

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

SAMILA QUEIROZ SANTOS

**GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: PLANO DE AÇÃO PREVENTIVA
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO JOÃO PAULO
II/MUNICÍPIO DE BARBACENA- MINAS GERAIS**

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS

2014

SAMILA QUEIROZ SANTOS

**GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: PLANO DE AÇÃO PREVENTIVA
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO JOÃO PAULO
II/MUNICÍPIO DE BARBACENA- MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. Dr. Eugênio Marcos de Andrade Goulart

CONSELHEIRO LAFAIETE- MINAS GERAIS

2014

SAMILA QUEIROZ SANTOS

**GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: PLANO DE AÇÃO PREVENTIVA
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO JOÃO PAULO
II/MUNICÍPIO DE BARBACENA- MINAS GERAIS**

Prof. Dr. Eugênio Marcos de Andrade Goulart – orientador

Prof. Dr. Alisson Araújo – UFSJ

Aprovado em Belo Horizonte, em: 27 de fevereiro de 2014

Agradeço ao meu esposo João Paulo, que com paciência, deu-me todo o incentivo e apoio para continuar a caminhada, mesmos nos momentos de dificuldade e diante dos obstáculos enfrentados. E à minha família pelo apoio e por confiar em meu trabalho. Ao corpo docente do curso de especialização em atenção básica em saúde da família pela dedicação e pelas orientações preciosas, pois cada um de vocês fez parte do meu sucesso.

Agradeço à Deus por estar sempre presente e no controle de tudo, pois os planos de Deus jamais serão frustrados.

“Escolha um trabalho que você ame e não terá que trabalhar um único dia em sua vida”.

Confúcio

RESUMO

A gestação na adolescência no bairro João Paulo II do município de Barbacena é um problema a ser enfrentado pelas equipes de saúde da família. Este foi o problema de maior relevância detectado quando da realização do diagnóstico situacional realizado no território da Unidade Básica de Saúde João Paulo II. O objetivo deste trabalho foi propor estratégias para o enfrentamento dos principais determinantes da gestação na adolescência, para reduzir assim os índices deste agravo em adolescentes. Foi coletado dados do SIAB e PMA2 de 2012 e realizado revisão bibliográfica embases de dados da SCIELO, COCHRANE e LILACS, com a seleção de trabalhos publicados no período de 2005 a 2012. A partir do estudo das publicações e da análise dos dados foi elaborado um plano de ação para enfrentamento de gestações na adolescência. O número de adolescentes, em setembro 2012, na faixa etária de dez a quatorze anos era de 149 do sexo masculino (4,85 % da população do bairro) e 142 do feminino (4,06 %), no total de 3072 habitantes temos 291 jovens de dez a quatorze anos (9,47 % da comunidade). Temos 142 adolescentes de dez a quatorze anos e 133 adolescentes de quinze a dezenove anos, totalizando 276 adolescentes do sexo feminino de dez a dezenove anos. Dessas, seis são gestantes (2,18%) de 10 a 19 anos registradas no mês de setembro de 2012. Temos 30 mulheres em idade fértil (2,27%) de dez a vinte anos ou mais. Segundo SIAB, são 24 (2,9%) gestantes cadastradas igual ou acima de 20 anos registradas no mês de setembro de 2012. A equipe de saúde da família deve estar capacitada e preparada para atender de forma integral estas adolescentes em suas necessidades; abordando principalmente o autocuidado. A atenção à saúde do adolescente deve ser integral, atendendo de forma eficaz suas reais necessidades. Para tanto, a equipe deve-se organizar-se para criação de palestras educativas na comunidade, nas escolas, ir até o adolescente e de forma criativa atrair os mesmos até os grupos operativos que gerem informações, que despertem o adolescente, que os envolva e permita que sejam ativamente participantes desses grupos; ou seja, sejam sujeitos ativos dessa ação.

PALAVRAS- CHAVES: gravidez adolescência. Prevenção. Programa Saúde Família. Fatores Psicossociais. Perfil Gestantes Adolescentes.

ABSTRACT

The teenage pregnancy in the neighborhood John Paul II to the city of Batley is a problem being faced by the family health teams. This was the issue of greatest relevance detected when conducting situation analysis conducted within the Basic Health Unit John Paul II. The aim of this study was to propose strategies for addressing the key determinants of teenage pregnancy, thereby reducing rates of this disorder in adolescents. We collected data SIAB e PMA2 in 2012 and performed a literature review of data embases SCIELO, LILACS and COCHRANE, with the selection of papers published in the period 2005 a 2012. Based on the study of publications and data analysis an action plan was drawn up for coping with teenage pregnancies. The number of teenagers in September 2012, aged ten to fourteen years was 149 males (4,85 % of the district population) and 142 females (4,06 %) for a total of 3072 people have 291 young people from ten to fourteen years (9,47 % of the community) . We have 142 adolescents aged ten to fourteen years and 133 adolescents aged fifteen to nineteen years, totaling 276 female adolescents from ten to nineteen. Of these, six are women (2.18 %) from 10 to 19 years registered in September 2012. We have 30 women of childbearing age (2.27 %) from ten to twenty years or more. According SIAB are 24 (2.9 %) enrolled pregnant women at or above 20 years recorded in the month of September 2012 The family health team must be trained and prepared to meet in full these teens on their needs ; primarily addressing self-care. The attention to adolescent health must be comprehensive, effectively meeting their real needs. For this, the staff should be organized to create educational lectures in the community, in schools , go to the teen and creatively attract them to the operating groups that manage information, to arouse the teenager, and involving the allow them to be actively involved in these groups; assets that action ie undergoes .

KEY WORDS: pregnant teens, prevention, family health program, psychosocial factors, profile pregnant teens.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	18
4 MATERIAL E MÉTODO	19
5 RESULTADO	20
6 PLANO DE AÇÃO FRENTE À GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA	23
7 DISCUSSÃO	35
8 CONCLUSÃO	38
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) delimita o período da adolescência entre a faixa etária de 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade e o situado entre 15 e 24 anos como juventude. Esta convenção da OMS é seguida pelo ministério da Saúde para definir a adolescência. (BRASIL, 2010) Enquanto que o Estatuto da criança e do adolescente, em vigor desde 1990, define a adolescência como faixa etária entre 12 a 18 anos. (GRILLO *et al.*, 2011). Adota ainda o termo “pessoas jovens” para se referir ao conjunto de adolescentes e jovens, ou seja, à abrangente faixa compreendida entre 10 e 24 anos. (BRASIL, 2010). Segundo Nery *et al.* (2011), 20% da população mundial estão na faixa etária de 10 e 19 anos. No Brasil, são 35 milhões de adolescentes de ambos os sexos na mesma faixa etária.

