

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA
EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ISABELA DESTRO NOMELINI

**RODA DE MENINAS: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM UMA
UBSF NO MUNICÍPIO DE CONCEIÇÃO DAS ALAGOAS-MG**

UBERABA - MINAS GERAIS

2013

ISABELA DESTRO NOMELINI

**RODA DE MENINAS: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM UMA
UBSF NO MUNICÍPIO DE CONCEIÇÃO DAS ALAGOAS-MG**

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

Orientador: Prof. Dr Ailton de Souza Aragão

UBERABA - MINAS GERAIS

2013

ISABELA DESTRO NOMELINI

**RODA DE MENINAS: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM UMA UBSF NO
MUNICÍPIO DE CONCEIÇÃO DAS ALAGOAS-MG**

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

Orientador: Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão - Orientador:

Prof.^a Dr.^a Sandra de Azevedo Pinheiro - Examinador

Aprovado em Uberaba 08 de fevereiro de 2013.

*“Sua tarefa é descobrir o seu trabalho e,
então, com todo o coração, dedicar-se a ele.”*

Buda

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado à vida, uma família, amigos, amor e inúmeras oportunidades de crescimento.

À minha família pelo amor e apoio incondicionais sempre. Vocês são a base de tudo.

Ao meu orientador, pelo acolhimento, aprendizado e dedicação. Obrigada pela compreensão, ajuda e ensinamentos.

Aos professores e coordenadores do Curso de Especialização em Atenção Básica Saúde da Família, pelo aprendizado, pela convivência e pela oportunidade de fazer parte desse curso.

À Equipe do PSF São Francisco por todo carinho, acolhimento, aprendizado e amizade.

Às gestantes adolescentes pelo convívio e todo saber que este projeto me proporcionou.

RESUMO

A adolescência é um período de transição da infância à idade adulta e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) esse período envolve indivíduos com idades entre 10 a 19 anos. Trata-se de um período de profundas modificações, marcado pela transição entre a puberdade e o estado adulto do desenvolvimento e além das mudanças físicas impostas pela faixa etária, a adolescência envolve um período de profundas mudanças biopsicossociais, especialmente relacionadas à maturação sexual, a busca da identidade adulta e a autonomização frente aos pais. A gravidez nesse momento de vida apresenta implicações tanto para o adolescente quanto para aqueles envolvidos nessa situação. Estudos têm tratado a gravidez na adolescência como um problema de saúde pública, especialmente pelo fato de propiciar riscos ao desenvolvimento da criança gerada e da própria adolescente gestante. Diante disto, o objetivo deste estudo é propor um Plano de Ação com vistas à redução da incidência da gravidez em adolescentes no território de abrangência da ESF São Francisco no município de Conceição das Alagoas-MG. Os resultados esperados pela implantação do Plano de Ação são o empoderamento dos adolescentes do Grupo Educativo, evidenciados na redução dos casos do problema na área da equipe; e ainda, promover a troca de conhecimentos e de saberes acerca da complexidade do processo de adolecer. Trabalhar com adolescentes grávidas implica em desafios para compreender este mundo repleto de subjetividade, significados e contradições. Por isso, os profissionais que lidam com esta problemática precisam de um olhar mais apurado, de escuta atenta, sobre os detalhes, enfim, sensível. Essa disposição favorece o fortalecimento de projetos já existentes. E ainda, o diagnóstico, a proposição e o desenvolvimento de programas e projetos novos, necessários para a resolução deste quadro que se agrava a cada dia. E no caso dos profissionais de saúde, é preciso uma maior interação, fundada no respeito e na valorização das trajetórias; do acolhimento e respeito à dignidade. Atitudes que exigem uma postura humana livre de preconceitos; um olhar compreensivo tentando estabelecer uma relação de empatia, de alteridade e de ajuda, o que pode amenizar a situação vivenciada.

