Coordenação:					
Programas de Atividades Físicas e Culturais;	Enfermeira, Escola (Diretora, professores – educador físico e SMS/ Coordenação da Atenção Primária Municipal	06(Três meses)			
Realizar consultas de acompanhamento trimestrais médicas e de enfermagem alternadas para os adolescentes, Realizar ações de prevenção específicas para os adolescentes;	Enfermeira e Médico da Equipe da Família Viver Com Saúde	Imediato			
realizar encaminhamento para o serviço de referência de acordo com as indicações	Enfermeira e Médico da Equipe da Família Viver Com Saúde	02(Dois meses)			
promover e, estimular a participação nos grupos educativos para adolescentes e seus familiares.	Enfermeira da Equipe da Unidade de Saúde da Família Viver com Saúde.	Imediato			
Operação: Saúde e Diversão					
Coordenação:					
Implantação de locais para realização de atividades de lazer.	Gestor Municipal de Saúde e Coordenação da Atenção Primária a Saúde e Prefeito.	12 (Doze meses)			

Organização de eventos e atividades de lazer educativas com os adolescentes.	Enfermeira da Unidade de Saúde da Família Viver com Saúde.				
--	--	--	--	--	--

Após a implementação da proposta de intervenção serão realizadas avaliações semestrais do plano de ação. A avaliação será pautada no número de gestantes adolescentes grávidas captadas e tempo de captação pelos ACS em cada micro área.

A cada trimestre será realizado uma avaliação das gestantes adolescentes captadas precocemente, durante o primeiro trimestre de gravidez, dos adolescentes identificados e classificados em situação de risco e vulnerabilidades sociais na área abrangência da ESF – Viver com Saúde. A avaliação da efetividade das ações propostas pelo plano de ação será realizada por meio do alcance da meta proposta que é a redução da incidência de gravidez nesta faixa etária.

6 COMENTÁRIOS FINAIS

O Curso de Especialização em Saúde da Família possibilitou o resgate de minha trajetória profissional. Esta oportunidade inovadora motivou-me na busca de novos conhecimentos sobre a realidade dos adolescentes, especialmente no que tange á questão da gravidez na adolescência. Por meio da análise dos dados sobre a realidade local, pude identificar a importância do problema das adolescentes grávidas de nossa área de abrangência, sendo utilizados instrumentos tais, como SIAB, observação ativa da realidade local e rotinas dos atendimentos da Unidade de Saúde e do diagnóstico situacional elaborado no decorrer do curso.

Neste percurso, fiz uma observação importante referente ao atendimento prestado pela equipe e o que realmente os profissionais da Estratégia da Saúde da Família V - Viver com Saúde almejava oferecer, pois embora exista uma vontade dos profissionais de saúde de prestar uma assistência de acordo com as necessidades e problemas da população, há um vazio assistencial aos adolescentes.

Importantes questões tem influenciado esse cenário, tais como: a grande extensão rural, com barreiras geográficas, que tem ocasionado a dificuldade de acesso dos profissionais às regiões rurais; a característica do atendimento itinerante que, muitas vezes, impede o funcionamento da unidade básica como porta de entrada do sistema, ocasionando a captação tardia dos adolescentes. Outro grande problema: a rotatividade de profissionais, que dificulta a continuidade do cuidado.

Diante dessas questões surgiu a necessidade e o interesse em aprofundar conhecimentos sobre a dinâmica que rege a construção social do adolescente e propor um plano de ação que pudesse orientar as ações da equipe e auxiliar na redução da gravidez das adolescentes. A pesquisa bibliográfica relacionada ao tema me conduziu a uma nova forma de pensar e de organizar está questão.

O adolescente passa por profundas transformações físicas durante o processo pubertário. Observei que em sua evolução psíquica o adolescente tem comportamentos variados (introvertido e extrovertido), antecipa o que é de seu interesse e posterga o que não é, quer ser ele mesmo e imita o outro, acha-se lindo e acha-se feio. As discussões sobre a sexualidade e gravidez na adolescência não podem ocorrer de forma isolada do contexto sócio-cultural no qual estão inseridos os jovens.

Compreender a complexidades e peculiaridades do universo do adolescente, entender o

processo de individualização juvenil, conhecer suas percepções sobre saúde e risco foram passos fundamentais para obter a efetividade da promoção à saúde dos adolescentes.

Constatei que o planejamento e a elaboração de propostas precisam estar respaldados nas leis específicas que regem o assunto. As ações devem ser estruturadas, de forma que possibilitem ao jovem a oportunidade para refletir sobre seus valores e atitudes. Ao elaborar o plano de ação para o acompanhamento da Gravidez na Adolescência da Estratégia da Saúde da Família V- Viver com Saúde percebi a importância de fazer um diagnóstico situacional para conhecer melhor os problemas da área de abrangência passíveis de ações específicas por parte da equipe. O plano de ação foi elaborado com a esperança de buscar soluções criativas, para os problemas pertinentes à gravidez na adolescência.