As “fronteiras da adolescência e da juventude não estão dadas de modo homogêneo e fixo”, dependerão da vivência e experiências individuais. (BRASIL, 2010 *apud* PORTELA; PORTELA, 2005).

O contexto da adolescência é complexo, pode se disser que é um processo pelo qual o indivíduo passa por transformações físico psíquicas importantes e graduais, além das variedades de experiências vivenciadas por cada um dentro de um perfil sociocultural da comunidade na qual está inserido. Estas transformações definirão o perfil biopsíquico desse adolescente no futuro.

Segundo Brasil *et al.* (2010), a vida de um adolescente é marcada por um natural distanciamento dos pais em direção á independência, emancipando hábitos e atitudes, adquirindo valores e comportamentos de amigos. O meio em que vivem irá exercer forte influência comportamental e na forma de pensar, como exemplo a “indústria de entretenimento, veículos de comunicação em massa, instituições comunitária e religiosas.” Eles encontram em um “processo de formação e cristalização” e a “o mesmo tempo, a sociedade e a família

passam a exigir do indivíduo, ainda em crescimento e maturação, maiores responsabilidades com relação a sua própria vida”.

Estes segmentos populacionais estão mais vulneráveis a diversos “fatores biológicos e psicológicos, culturais, socioeconômicos, políticos, étnicos e raciais.” Dessa forma, faz-se necessário a implementação de projetos para educação formal, acesso aos serviços de saúde, atividades de lazer, oportunidades para desenvolvimento vocacional e inserção no mercado de trabalho. (BRASIL, 2010). Criou-se o Estatuto da Criança e do Adolescente como forma de determinar leis de proteção a esses, além de direcionar melhorias e assistência que corresponda às necessidades dessas crianças e adolescentes. No campo da área da saúde:

É assegurado atendimento integral à saúde da criança adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para “promoção, proteção e recuperação da saúde.” (BRASIL 2010, apud ECA, 1990; p. 77)

O referido Estatuto diz ainda que:

Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 2010, ECA, 1990; p.77).

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 2010, ECA, 1990; p.23).

1.1 Adolescência e sexualidade

Um dos avanços principais em relação à sexualidade e reprodução, trazidos pela IV Conferência Internacional sobre a Mulher, realizada em Pequim em 1995, foi definir como diretriz a “prevenção das restrições de direito que favorecem a vulnerabilidade das pessoas”. (BRASIL, 2010). Nessa Conferência, os direitos sexuais e direitos reprodutivos são definidos como:

“Direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens, no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisões de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas consequências”. (Brasil, 2010, p. 55 *apud* CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A MULHER, 1995).

De acordo com a Lei do ECA. (1990), à gestante adolescente é assegurado:

Art. 8º É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e Peri natal. § 1º A gestante será encaminhada aos diferentes níveis de atendimento, segundo critérios médicos específicos, obedecendo-se aos princípios de regionalização e hierarquização do Sistema.

§ 2º A parturiente será atendida preferencialmente pelo mesmo médico que a acompanhou na fase pré-natal.

§ 3º Incumbe ao poder público propiciar apoio alimentar à gestante e a nutriz que dele necessitem.

Art.14 Série Legislação, 2§ 4º Incumbem ao poder público proporcionar assistência Psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar a consequências do estado puerperal. 3§ do art. 5º A assistência referida no § 4º deste artigo deverá ser também prestada a gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção.

Segundo Grillo *et al.* (2011), a transformação biológica sofrida pelos adolescentes, caracterizada como puberdade, é vivenciada de modo individual, na qual ocorre transformações importantes corporais devido ações de hormônios gonadais e adrenais dependentes do eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal. Dessa forma, as mudanças corporais são inevitáveis e fará parte do processo de formação da autoimagem pelo adolescente, que segundo a psicologia, esta etapa é vivenciada pelo adolescente como o Luto. “O mesmo é ocasionado por perdas do seu corpo infantil e idealizações da infância, o que envolve os pais, a visão de mundo e suas expectativas”.

O despertar da sexualidade ocorre de sempre de forma particular e é vivenciada de maneiras distintas. “Pode ser marcada por medos, insegurança, dúvidas, até mesmo gera transtornos psíquicos dependendo das experiências vivenciadas, patologias, após processos traumáticos como vítimas de abuso sexual, prostituição, abortamentos provocados” (ALMEIDA *et al.*, 2009).

As trajetórias de vida trazem diferenças para o início da atividade sexual, como a escolarização mais longa que retarda a iniciação sexual e a entrada mais cedo no mercado de trabalho ou o início de namoro antes dos 13 anos, que influem no início da relação sexual dos homens jovens. Nas mulheres jovens, o início da atividade sexual é influenciado pela posição familiar na estratificação social, sendo que as mais pobres iniciam-se mais precocemente. Quanto mais cedo à iniciação sexual da jovem, maior a probabilidade de engravidar e de ter mais filhos e parceiros sexuais. Grande parte das gestantes afirma que a sucessiva gravidez não foi planejada (NERY *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2013). Segundo Silva *et al.* (2013) estudos observam que uma a cada três adolescentes, tinham nova gestação até dois anos, ocorrendo sem planejamento. Segundo Grillo *et al.* (2011), a atividade sexual de adolescentes está aumentando, assim como o início precoce, além de que grande parte das gestações não foram planejadas. Observa-se que “para as jovens a virgindade não tenha tanta importância de ser mantida”, tem sido mantido “o modelo feminino tradicional de opinião sobre sexo vinculando-o ao amor e afeto”. (NERY *et al.*, 2011).

Estudos mostram que a idade da primeira relação sexual tenha sido próxima à menor idade e mais distante da maioridade, pois mais da metade do grupo teve a primeira relação até os quinze anos de idade. Importante chamar atenção para o fato de a idade de quinze anos serem a única idade isolada de maior frequência para que estes jovens tenham tido sua primeira relação sexual com penetração, o denominado "debut sexual" (NERY *et al.*, 2011).