Palavras-chave: Adolescente; Gravidez na Adolescência; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Adolescence is a period of transition from childhood to adulthood and according to the World Health Organization (WHO) this period involves individuals aged 10-19 years. This is a period of profound changes, marked by the transition between puberty and adulthood and the development beyond the physical changes imposed by age, adolescence involves a period of profound bio psychosocial changes, especially related to sexual maturation, the pursuit of adult identity and empowerment on the parents. Pregnancy at this time of life has implications both for the teen and for those involved in this situation. Studies have dealt with teenage pregnancy as a public health problem, especially because cause risks to child development and generated very pregnant adolescent. Hence, the aim of this study is to propose an Action Plan aimed at reducing the incidence of teenage pregnancy in the territory covered by the ESF San Francisco in the municipality of Conceição das Alagoas - MG. Expected by the implementation of the Action Plan results are empowerment of adolescent Educational Group, evidenced in reducing cases of the problem in the area of the team, and also promote the exchange of knowledge and knowledge about the complexity of the adolescent process. Work with pregnant teens implies challenges to understanding this world fraught with subjectivity, meanings and contradictions. Therefore, professionals who deal with these issues need a closer look, of attentive listening about the details, well, sensitive. This arrangement favors the strengthening of existing projects. And yet, the diagnosis the proposition and the development of new programs and projects needed to resolve this situation that is getting worse every day. Moreover, in the case of health professionals we need greater interaction based on respect and appreciation of the trajectories; hosting dignity and respect. Attitudes that require a human posture free from bias, a comprehensive look trying to establish a relationship of empathy, of otherness and help, which can alleviate the situation experienced.

Keywords: Teenager, Teenage Pregnancy, Health Education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Quadro 1. Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF São Francisco. Conceição das Alagoas. 2013.	31
Quadro 2. Desenho de operações para o “nó críticos” do problema Gravidez na Adolescência. Conceição das Alagoas. ESF São Francisco. 2013.	33
Quadro 3. Desenho dos recursos críticos do problema Gravidez na Adolescência- Município de Conceição das Alagoas- ESF São Francisco- 2013.	34
Quadro 4. Plano Operativo do problema Gravidez na Adolescência- Município de Conceição das Alagoas - ESF São Francisco. 2013.	36
Quadro 5. Roda de Meninas - a proposta de intervenção. USF São Francisco. Conceição das Alagoas, MG, 2013.	37

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15	Erro! Indicador não definido.
2. JUSTIFICATIVA	17	Erro! Indicador não definido.
3. OBJETIVOS	18	Erro! Indicador não definido.
3.1. Objetivo Geral	18	Erro! Indicador não definido.
3.2. Objetivos Específicos		Erro! Indicador não definido.
4. METODOLOGIA.....		Erro! Indicador não definido.
5. REVISÃO DE LITERATURA		Erro! Indicador não definido.
5.1. Adolescência e sexualidade.....		Erro! Indicador não definido.
5.2. Gravidez na adolescência.....		Erro! Indicador não definido.
5.3. Estratégias de promoção e prevenção para reduzir a gravidez na adolescência		Erro! Indicador não definido.
6. PLANO DE AÇÃO		Erro! Indicador não definido.
6.1. Mapa contextual.....		Erro! Indicador não definido.
6.2. A ESF São Francisco.....		Erro! Indicador não definido.
6.3. Aspectos socioeconômicos da população atendida.....		Erro! Indicador não definido.
6.4. Diagnóstico Situacional.....		Erro! Indicador não definido.
6.4.1. Coleta de dados de fontes secundárias.....		Erro! Indicador não definido.
6.4.2. Observação ativa		Erro! Indicador não definido.
6.4.3. Entrevistas com informantes chaves		Erro! Indicador não definido.
6.5. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA		Erro! Indicador não definido.
6.6. PRIORIZAÇÃO DO PROBLEMA		Erro! Indicador não definido.
6.7. DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO		Erro! Indicador não definido.
6.8. EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA	32	Erro! Indicador não definido.
6.9. SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS.....		Erro! Indicador não definido.
6.10. DESENHO DAS OPERAÇÕES		Erro! Indicador não definido.
6.11. IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS		Erro! Indicador não definido.
6.12. ANÁLISE DA VIABILIDADE DAS OPERAÇÕES		Erro! Indicador não definido.
7.1. ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO/ PLANO OPERATIVO .		Erro! Indicador não definido.
7.1.1. Plano de Ação/Plano Operativo:		Erro! Indicador não definido.
8. GESTÃO DO PLANO DE AÇÃO.....		Erro! Indicador não definido.
9. RESULTADOS ESPERADOS DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	39	Erro! Indicador não definido.
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS		Erro! Indicador não definido.
REFERÊNCIAS	40	