7 CONCLUSÃO

Esse estudo possibilitou observar que os adolescentes expressam a sexualidade de várias formas, pois eles sofrem diferentes influências do meio externo, tem relações pessoais próprias e reagem de maneiras diversas às interferências do meio em que vivem. Por tudo isso, temos que ter consciência do nosso importante papel como profissionais de saúde para que nossos valores e opiniões não sejam transferidos para eles. Devemos apenas apoiá-los, de maneira que os adolescentes se tornem sujeitos de sua própria vida.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M., CASTRO, M. G., SILVA, L. B. Juventudes e sexualidade. Brasília: UNESCO. 2004, p.428.

AQUINO, E.M.L. et al. Adolescência e Reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19 (Sup.2) p.377-338, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Atenção integral ao adolescente. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de DST/AIDS, Brasília, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: Textos Básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. 344p.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Normativos Internacionais. Convenções n.138 e 182, e Recomendação n.190-OIT. Portaria Nº6/2002-MTE. Ministério da Justiça. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, Departamento da Criança e do Adolescente (DCA). Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) Brasil Brasília: 2002 p.224.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF); 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a, p.60.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde .Programa Nacional de DST E AIDS. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p.24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens. Brasília (DF), 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde .Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde ,2007d. 68p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Cadernos de Atenção Básica. Brasília (DF); 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível no site: <www.saude.gov.br/SIAB>. Acesso em 10/03/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL). Disponível no site: <<http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php?area=01>>. Acesso em 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal de notícias. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias>>. Acesso em 10/03/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2009 BRASIL. Ministério da Saúde. Portal de notícias. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias>>. Acesso em 10/03/2011.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P., SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

CANNON, L.R.C.et al. Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira:construindo uma agenda nacional .Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde,1999.

CARIDADE, Amparo. O Adolescente e a Sexualidade.In:Brasil.Ministério da Saúde.Secretaria de Políticas de Saúde .Área de Saúde do Adolescente e do Jovem.*Cadernos Juventude Saúde e Desenvolvimento*.Brasília:Ministério da Saúde, p.206-212, 1999.

CAVASIN, S.(Org.). Gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos: estudo exploratório em cinco capitais brasileiras e vulnerabilidade social: relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: ECOS, 2004.

COIMBRA, C.C. BOCCO, F. NASCIMENTO, M.L. Subvertendo o conceito de adolescência. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v.57, n.1,p.2-11, 2005.

GOMES,W. de A. et al .Nível de informação sobre adolescência ,puberdade e sexualidade entre adolescentes. **Jornal de Pediatria**. v.78, n.4:p.301-308, 2002.

GROSSMAN, E. A construção do conceito de adolescência no Ocidente. **Adolesc. Saúde**;7(3):47-5, 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1445&id_pagina=1>. Acesso em 20/04/2010.

JESUS, B. et al. Diversidade Sexual na Escola: uma metodologia de trabalho com adolescentes e jovens. São Paulo: ECCOS, 2006, p.84.

MEAD, Margaret. Adolescência y cultura em Samoa. Buenos Aires: Paidós, 1951.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção á Saúde do Adolescente. Belo Horizonte: SES/MG, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde , Curso de Capacitação :Atenção Integral á Saúde do Adolescente.Belo Horizonte, 2011.

MOREIRA, T. M. M.; VIANA, D. de S.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B.. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista Escola de Enfermagem**, 2008; 42(2): 312-20. Disponível:<www.scielo.br/pdf/reeusp/v42/a14.pdf>. Acesso em 01/09/2011.

NEGREIROS, Teresa Creusa de Góes Monteiro. Sexualidade e Gênero no envelhecimento. *Revista Alceu* .v5,n.9,p77-86,jul./dez, 2004.

MOTTA, M. G. C. et al. Vivências da mãe adolescente e sua família. **Acta Scientiarum. Health Sciences**: Maringá, v. 26, nº1, p.249-256, 2004. Disponível em <www.scielo.br/pdf/ape/v22n3.pdf>. Acesso em 01/07/2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde. Brasília: OMS/OPA, 2000. Plataforma de ação. Pequim: ONU, 2000

PIROTTA, W. R. B. e PIROTTA, K. C. M. O Adolescente e o Direito à Saúde após a Constituição de 1998. *Caderno Juventude, Saúde e Desenvolvimento*. Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Volume 1. Brasília, 1999.

SILVA, G. L., BIFFI, E. F. Fatores que contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência. **Caderno Espaço Feminino**, v.18,n.2,ago/set, 2007.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