Hoje, essa diferença está em modificação, com redução da distância da iniciação sexual nos grupos sociais; a análise da situação de saúde ressalta que, a mulheres que iniciaram mais cedo à vida sexual procuraram, também, a prática contraceptiva, sendo as mais utilizadas: o preservativo, a pílula e os injetáveis; é importante a tendência do nível de escolaridade individual na utilização de alguma forma de proteção ou contracepção durante a primeira relação sexual, sendo que o grau de proteção é menor entre as pessoas que não completaram o ensino fundamental em comparação com aquelas que têm o

nível superior completo. O início da vida sexual mais cedo caracteriza uma mudança do padrão de comportamento social e sexual, uma vez que o aprendizado da sexualidade está intimamente ligado ao processo de experimentação que se acelera na adolescência e juventude, sendo fortemente influenciado pela cultura sexual do grupo de pares (BRASIL, 2010). Fica evidente que a primeira relação sexual é uma transição na vida de jovens, homens e mulheres, e que é vivida de modo distinto.

De acordo com Ferreira *et al.* (2012), a gestação na adolescência constitui um problema de saúde pública década de 70 agravando-se devido às recorrências. “De 1,1 milhões de gestantes adolescentes, 25% tiveram um filho”. Foi realizado estudo prospectivo por Nery *et al.* (2011), em Teresina/PI/Brasil sobre fatores sócio-econômico-cultural e obstétrico da reincidência de gravidez. “A amostra incluiu 464 jovens que finalizaram uma gestação no primeiro quadrimestre de 2006. Destas, 47,6% encontrava-se em união consensual; 69,6% fora da escola; 86,9% com escolaridade inadequada para a idade; 72,2% sem trabalho remunerado”. Os resultados revelam a necessidade de políticas públicas voltadas para o adolescente.

Dentro dos direitos reprodutivos de adolescentes e de jovens inclui-se escolher engravidar ou não e de quantos filhos ter. A taxa de fecundidade das mulheres, na faixa etária de 15 a 19, teve um declínio a partir de 2012. (FERREIRA *et al.*, 2012). A redução da fecundidade entre os jovens foram influenciados pelo maior uso de anticoncepcionais, escolaridade crescente das jovens e as campanhas de conscientização, levando ao autocuidado à saúde e “nas escolhas reprodutivas, em acordo com os direitos sexuais e com os direitos reprodutivos.” (BRASIL, 2010). Para tanto, as informações e ações educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva, os métodos contraceptivos e preservativos, serviços de contracepção e planejamento familiar devem ser disponibilizados, com acesso facilitado a adolescentes e jovens, acrescidos de ações educativas que também abrangem as famílias e as comunidades (GOMES *et al.*, 2008).

A Atenção Básica deve articular ações para redução índice de “morbimortalidade por causas externas (acidentes e violências), garantir a atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva”, implementar ações educativas eficazes para modificar comportamentos e hábitos sexuais, incluindo o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos. (BRASIL, 2010).

1.2 Gestação na adolescência

A gravidez na adolescência implica em uma grande problemática psicossocial, estudos científicos demonstram o crescente aumento do numero de gesta es na adolescência, em rela a   redu a na da taxa de fecundidade entre as mulheres adultas. (BRASIL, 2001). Nota-se também aumento nas recorrências de gesta es, que segundo Nery *et al.* (2011) os fatores determinantes da recorrência de gestantes jovens de “nove pra cada dez adolescentes”   o não uso de métodos contraceptivos. No Estudo caso–controle com puérperas de Silva *et al.* (2013) para identificar fatores associados   recorrência de gravidez em adolescentes, o caso controle tinha 90 adolescentes com mais de uma gravidez e no grupo controle tinha 90 mulheres adultas que tiveram uma gesta o na adolescência, mas sem recorrências. Os fatores identificados no Estudo foram: “coitarca menor de 15 anos, idade da primeira gesta o menor de 16 anos, mudança de parceiro, não cuidar dos filhos e renda familiar menor que um s lario mínimo”. Dessa forma conclui-se a rela a de recorrência de gravidez na adolescência com fatores reprodutivos e socioeconômicos.

Segundo informa es de Oliveira *et al.* (2012) o projeto de Lei para gestantes adolescentes no Brasil/PL 1579/2007- (PR/BA apresenta o 11/07/2007) que alterou a Lei n  10.836, de 09 de janeiro de 2004, cria o Programa Bolsa Família” no programa de assistência às adolescentes gestantes. A mesma dispõe de “benefício” mensal para a adolescente gestante em situa o de pobreza ou extrema pobreza, no valor de R\$ 50,00 (cinquenta) reais, elevando o valor para R\$ 100,00 (cem) reais, se a mesma comprovar que está regularmente matriculada na escola.

As situações de saúde de grande parte de adolescentes e jovens evidenciam as dificuldades de acesso à educação, o desemprego, as profundas desigualdades sociais, o meio ambiente insalubre, a morbimortalidade por violências, dentre outras, aponta para o impacto causado na saúde de pessoas jovens. Em consequência, esses também, são vulneráveis aos agravos resultantes do uso abusivo de álcool e de outras drogas; agravos resultantes das violências; de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS; à mortalidade materna; na saúde sexual e na saúde reprodutiva, ao início ou ao estabelecimento de doenças crônicas, o que interfere no crescimento e desenvolvimento saudáveis. É fato que, na atenção integral às especificidades da saúde de adolescentes e jovens, o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família deve incorporar em sua prática características para abordagem integral e resolutiva e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, fundamentais para a promoção da saúde.

2 JUSTIFICATIVA

Observa-se um aumento cada vez mais crescente de gestações em adolescentes jovens, no bairro João Paulo II no mês de setembro de 2012. O qual despertou o interesse de atuar de forma eficaz sobre tal problemática, criando um plano de ação para prevenção de gestações na faixa etária de 10 a 19 anos. Sabe-se que estas adolescentes, estão em pleno desenvolvimento físico e psíquico, apresentam imaturidades cronológicas em relação às modificações sexuais cada vez mais precoces. Uma gestação exige responsabilidades, muitas das vezes, transferidas aos pais. A maior parte dessas adolescentes vem de famílias desestruturadas, sem muito contato familiar ou bom relacionamento com seus pais, e de influência grupal importante e costumam chegar à fase adulta com mais de uma gestação, além de se tornarem mães solteiras. Este estudo permitiu uma melhor abordagem pela equipe nos principais determinantes deste agravo (não doença), prevenindo outras adolescentes de serem futuras gestantes, respeitando o indivíduo de fazer suas próprias escolhas, orientando nas suas tomadas decisão, restaurando os valores de uma família planejada e estruturada.

3 OBJETIVOS

Elaborar um plano de ação para prevenção de gestações na adolescência na faixa etária de 10 a 19 anos na área de abrangência da ESF João Paulo II-Barbacena/MG.

Identificar os determinantes da gestação nesta faixa etária para promover prevenção de agravos futuros como complicações psicológicas e físicas, além de familiar.