APRESENTAÇÃO

Médica formada em julho de 2012 pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro de Uberaba (UFTM), Uberaba, Minas Gerais. Ingressei em março de 2013 no PROVAB na cidade de Conceição das Alagoas, Minas Gerais e, desde então, trabalho na equipe Saúde da Família (ESF) São Francisco.

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) faz parte da grade de disciplinas do Programa do Governo. Dada a importância de se trabalhar com a Medicina da Família e Comunidade, esta tem sido uma experiência de enorme valor uma vez que os conteúdos teóricos desenvolvidos ao longo do ano têm uma relação direta com a prática diária de nossas realidades nas comunidades. E ainda faz com que esta seja desenvolvida com a melhor qualidade possível.

Trabalhar na Estratégia Saúde da Família é um exercício diário de compreensão do ser humano de forma integral: como indivíduo com suas crenças, cultura, religião, família; e enquanto coletividade, inserido em sua comunidade. Desse modo para atingir o próximo é necessário entender o contexto e as condições de vida em que está inserido, como por exemplo, na adoção de determinados estilos de vida. Nessa esteira, reconhecemos a importância da construção de relações interpessoais humanizadas como sendo essências para se atingir o objetivo de cuidar do próximo e da comunidade.

Nesse contexto e sob essa premissa, verificamos que a abordagem da gravidez na adolescência se deve pela sua magnitude observada na prática cotidiana, junto à Equipe de Saúde na atenção às adolescentes cadastradas.

A gravidez na adolescência configura-se num dos temas emergentes e de grande importância na área da ESF São Francisco. Verificamos que a grande desinformação sobre métodos anticoncepcionais aliada a contextos familiares de vulnerabilidade são alguns dos aspectos que potencializam esse cenário de alto impacto para a Saúde Pública atualmente.

Assim, a Equipe construiu uma estratégia de intervenção junto às adolescentes do território: a implantação de grupos com a finalidade de sensibilização das mesmas acerca da importância da prevenção e dos cuidados pessoais bem como a magnitude do impacto da gravidez na vida da adolescente. A opção por estimular o desenvolvimento do grupo se dá por compreendermos que os

grupos operacionais são ferramentas potencialmente privilegiadas para o empoderamento individual e coletivo. É um espaço onde os sujeitos podem falar mais que sobre suas doenças, mas das condições vividas geradoras de enfermidades. E ainda, solucionar suas dúvidas e compartilharem suas experiências. Essa metodologia pode auxiliar na maior compreensão do fenômeno “ficar grávida” para além do referencial biológico.

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de transição da infância à idade adulta e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) esse período envolve indivíduos com idades entre 10 a 19 anos. Trata-se de um período de profundas modificações, marcado pela transição entre a puberdade e o estado adulto do desenvolvimento e além das mudanças físicas impostas pela faixa etária, a adolescência envolve um período de profundas mudanças biopsicossociais, especialmente relacionadas à maturação sexual, a busca da identidade adulta e a autonomização frente aos pais. (WHO,2004).

Entretanto, no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade (Artigo 2º), e, em casos excepcionais e quando disposto na Lei, o Estatuto é aplicável até os 21 anos de idade (Artigos 121 e 142). (BRASIL, 1990.)

É um período confuso, de contradições, de formação da personalidade, de uma identidade sexual, familiar e da autoestima. É quando se deve deixar de ser criança para entrar no mundo adulto, repleto de responsabilidades e cobranças, mundo este tão desejado pela sensação da liberdade a ser adquirida, mas também tão temido, onde vai exercer novas habilidades cognitivas e determinados papéis na sociedade. (BRASIL,2005)

A gravidez nesse momento de vida apresenta implicações tanto para o adolescente quanto para aqueles envolvidos nessa situação. Estudos têm tratado a gravidez na adolescência como um problema de saúde pública, especialmente pelo fato de propiciar riscos ao desenvolvimento da criança gerada e da própria adolescente gestante (Gontijo, Medeiros, 2004).