4 MATERIAL E MÉTODO

Foi realizada uma revisão bibliográfica, após diagnóstico situacional da área adstrita da ESF João Paulo II- Barbacena/MG em setembro de 2012, e posterior elaboração de plano de ação para enfrentamento de gestações na adolescência.

A revisão bibliográfica foi realizada em bases de dados da SCIELO, COCHRANE e LILACS, com a seleção de trabalhos publicados no período de 2005 a 2012. Como critérios de inclusão foram selecionados somente publicações em português e inglês, com as palavras chaves: gravidez adolescências, prevenção, programa saúde família, fatores psicossociais, perfil gestantes adolescentes.

Para o desenvolvimento do trabalho foi utilizado informações do módulo planejamento e avaliações das ações de saúde, seguindo conceitos e passos apresentado no módulo para o diagnóstico situacional da área adstrita. Após conhecer os determinantes de saúde e os principais problemas da comunidade, selecionei o tema de gravidez na adolescência que despertou interesse pelos números de casos no local e a faixa etária acometida. Posteriormente realizado a elaboração das etapas de um plano de ação para enfrentamento de gestações em adolescentes.

5 RESULTADO

O bairro João Paulo II (zona rural), criado na década de 70, está situado na periferia da cidade entre as BR 040 e BR 262, no município de Barbacena (Minas Gerais), no qual trabalhei por dois anos como médicos da saúde da família. Há 894 famílias cadastradas, totalizando uma população de 3.063 habitantes, sendo 1.513 homens e 1.550 mulheres (SIAB - março 2012) e 3.072 habitantes, sendo 1517 homens e 1555 mulheres (SIAB – setembro de 2012). Maioria da população é constituída de trabalhadores rurais e mão de obra braçal (pedreiros e ajudantes de pedreiros), donas de casa e aposentados. Os maiores determinantes de saúde da comunidade do bairro João Paulo II identificados na área da adstrita foram: cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica), doenças crônicas (hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus* tipo II, depressão), doenças psicossômáticas (depressão, doença bipolar e esquizofrenia), dependência química (álcool, tabaco e drogas), gestação na adolescência, abuso de medicamentos depressivos e antiinflamatórios; na área social foram: desestruturação e desagregação familiar, mães solteiras, jovens desempregados, falta de perspectiva profissional e baixa renda, muitos pensionistas, falta de lazer; no meio ambiental foram: falta de infra-estrutura das casas, algumas ruas sem asfaltamento, muitos animais de rua sem tratamento, limpeza urbana inadequada, muros de arrimo em algumas áreas e esgoto a céu aberto, nem todos têm acesso a água tratada e rede de esgoto. Portanto, trata-se de uma comunidade carente, que necessita de muitas ações para impacto da saúde e melhora na qualidade de vida. Os maiores problemas enfrentados pela equipe: falta de grupos operativos para abordagem de gestantes, adolescentes, homens, e idosos; inexistência de ações preventivas e de promoção à saúde local e falta de médicos, organização para atender a demanda espontânea alta (quadros psicossomáticos, agudizações) e desinteresse por parte da enfermagem da estruturação de grupos operativos.

No bairro João Paulo II (zona rural), local do presente estudo, o número de adolescentes, segundo dados do SIAB (10 de setembro 2012), na faixa etária de

dez a quatorze anos são 149 (sexo masculino; 8,56% da população do bairro) e 142 (sexo feminino; 8,95%), no total de 291 (17, 51% da comunidade), numa população de 3072 habitantes locais (sexo masculino: 1517 e sexo feminino de 1.555). No qual, destas 275 adolescentes de dez a dezenove anos, temos seis gestantes (2,18%) nesta faixa etária registradas no mês setembro 2012. Temos 30 (2,27%) mulheres em idade fértil (10 a 20 anos ou mais) pelo SIAB, destas 24 (2,29%) gestantes cadastradas igual ou acima de 20 anos (setembro 2012). Em relação alfabetização, temos adolescentes alfabetizados com sete a 14 anos, temos 450 jovens na escola (100,22%).

Foram utilizados base de dados do sistema de informação SIAB, PMA2 de setembro de 2012. Para o desenvolvimento do trabalho foi utilizado informações do módulo planejamento e avaliações das ações de saúde.

Os principais motivos de procura ao serviço de saúde pelos adolescentes do bairro estão relacionados á demanda espontânea por doenças agudas infectocontagiosas(gripes, amigdalites, otites), sinusites agudas, cistites, queixas ginecológicas (irregularidades menstruais, leucorréias, dismenorréias, gestações), exames de rotina, acne, anemias ferroprivas, sonolência, asma brônquica, cefaléia, consulta psicológica(quadros psicossomáticos e nutricionais), atestado médico para atividades esportivas. No bairro João Paulo II, o atendimento voltado á adolescência, ainda não fazia parte do processo de trabalho, mas está em andamento a criação de grupo operativo, principalmente nas escolas, de forma integrada com o NASF. Será realizada, a priori, palestra educativa nos temas de maior relevância nesta faixa etária. Não temos ainda a caderneta do adolescente como ferramenta de auxílio. O atendimento médico é realizado de forma integral, com orientações, esclarecimento das dúvidas, com e sem a presença dos pais quando é percebida esta necessidade (geralmente em um segundo momento da consulta). O enfermeiro confere os cartões quando presentes, ou repõe vacinas caso a mãe não tenha este cartão. É feito pesagem e altura dos adolescentes na pré-consulta. Até o momento não tivemos dificuldades nestas práticas, as quais são aceitas pelos pais e adolescentes, quando nos esquecemos de perguntar algo os próprios pais solicitam, é

interessante. Faz-se necessário a implantação de um protocolo de atendimento para assegurar melhoras na qualidade dos serviços de saúde a essas demandas, prevenção e promoção de saúde.

6 PLANO DE AÇÃO FRENTE À GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

O planejamento Estratégico Situacional (PES) é fundamental para direcionar a Equipe de Saúde Família (ESF) ao objetivo que se quer alcançar. Dessa forma, para iniciar um planejamento a equipe tem que conhecer os determinantes de saúde da área adstrita, bem como os principais problemas a serem enfrentados de acordo com a prioridade e coerente com o modelo de gestão e capacidade de enfrentamento. “Para Matus (1989), o plano é um produto momentâneo de um processo de planejamento” e o planejamento é um cálculo que precede e preside a ação”. Para Chorny (1998), “planejar não é fazer planos” (SILVA, 2013). Dessa forma, a Equipe de Saúde da família do João Paulo II- Barbacena (MG) realizou o diagnóstico situacional da área de abrangência no mês de setembro de 2012, através de método de estimativa rápida, análise em sistemas de informações do município, levantamento de dados para então esses dados serem transformados em ações e dar início a um planejamento estratégico de saúde para prevenção de gravidez na adolescência na faixa etária de 10 a 19 anos. A gravidez na adolescência é um problema quase estruturado, que pode ser prevenido.

6.1 Definição do problema

Após realização do Diagnóstico Situacional do Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – CEABSF foi possível identificar os principais problemas da área adstrita do Bairro João Paulo II do Município de Barbacena (MG), o que permitiu uma melhoria na qualidade de serviço oferecido á população local e uma adequada organização do processo de trabalho da Equipe de Saúde Família. Foram selecionados quatro principais problemas estruturados, com capacidade de gestão com:

- Desorganização do processo de trabalho.
- Dependência química (álcool, tabaco e drogas).
- Gestação na adolescência.

- Jovens desempregados.

6.2 Priorização do problema

A detecção e seleção dos problemas priorizados após diagnóstico situacional pela Equipe de saúde da família é o passo inicial para criar ações de enfrentamento destes, com eficiência e de forma eficaz. Para Campos *et al.* (2010), considera-se como pontos de seleção dos problemas a construção de uma planilha, dando aos problemas diagnosticados prioridades e ordenando-os com graus de valores: baixo, médio ou alto, urgentes ou não e pela capacidade de enfrentamento pela equipe em solucioná-los.

A Equipe de saúde Família do João Paulo II- Barbacena (MG) selecionou e priorizou os determinantes de saúde conforme estes critérios citados acima, principalmente pela importância dos mesmos e capacidade de gestão. Já que para obter uma solução faz-se necessário ter recursos humanos, financeiros, materiais, apoio da Gestão do Município e etc.

No quadro abaixo foram expostos quatro dos problemas detectados em setembro de 2012 na área abrangente, e a gestação na adolescência foi selecionada como prioridade um para intervenções eficazes.

Problemas identificados no Diagnóstico Situacional	Importância	Urgência (Total de pontos (Distribuídos: 26))	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
1.Desorganização do processo de trabalho.	Alto	8	Dentro	2
2.Dependência química (álcool, tabaco e drogas).	Alto	5	Parcial	3
3.Gestação na adolescência	Alto	9	Parcial	1
4.Jovens desempregados	Alto	4	Parcial	4

6.3 Descrição do problema priorizado

Para visualizar e identificar as principais causas do aumento na incidência de gestações em adolescentes foi elaborado uma tabela de descritores do problema.

Tabela de Descritores do Problema: Gestação na Adolescência na ESF João Paulo II em Setembro de 2012.

DESCRITORES	VALORES	FONTE
Número de adolescentes grávidas na faixa etária de 10 a 19 anos	6	SIAB
Escolaridade	6	SIAB
Acompanhadas pela equipe	6	Registros da equipe
Utilizaram o SUS	6	SIAB
União estável	0	Registro da equipe
Tabagismo e/ou etilismo e/ou drogas	0	SIAB

6.4 Explicação do problema

Para melhor explicação do problema foi elaborado uma árvore explicativa (em anexo) para identificar as principais causas do aumento na incidência de gestações em adolescentes. (Apêndice I)

6.5 Seleção dos nós críticos

Segundo Campos, Faria e Santos (2010), a governabilidade são varáveis ou recursos que a equipe controla ou não e são essenciais para implementação do plano de ação e a capacidade de governo são conhecimentos e experiências que a equipe acumula para implementar planos de ação que irão transformar a realidade, a situação problema detectada. Logo ao detectar um problema,

selecionam-se os “nós críticos” que são pontos de governabilidade da equipe, ou seja, onde a equipe conseguirá meios para intervir de forma eficaz para solucionar o problema.

Dessa forma foram selecionados os nós críticos relacionados à gestão na adolescência na faixa etária de 10 a 19 anos no Bairro João Paulo II no mês de setembro de 2012 no Município de Barbacena:

- Desorganização do processo de trabalho para acolhimento de gestantes adolescentes.
- Falta de grupo operativo voltado para adolescentes.
- Falta de grupos para orientação sexual nas escolas.
- Alto índice de uso de drogas, bebidas e tabaco o bairro.
- Desestruturação familiar.

6.6 Desenho das operações

Para programar o plano de ação foi realizado o desenho das operações necessárias para gerar impacto, monitoramento e solução para o problema detectado pela ESF do João Paulo II.

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO/ PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
Desorganização do processo de trabalho para atendimento de gestantes adolescentes.	Prioriza Jovem Criar vínculo com os jovens.	Equipe preparada para acolher adolescentes gestantes, qualidade no atendimento.	Capacitação da equipe na abordagem do adolescente gestante.	Cognitivo: entrosamento da equipe, estratégias de comunicação e abordagem, vínculo adolescente e equipe. Organizacional: definir funções de cada integrante da equipe, organizar atendimento. Político: articulação da equipe. Financeiro: Aquisição de recursos áudio visuais.

Falta de grupo operativo.	Olhar Jovem Modificar hábito de vida.	Adolescentes vinculados á equipe, mais informados, troca de experiências e prevenção de novos casos de gestações precoces, interatividade.	Grupos operativos para jovens com assuntos diversos e grupo operativo para as gestantes.	Organizacional: Organizações de encontros. Cognitivo: conhecimento e didática dos líderes dos grupos Político: articular equipe e NASF Financeiro: Recursos para estruturação do serviço: espaço, material audiovisual, folhetos educativos, papéis, retroprojetores, computador.
Falta de grupos para orientação sexual nas escolas..	Cuida Jovem Prevenir iniciação sexual precoce e informação sobre DST e métodos contraceptivos	Adolescentes informados, hábito sexual saudável.	Campanha educativa nas escolas, capacitação da equipe para participar do projeto, parcerias com profissionais do centro de testagem anônima (CTA)/ Barbacena (MG) e faculdade de medicina.	Cognitivo: Elaboração de projeto, conhecimento dos temas, preparação da equipe. Organizacional: Organizar palestras educativas nas escolas, criar um DIA CULTURAL para expor DST's e métodos contraceptivos. Político: articulação intersetorial com escolas, CTA e Faculdades. Financeiro: recursos para material informativo, áudio visuais, local, contraceptivos em materiais expositivos, fotos/figuras de DST's.
Alto índice de uso de drogas, bebidas e tabaco o bairro.	Viciados em saúde Redução e prevenção de drogas, bebidas e	Adolescentes mais informados.	Avaliar nível de conhecimento sobre malefícios do uso dessas substâncias,	Organizacional: Organizar grupo operativo sobre este tema. Cognitivo: capacitar