No mundo, cerca de 16 milhões de mulheres entre 15 e 19 anos engravidam a cada ano. Destes nascimentos, 95% ocorrem em países de baixa e média renda. Na América Latina, o percentual é, em média, 18%, sendo que metade deste ocorre em apenas sete países, um deles o Brasil. Estatísticas relativas ao ano de 2006 mostram que, dos 51,4% (1 512 374) dos nascidos vivos de mães com idade até 24 anos, 0,9% (27.610) eram de mães com idade entre 10 e 14 anos; 20,6% (605. 270) de 15 a 19 anos; e 29,9% (879. 493) de 20 a 24 anos. (IBGE, 2009).

No Brasil, a fecundidade geral da mulher declinou no período entre 1965 a 2006 de aproximadamente seis filhos para 1,8 filhos por mulher, diferentemente da fecundidade na adolescência que aumentou no mesmo período, passando de 7,1%, em 1970, para 23% em 2006. A partir da década de 70, a gestação na adolescência passou a ser considerada como problema de saúde pública, devido ao aumento da fecundidade em mulheres com 19 anos ou menos. (IBGE, 2010)

Contudo, a partir de 2009, observa-se uma redução nas taxas de gravidez na adolescência, devido às campanhas ao uso do preservativo, ao aumento da escolaridade, ao acesso aos métodos contraceptivos e à ampliação do mercado de trabalho para as mulheres. (BRASIL,2009). Embora, percebe-se que esta redução ocorre de forma desigual, dependendo do desenvolvimento social do território em que vive estas adolescentes. (SABROZA,2004).

Segundo a Política de Saúde dos Adolescentes e Jovens, a redução das iniquidades sociais é uma das prioridades a serem enfrentadas devido aos impactos sobre a gestação na adolescência. Para tanto, os serviços de saúde devem ser organizadas em rede de atenção à saúde, assim como as ações e estratégias de promoção da saúde. (BRASIL,2006).

Desse modo, como forma de oferecer subsídios para o planejamento da atenção em Saúde das Adolescentes no município de Conceição das Alagoas-MG, para que as ações sejam efetivadas de acordo com as prioridades identificadas no diagnóstico em saúde, planeja-se desenvolver um plano de ação com objetivo de desenvolver Grupos Educativos para adolescentes dentro da área de abrangência da equipe de saúde da família.

2 JUSTIFICATIVA

A adolescência é uma fase dinâmica e complexa merecedora de atenção especial no sistema de saúde e de demais setores, uma vez que esta etapa do desenvolvimento define padrões biológicos e de comportamentos que irão se manifestar durante o resto da vida do indivíduo. Muitas vezes, eles se dispõem a novas experiências testando atitudes e situações, que podem ameaçar sua saúde presente e futura, como por exemplo: gravidez não planejada, doenças sexualmente transmissíveis, uso de droga e distúrbios alimentares (BRASIL,2008).

Na equipe Saúde da Família São Francisco, no município de Conceição das Alagoas, das 40 gestantes cadastradas, 30 delas são menores de 20 anos, o que corresponde a 75% das gestantes. Fenômeno de alta complexidade que é atualmente experimentado na área uma vez que se inscreve nos determinantes sociais de saúde. (ALMEIDA-FILHO, 2010). Assim, torna-se necessário que a equipe reorganize seu processo de trabalho com a construção de uma proposta de intervenção de uma linha de acolhimento/ cuidados aos adolescentes do território de abrangência, que deve contemplar a participação de toda a equipe de saúde bem como dos adolescentes.

3. OBJETIVOS

3.1. *Objetivo Geral*

A partir do mapeamento do território, elaborar com a ESF um Plano de Intervenção com vistas à redução das condições de vulnerabilidade que favorecem a incidência da gravidez em adolescentes.