	tabacos.		informar. Parceira com as igrejas local e com o grupo dos alcoólatras anônimos.	equipe, estratégias de abordagem e comunicação, vínculo. Político: adesão de profissionais, apoio do NASF, articular programas de saúde e com o CAPS (tratamento psiquiátrico para dependentes químicos). Financeiro: recursos folhetos informativos, áudio visuais.
Desestruturação familiar.	Me Ame Criar vínculo familiar.	Redução de conflitos familiares, apoio familiar, Acolhimento familiar.	Capacitação da equipe.	Cognitivo: elaborar projetos voltados para a família, aquisição de profissionais psicólogos, assistentes sociais. Organizacional: Promover encontros. Político: articulação intersetoriais, com as igrejas para grupo de famílias. Financeiro: salas, equipamentos, recursos áudio visuais.

6.7 Identificação dos recursos críticos

A equipe de saúde João Paulo II identificou dentro da capacidade de governabilidade, quais recursos dos “nós críticos” não seriam possíveis de serem estabelecidos para a solução do problema, pois dependem do envolvimento da gestão do município e setor financeiro. Esses recursos críticos estão descritos na tabela que segue.

OPERAÇÃO/ PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS
Prioriza Jovem	Financeiro: Aquisição de recursos áudio visuais.

Criar vínculo com os jovens.	
Olhar Jovem Modificar hábito de vida.	Financeiro: Recursos para estruturação do serviço: espaço, material audiovisual, folhetos educativos, papéis, retroprojetores, computador.
Cuida Jovem Prevenir iniciação sexual precoce e informação sobre DST e métodos contraceptivos.	Financeiro: recursos para material informativo, áudio visuais, local, contraceptivos em materiais expositivos, fotos/figuras de DST's.
Viciados em saúde Redução e prevenção de drogas, bebidas e tabacos.	Político: adesão de profissionais, apoio do NASF, articular programas de saúde e com o CAPS (tratamento psiquiátrico para dependentes químicos). Financeiro: recursos folhetos informativos, áudio visuais.
Me Ame Criar vínculo familiar	Financeiro: salas, equipamentos, recursos áudio visuais.

6.8 Análise de viabilidade do plano operativo

Para análise de viabilidade do plano operativo na ESF João Paulo II foi descrito no quadro abaixo, quais atores controlam os recursos críticos. Assim, torna-se possível definir ações estratégicas que permitira uma melhor resolubilidade do problema que se quer controlar ou solucionar. No quadro estão identificados os atores em questão para cada projeto criado.

OPERAÇÕES/ PROJETOS	RECURSOS CRÍTICOS	ATORES PARA CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS	CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS	AÇÃO ESTRATÉGICA
Prioriza Jovem Criar vínculo com os jovens.	Financeiro: Aquisição de recursos áudio visuais.	Secretário da saúde.	Favorável.	Apresentação do projeto.
Olhar Jovem Modificar hábito de vida.	Financeiro: Recursos para estruturação do serviço: espaço, material audiovisual, folhetos educativos, papéis, retroprojetores,	Secretário da saúde e Gestor do Município.	Favorável.	Apresentação do projeto.

	computador.			
Cuida Jovem Prevenir iniciação sexual precoce e informação sobre DST e métodos contraceptivos.	Financeiro: Recursos para material informativo, áudio visuais, local, contraceptivos em materiais expositivos, fotos/figuras de DST's.	Secretario da saúde. Secretário da educação. Diretoria Escolas. Coordenador do CTA. Diretor da faculdade de Medicina de Barbacena.	Favorável.	Apresentação do projeto.
Viciados em saúde Redução e prevenção de drogas, bebidas e tabacos	Político: adesão de profissionais, apoio do NASF, articular programas de saúde e com o CAPS (tratamento psiquiátrico para dependentes químicos). Financeiro: recursos folhetos informativos, áudio visuais	Prefeito Municipal da Saúde. Secretário da saúde. Coordenador do CAPS. NASF. Instituições: igrejas, grupo dos AA.	Favorável.	Apresentação do projeto.
Me Ame Criar vínculo familiar.	1. Financeiro: salas, equipamentos, recursos áudio visuais.	Secretário da Educação. Assistente social. Psicólogos.	Favorável.	Apresentação do projeto.

6.9 Elaboração do plano operativo

O plano operativo foi descrito no quadro abaixo com exposição do gerenciamento de cada operação e determinando um prazo para melhor execução destes.

OPERAÇÕES	RESULTADOS	PRODUTOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
<p>Prioriza Jovem</p> <p>Criar vínculo com os jovens.</p>	Equipe preparada para acolher adolescentes gestantes, qualidade no atendimento.	Capacitação da equipe na abordagem do adolescente gestante.	Apresentar projeto.	Médico, Enfermeiro.	Dois meses para início das atividades. Término em quatro meses.
<p>Olhar Jovem</p> <p>Modificar hábito de vida.</p>	Adolescentes vinculados á equipe, mais informados, troca de experiências e prevenção de novos casos de gestações precoces, interatividade.	Grupos operativos para jovens com assuntos diversos e grupo operativo para as gestantes.	Apresentar projeto.	Médico, Enfermeiro.	Dois meses para início das atividades. Término em quatro meses.
<p>Cuida Jovem</p> <p>Prevenir iniciação sexual precoce e informação sobre DST e métodos contraceptivos</p>	Adolescentes informados, hábito sexual saudável.	Campanha educativa nas escolas, capacitação da equipe para participar do projeto, parceria com profissionais do centro de testagem anônima (CTA) / Barbacena (MG) e faculdade de medicina.	Apoio das instituições , da secretaria de saúde, do NASF.	Médico, Enfermeiro, equipe do NASF.	Quatro meses para início das atividades. Término em cinco meses.
<p>Viciados em saúde</p> <p>Redução e prevenção de drogas, bebidas e tabacos</p>	Adolescentes mais informados.	Avaliar nível de conhecimento sobre malefícios do uso dessas substâncias, informar.	Apoio das instituições , da secretaria de saúde, do NASF. Apresentar projeto.	Médico, Enfermeiro.	Três meses para início das atividades. Término em dez

		Parceira com as igrejas local e grupos dos alcoólatras anônimos.			meses
Me Ame Criar vínculo familiar.	Redução de conflitos familiares, apoio familiar, Acolhimento familiar.	Capacitação da equipe.	Apoio das instituições, da secretaria de saúde, do NASF. Apresentar projeto.	Médico, Enfermeiro, NASF.	Três meses para início das atividades. Término em doze meses.

6.10 Gestão do plano

O modelo de gestão de plano está representado no quadro abaixo baseado em instrumentos de avaliação e forma de acompanhamento para assegurar que o plano tenha eficácia e resolubilidade.

OPERAÇÕES	PRODUTO(S)	RESPONSÁVEL	PRAZO	SITUAÇÃO ATUAL	JUSTIFICATIVA	NOVO PRAZO
Prioriza Jovem Criar vínculo com os jovens.	Capacitação da equipe na abordagem do adolescente gestante.	Médico, Enfermeiro.	Dois meses para início das atividades. Término em quatro meses.	Não iniciado.	Transferência de ESF.	A elaborar com a equipe.
Olhar Jovem Modificar hábito de	Grupos operativos para jovens com	Médico, Enfermeiro.	Dois meses para início das atividades	Não iniciado.	Transferência de ESF.	A elaborar com a equipe

vida.	assuntos diversos e grupo operativo para as gestantes.		des. Término em quatro meses.			
Cuida Jovem Prevenir iniciação sexual precoce e informação sobre DST e métodos contraceptivos	Campanha educativa nas escolas, capacitação da equipe para participar do projeto, parcerias com profissionais do centro de testagem anônima (CTA) / Barbacena (MG) e faculdade de medicina.	Médico, Enfermeiro, equipe do NASF.	Quatro meses para início das atividades. Término em cinco meses.	Não iniciado.	Transfe_rência de ESF.	A elabora_r com a equipe
Viciados em saúde Redução e prevenção de drogas, bebidas e tabacos	Avaliar nível de conhecimento sobre malefícios do uso dessas substâncias, informar. Parceira com as igrejas local e grupos dos alcoólatras anônimos.	Médico, Enfermeiro, Equipe do NASF.	Três meses para início das atividades. Término em dez meses.	Não iniciado.	Transfe_rência de ESF.	A elabora_r com a equipe
Me Ame Criar vínculo familiar.	Capacitação da equipe	Médico, Enfermeiro.	Três meses para início das atividades.	Não iniciado.	Transfe_rência de ESF.	A elabo_rar com a

			des. Término em doze meses.			equipe
--	--	--	--------------------------------------	--	--	--------

7 DISCUSSÃO

Segundo SILVA *et al.* (2011) houve no Brasil uma queda dos índices de fecundidade total e específica em todos grupos etários, com exceção de 15 a 19 anos, na década de 1970 e 2000. A taxa de fecundidade aumentou em 14% enquanto que houve redução de 43% a 93%. (SILVA *et al.*, 2011 *apud* world health organization 2001)/ WHO. De acordo com o último levantamento feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2006, nasceram 22.161 bebês, filhos de mães com menos de 15 anos. O percentual de nascimentos de filhos de adolescentes foi de 20,5% do total no País, mas este quantitativo difere entre as regiões brasileiras. No Nordeste e Sudeste, foi registrado, em 2006 (pelo levantamento do IBGE), respectivamente 185.874 e 190.600 casos, enquanto no Centro-Oeste foram 43.828 casos.

Segundo Guanabens *et al.* (2012), o perfil da adolescente grávida durante o período da pesquisa, quase a metade era de 18 ou 19 anos, e 18,2% eram pré-adolescentes na faixa etária de 14 anos de idade. E de acordo com o ginecologista José Alexandre Portinho (Doutorado e Mestrado em Ginecologia pela UFRJ), a gravidez precoce está diretamente relacionada às condições econômicas dessas adolescentes, e está relacionada, também, a pouca assistência do poder público em algumas regiões brasileiras, ou nas periferias das grandes cidades, falha na distribuição gratuita de contraceptivos e a falta de um programa permanente que trate do assunto na mídia e nas escolas”, destaca o médico. Embora abaixo do nível de reposição da população, que seria de dois filhos em média por mulher, a taxa de fecundidade média das brasileiras (1,94 filho por mulher em 2009) apresenta importantes desigualdades, sobretudo em função da escolaridade. No país como um todo, as mulheres com até sete anos de estudo tinham, em média, 3,19 filhos, quase o dobro do número de filhos (1,68) daquelas com oito anos ou mais de estudo (ao menos o ensino fundamental completo). Além de terem menos filhos, a mulheres com mais instrução eram mães mais tardiamente (com 27,8 anos, frente a 25,2 anos para as com até sete anos de estudo) e evitavam mais a gravidez na adolescência: entre as mulheres com menos de sete anos de estudo, o grupo etário de 15 a 19 anos concentrava 20,3% das mães, enquanto entre as mulheres com 8 anos ou

mais de estudo, a mesma faixa etária respondia por 13,3% da fecundidade (BRASIL, 2010a, p. 46).

A gestação na adolescência ganha visibilidade como problema de saúde, a partir da década de 70, com o aumento proporcional da fecundidade em mulheres com 19 anos de idade ou menos. No período de 1965 a 2006, a fecundidade geral declinou aproximadamente de seis filhos para 1,8 filhos por mulher, verificando-se diferenças regionais e entre as mulheres de diferentes graus de escolaridade, e aquelas com menos tempo de estudo apresentaram taxas mais elevadas. Ao contrário da fecundidade geral, a fecundidade adolescente aumentou sua participação relativa, no mesmo período, passando de 7,1%, em 1970, para 23%, em 2006 (SILVA *et al.*, 2011).

A recorrência de gravidez na adolescência foi associada a fatores reprodutivos e socioeconômicos, como: a ocorrência da coitarca antes dos 15 anos, a adolescente não ser a responsável pelos cuidados do filho da primeira gestação, a primeira gravidez ter ocorrido antes dos 16 anos e ter renda familiar menor que um salário mínimo. A mudança de parceiro foi um fator de proteção para a recorrência da gravidez na adolescência. O baixo nível socioeconômico, a pouca escolaridade da mãe ou do responsável, o casamento, o desejo da primeira gravidez e o uso inadequado de métodos anticoncepcionais são alguns fatores relacionados à repetição da gravidez em adolescentes.

Segundo Silva *et al.* (2013), os principais fatores associados á gestações recorrentes foram: idade de quinze a dezenove anos, a não realização de pré-natal, escolaridade menor que quatro anos, ocupação dona de casa. As adolescentes com gravidez recorrente tiveram indicadores socioeconômicos e assistenciais piores do que aquelas na primeira gravidez.