3.2. *Objetivos Específicos*

1. Ampliar a compreensão teórica dos fatores que expõem as/os adolescentes à gravidez;
2. Identificar os fatores determinantes da gravidez na adolescência no território de abrangência da ESF São Francisco;
3. Elaborar e implantar um Plano de Intervenção com os adolescentes do território adstrito.

4. METODOLOGIA

O presente trabalho se desenvolverá por meio de uma revisão bibliográfica e posterior elaboração de um Plano de Ação com o objetivo de propor ações para o enfrentamento da gravidez na adolescência.

Utilizará como referência básica o Módulo planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (gravidez na adolescência na área de abrangência da ESF São Francisco. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) e o Módulo- Saúde do Adolescente (GRILLO et al., 2011) do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. (CEABSF).

Será realizada uma busca sistematizada na literatura utilizando das publicações indexadas na base da *Scientific Eletronic Library OnLine* (Scielo), Pubmed/Medline e periódicos disponíveis no portal CAPES- Periódicos CAPES. Circunscrevemos a busca a partir do ano de 2003, portanto um intervalo de 10 anos. Bem como livros e artigos de revistas de circulação nacional a partir do ano de 2000.

Utilizaremos ainda dados disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município de Conceição das Alagoas.

Para o desenvolvimento do Plano será realizado um diagnóstico situacional no território de abrangência e os dados coletados serão à base do desenvolvimento do plano de ação.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1.ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE

A adolescência, vocábulo que só integrou definitivamente o dicionário na segunda metade do século XIX, guarda em nossos dias, acepções divergentes quanto às idades que marcariam seu início e seu término, há, porém, um traço constante que consiste no critério de passagem, considerando como processo biopsicossocial. (BRASIL, 2008).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8069/1990, ECA), situa a adolescência compreendida entre a faixa etária dos 12 aos 18 anos, diferentemente da OMS que entende a adolescência entre os 10 e 20 anos. O conceito da OMS é o mais utilizado no campo da saúde pública e o da ECA no campo jurídico (BRASIL, 2009).

A adolescência é o processo de passagem da vida infantil para a vida adulta. Segundo Grillo et al. (2011, p.13), o conceito da adolescência

[...]é sustentada mais na Psicologia e na Sociologia, esse processo tem caráter histórico e significados diferentes em diversas classes sociais, épocas e culturas. Para a Psicanálise, a adolescência seria uma questão psíquica, uma resposta subjetiva à invasão do corpo pela puberdade.

Na adolescência ocorrem mudanças psicológicas, cognitivas e sociais, e para atender o adolescente, é necessária a compreensão dessas particularidades, além de conhecer o cenário em que ele vive, tanto o cenário familiar como o sociocultural (GRILLO et al., 2011).

Neste período ocorrem também várias mudanças corporais que o obrigam a refazer sua imagem corporal. Pode ocorrer dificuldade de conviver com este novo corpo, tanto para ele e na relação com o outro. Que é vista sob o ponto de vista psicológico, como um processo semelhante ao luto, ocasionando perdas relativas ao seu corpo e a queda das idealizações da infância (GRILLO et al., 2011).

A sexualidade, uma das características que está presente desde os primórdios da vida, e o aumento do interesse sexual coincidem com o surgimento dos caracteres sexuais secundários. Este interesse é influenciado pelas profundas

alterações hormonais deste período da vida e pelo contexto psicossocial. (BRASIL, 2008).

Na atualidade, a sociedade tem fornecido mensagens ambíguas aos jovens, deixando dúvidas em relação à época mais adequada para o início das relações sexuais. Ao mesmo tempo em que a atividade sexual na adolescência já é vista como um fato natural, que estimula a aceitação social da gravidez fora do casamento, ainda se vê a condenação moral e religiosa ao sexo antes do matrimônio. Perante este quadro os jovens se encontram perdidos, sem um parâmetro social claro de comportamento sexual e com uma urgência biológica a ser satisfeita em idade precoce. (BRASIL, 2008).