Observa-se um aumento cada vez mais crescente o número de gestações em adolescentes jovens, o que acarreta transtornos biopsíquicos pela perda da fase mais importante do indivíduo em desenvolvimento. Sabe-se que adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, estão em pleno desenvolvimento físico e psíquico, apresentam imaturidade cronológica em relação ás modificações sexual cada

vez mais precoce. Uma gestação exige responsabilidades, muitas das vezes, transferidas aos pais. A maior parte desses adolescentes vem de famílias desestruturadas, sem muito contato familiar ou bom relacionamento com seus pais, e de influência grupal importante e costumam chegar à fase adulta com mais de uma gestação, além de se tornarem mães solteiras. Este estudo permitirá uma melhor abordagem pela equipe nos principais determinantes deste agravo (não doença), prevenindo outras adolescentes de serem futuras gestantes, respeitando o indivíduo ao fazer suas próprias escolhas, orientando nas suas tomadas decisão, restaurando os valores de uma família planejada e estruturada.

A gestação na adolescência deve ser prevenida por ações de intervenções educativas como estratégias na equipe de saúde, que deverá programar no processo de trabalho, com o objetivo de reduzir o índice de casos novos e reincidências gestacionais precoces. Dessa forma, palestras educativas que abordem temas como sexualidade, contraceptivos orais, doenças sexualmente transmissíveis, gestação e seus riscos para gestante e filhos, aborto, estruturação familiar, álcool e drogas, empregos, mercado de trabalho, depressão na adolescência, e outros assuntos de interesse dessa faixa etária, devem ser implementadas nas escolas e nos grupos operativos.

8 CONCLUSÃO

Diante dessa situação em que cada vez mais jovens gestantes são acolhidas na rede de atenção básica á saúde, a equipe de saúde família deve estar capacitada e preparada para atender de forma integral à estas adolescentes em suas necessidades, abordando principalmente o autocuidado, assegurando apoio psicológico e obstétrico á essas, garantindo acesso á saúde, continuidade e informações básicas. A atenção á saúde do adolescente deve ser integral, atendendo de forma eficaz suas reais necessidades. Para tanto, a equipe deve-se organizar-se para criação de palestras educativas na comunidade, nas escolas, ir até o adolescente e de forma criativa atrair os mesmos até os grupos operativos que gerem informações, que despertem os adolescentes, que os envolva e permita que sejam ativamente participantes desses grupos; ou seja, sejam sujeitos ativos dessa ação. Dessa forma, faz parte do sistema de atenção á saúde as políticas públicas, as quais devem ser elaboradas de forma a integrarem as instituições pilares da problemática social que é a gravidez na adolescência. Inclusão do adolescente, de sua família, capacitação dos profissionais da saúde, dos professores e disponibilizar serviços competentes para atenderem as demandas sexuais e reprodutivas dos jovens são fatores cruciais para que se reduza a prevalência de gravidez precoce, tornando o jovem consciente de que sexo traz consequências não só corporal, mas psíquica; seja a gravidez precoce e muitas vezes indesejada, sejam as doenças sexualmente transmissíveis ou alterações emocionais de graus variados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.C.C.H.; CENTA, M.L. A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem. *Acta Paul Enferm*, n. 22, v.1 p. 71-6, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de condutas Médicas Programa Saúde da Família**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Cad. De Atenção Básica, p. 132. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Secretaria de assistência á saúde. **Consolidado das famílias cadastradas do ano de 2010**. Brasília: Secretaria Municipal de Saúde, Set. 2012.

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

CRITTENDEN, C.P. **The role of mental health factors, behavioral factors, and past experience in the prediction of rapid repeated pregnancy in adolescence**. *J Adolescent Health*. Brazilian, n. 44, p. 25-32, 2009.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. de L.. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG.

FERREIRA, R. A. *et al.* **Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência/ Spatial analysis of the social vulnerability of adolescent pregnancy**. *Cad Saude Publica*, v. 28, n. 2, p. 313-323, fev. 2012.

GRILLO, C. F. C. *et al.* **Saúde do adolescente**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. 80p.

GUANABENS, M.F.G. *et al.* Gravidez Na adolescência: um desafio à promoção da saúde integral do adolescente/ Teenage pregnancy: a challenge for comprehensive health promotion among adolescents. Rev. bras. educ. Med. Brazilian: v. 36, n.1, p. 20-24, 2012.

GOMES, K.R.O.; SPEIZER, I.S.; OLIVEIRA, D.D.C.; MOURA, L.N.B.; GOMES, F. M. Contraceptivemethod use by adolescents in brazilian state capital. **J Pediatric Adolescent Gynecol**, Brazilian: n. 21, p. 213-19, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/12062003indic2002.shtm> Síntese de Indicadores Sociais, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Fecundidade, natalidade e mortalidade. <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisa/fecundidade/2012>>2012. htm.Acesso em: 23 Set. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/estatísticas de saúde e assistência médica sanitária](http://www.ibge.gov.br/estatísticas_de_saúde_e_assistência_médica_sanitária)>. 2002. Acesso: 02 Nov. 2007.

NERY, I.S; *et al.* **Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil/ Relapse into pregnancy in adolescents from Teresina, PI, Brazil/ Reincidencia Del embarazo en adolescentes de Teresina, PI, Brasil.** Rev. bras. Enferm. Teresina: v. 64, n.1, p. 31-37, 2011.

OLIVEIRA, JUSMARI. **Projeto d lei PL1579/2007.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro: v. 28, n. 2, 2012.

PORTELA, V.; PORTELA, A. V. **Gravidez na Adolescência.** Brasília. 2005.

SILVA, D. Plano de ação para prevenção da ocorrência de gravidez na adolescência na área da ESF Wandy de Moraes Silva – Itaguara/MG. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Lagoa santa, 2013. 39f. Monografia (Especialização em atenção Coletiva Básica em saúde da Família).

SILVA, A. A. A.; COUTINHO, I.; KATZ, C.; SOUZA, L.; SOUZA, A.S.R.**Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma**

maternidade escola: estudo caso-controle. Cad Saude Publica, v. 29, n. 3, p. 496-506, 2013.

SILVA, K.S; ROZENBERG, R.; BONAN, C.; CHUVA, V.C.C.; COSTA, S.F.; GOMES, M.A.S.M. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro: uma análise de dados do sistema de nascidos vivos. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v. 16, p. 2485-93, 2011.

VILAR, D.; GASPAR, A. M. **Traços redondos**. Traços e riscos de vida. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: p. 31-91, 2010.