Como é durante a adolescência que o desenvolvimento sexual adquire a sua plenitude, permitindo a procriação, é fundamental que este tema seja privilegiado pelas Equipes de Saúde que atendem os adolescentes. Essa é uma grande oportunidade para orientá-lo sobre questões sexuais e sexualidade identificar se há algum problema/dilema/desafio nesta importante etapa da vida. (BRASIL, 2008).

E importante ressaltar que lidar com questões relativas à sexualidade dos adolescentes é também mobilizar sentimentos e experiências do próprio profissional envolvido. (BRASIL, 2008). Ou seja, ambos, profissionais de saúde e adolescentes, estabelecem uma relação social dialética, onde há o enfrentamento de saberes e experiências. Relação que pode ser positiva ao oportunizar a construção de novas estratégias de abordagem, por exemplo, no caso do profissional, e de um maior conhecimento de si, por parte de adolescente.

5.2 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Segundo a *World Health Organization* (WHO, 2006), a gravidez durante a adolescência é caracterizada como aquela que ocorre entre os 14-19 anos maternos. Vislumbra-se que cerca de 10% dos partos mundiais correspondem a de adolescentes. Segundo a mesma fonte, essa taxa corresponderia a 18% dos partos ocorridos no Brasil (WHO, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), os adolescentes brasileiros têm iniciado a vida sexual mais cedo e mantêm um maior número de parceiros. Sendo que 36% dos jovens entre 15-24 anos relataram ter tido a primeira relação sexual antes dos 15 anos de idade, enquanto apenas 21% dos jovens entre 25-29 anos

tiveram a primeira relação na mesma época. Destes, 20% afirmaram ter tido mais de dez parceiros nas suas vidas e 7% tiveram mais de cinco parceiros no último ano.

Levandowski, Piccininni e Lopes (2008), destacam que vários são os fatores associados à gravidez na adolescência. Associados aos fatores sócios demográficos destacam-se: baixo nível sócioeconômico, uso de álcool e outras drogas, início precoce das relações sexuais e da menarca e não uso, ou uso inadequado, de métodos contraceptivos.

Dentre os fatores sócio-emocionais associados à gravidez, são citados: privação emocional, experiências prematuras de perdas, relação emocionalmente distante com o pai, abuso sexual, alcoolismo família monoparental, baixa autoestima, expectativas educacionais modestas e atitudes tradicionais em relação ao papel da mulher na família, gravidez da própria mãe na adolescência presença de irmã sexualmente ativa ou já mãe. E também, são mencionados o desejo de engravidar, de ter uma família harmoniosa e de construir uma relação íntima e uma sexualidade adulta com o parceiro e de construir uma identidade feminina; e de demonstrar independência frente aos pais, além de buscar um novo *status* social.

A correlação entre a prevalência da gestação na adolescência e a vulnerabilidade social, confirma a produção e reprodução social da gestação na adolescência e indicam que a educação, o trabalho, as relações de gênero são as principais vulnerabilidades sociais da gestação neste período da vida. (FERREIRA et al., 2012).

Assim, a gravidez na adolescência tem sido foco de preocupações e de atenções cuidadosas de profissionais de saúde, de instituições públicas, bem como de diferentes segmentos sociais, principalmente quando destacam a associação entre modificações no padrão de comportamento dos adolescentes, no exercício de sua sexualidade, e o aumento no número de casos de gravidez precoce.

É frequente nos serviços de saúde ou outras instituições, que o adolescente ou a adolescente grávida não são considerados em sua singularidade. Ao considerarmos as adolescentes grávidas como todas iguais, como um grupo homogêneo, sem considerarmos a diversidade social e/ou regional existente em cada contexto, reforça-se um discurso moral e regulador existente nas políticas voltadas ao controle da gravidez precoce, dos fatores de risco que podem perturbar a ordem social.

Contraopondo esse pensamento, Aquino et al. (2003) afirmam que a gravidez nessa fase da vida não é um fenômeno recente. Ao longo da história as mulheres vêm tendo filhos nessa fase e, mesmo em um contexto de intensa diminuição das taxas de fecundidade, não se observa no nosso país um deslocamento vinculado a reprodução para faixas etárias mais velhas, tal como os fenômenos ocorridos em países industrializados

Conforme Heilborn et al. (2002) e como aludimos acima, a experiência de gravidez na adolescência inscreve-se em uma etapa de aprendizado da sexualidade, que assume contornos singulares no contexto da cultura sexual brasileira, envolvendo complexas interações entre homens e mulheres, o que torna necessário situá-la no quadro das relações e papéis de gênero.

Em linhas gerais, o cuidado individualizado e humanizado deve desenvolver-se com o objetivo de compreender a subjetividade do ser cuidado, percebendo-o em suas várias dimensões humanas, uma vez que deve tratar da saúde de forma integral, inclusive do psicobiológico, englobando o processo de cuidar para promover, manter e/ou recuperar a dignidade e a totalidade humana. (JORGE; FIÚZA; QUEIROZ, 2006).

5.3. ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO PARA REDUZIR A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

O artigo 227 da Constituição regulamentou o Estatuto da Criança e do Adolescente, que atribui à criança e ao adolescente prioridade absoluta no atendimento aos seus direitos como cidadãos brasileiros. Isso representa um esforço coletivo dos mais diversos setores da sociedade organizada e revela um projeto marcado pela igualdade de direitos e de condições que devem ser construídas, para assegurar acesso a esses direitos (Lei nº 8.069/1990).

Surge em 21 de dezembro de 1989 o PROSAD- Programa de Saúde do Adolescente, regulamentado através da Portaria nº. 980/GM do Ministério da Saúde. Ele se fundamenta em uma política de promoção de saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce de agravos, com tratamento adequado e reabilitação. O PROSAD elegeu como áreas prioritárias o crescimento e desenvolvimento, a sexualidade, a saúde bucal, a saúde mental, a saúde reprodutiva, a saúde do escolar adolescente e a prevenção de acidentes, orientadas pelo princípio de

integralidade das ações de saúde, da multidisciplinaridade e na integração intersetorial e interinstitucional dos órgãos envolvidos. (FERREIRA et al, 2000).

Com o intuito de instrumentalizar os profissionais da saúde o Ministério da Saúde lançou o manual “Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens”, uma proposta para servir de apoio aos profissionais de saúde. (BRASIL, 2007).

Hoje, a maioria das ações de educação em saúde realizadas nos serviços e instituições encontra-se centrada na responsabilização individual e na prevenção de doenças, pautadas na transmissão de informações. Meyer et al., (2006), confirma esta afirmativa, ao referirem que os projetos educativos em saúde permanecem inscritos na perspectiva da transmissão de um conhecimento especializado, para uma população leiga, cujo saber-viver é desvalorizado ou ignorado, reforçando que, para aprender o que o profissional sabe, o usuário deverá desaprender ou descartar o que foi aprendido no cotidiano de uma vida.

Embora, percebe-se que começa haver mudanças no campo da saúde pública, principalmente na promoção da saúde, na medida em que o conceito de saúde se amplia, deixando de ser somente a ausência de doenças e a pessoa é estimulada a tomar decisões sobre sua vida, possibilitando o desenvolvimento da autonomia (OLIVEIRA, 2005).

Nessa direção, os movimentos de educação popular se intensificam a partir do rompimento da verticalidade da relação entre o profissional e o usuário, valorizando trocas interpessoais, iniciativas da comunidade e o diálogo que permite a compreensão do saber popular. Essa educação em saúde é quando:

O usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo de saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. (ALVES, 2005, p.46)

A atividade grupal é muito importante na adolescência, porque nesta etapa da vida eles apresentam a característica de procurar no grupo de companheiros sua identidade e a resposta para suas ansiedades. Nesses encontros, são facilitadas a expressão de sentimentos, a troca de informações e experiências e a busca de soluções para os seus problemas. (OLIVEIRA et al., 2008).

A estratégia de discussão em grupo pode identificar características gerais como senso de coesão, de comunicação, de interação, de coletividade e de planejamento, de propósitos e metas comuns. No caso dos adolescentes, favorecem a aproximando os sujeitos e proporcionando a expressão livre e aberta dos pensamentos. (FERREIRA, 2006, p.210).

Oliveira et al, (2008) cita os benefícios de integrar os adolescentes nas etapas de elaboração, implementação, monitoramento e avaliação das ações e políticas sociais voltadas para a adolescência e juventude, e, desta forma, a construção mais participativa que realmente respondam às demandas dessa população.

Um fator relevante no contexto da gravidez na adolescência e a vulnerabilidade dessa fase da vida, associada a diversos fatores, incluindo a prática do sexo sem proteção. Esse fato demonstra a responsabilidade profissionais de saúde, em realizar ações junto aos adolescentes, ouvindo suas necessidades e acolhendo suas demandas. (RESSEL et al, 2009).

6. PLANO DE AÇÃO

6.1.MAPA CONTEXTUAL

Conceição das Alagoas é um município brasileiro do estado de Minas Gerais e possui uma área de 1.340,250 km². Está situado na microrregião de Uberaba no Triângulo Mineiro e distante 530 Km da capital Belo Horizonte. Com uma população de 23.043 habitantes, a cidade vem passando por um processo de crescimento populacional contínuo desde o final do século passado, devido a diversificação de sua base econômica. Nesta ocasião houve a introdução da lavoura de cana de açúcar e, conseqüente, instalação de usinas de álcool e açúcar, sendo, até o momento, as únicas indústrias instaladas no município. Situada em uma região de solos férteis, a agricultura e pecuária de leite e corte é a base da economia do município que conta ainda com inúmeras olarias de tijolos, uma tradição do lugar. O comércio da cidade é forte e segue uma tendência de crescimento e diversificação. (IBGE, 2010).

A história do município de Conceição das Alagoas teve seu início com a chegada, na região, da Bandeira de João Batista de Siqueira, por volta de 1811. Os desbravadores instalaram uma fazenda chamada Alagoas. Quarenta anos depois, José de Souza Lima, co-proprietário dessa fazenda, encontrou próximo a uma cachoeira do Rio Uberaba, um valioso diamante. No mesmo ano, o Padre Francisco Rocha organizava no local um núcleo de garimpeiros, recebendo a cachoeira o seu nome. Esses fatos ocorreram de boca em boca, atraindo mais gente ao sítio.

Em 1858, o Sr. Antônio Correia de Moraes, com o auxílio de moradores do povoado, que então já era conhecida como "Garimpo das Alagoas", iniciou a construção de uma Capela, posteriormente concluída pelo Padre Felício Joaquim da Silva Miranda. Em 1869, era o povoado então pertencente ao Distrito de Campo Formoso (Campo Florido). E nove anos mais tarde, pela Lei estadual nº 2464, de 21 de outubro de 1878, foi o distrito elevado à Freguesia de Nossa Senhora da Conceição das Alagoas, passando a integrar o município de Uberaba

A 17 de dezembro de 1938, por Decreto-lei estadual nº 148, foi criado o município, tendo sua instalação se verificado em 1º de janeiro de 1939. O município de Conceição das Alagoas foi elevado à Comarca pela Lei nº 1039 e a esta Comarca está subordinado o município de Pirajuba. Hoje, o município compõe-se do

distrito da sede e de Poncianos. O topônimo é homenagem à Padroeira, Nossa Senhora da Conceição e Alagoas, alusivo ao grande número de lagoas existentes no território municipal. O gentílico oficial no município é Garimpense, porém os moradores usam "Conceição Alagoano".

Atualmente a gestão é composta pelos seguintes profissionais: prefeito: Celson Pires de Oliveira; secretária municipal de saúde: Maria Luisa Barbon; coordenação de Programa de Saúde da Família: Viviane Batista da Silva; e setor odontológico: Andreza Guimarães de Oliveira.

O município apresenta uma área da unidade territorial de 1.340,250 Km² e densidade demográfica de 17,19 hab/Km². Pelo Censo de 2010, existem 6463 famílias e 6944 domicílios particulares permanentes. (IBGE-Censo 2010).

Como aspectos socioeconômicos têm-se: IDH de 0,767; taxa de alfabetização de adultos de 0,865; o valor do rendimento nominal médio mensal per capita dos domicílios particulares permanentes é do total de R\$861,08; esperança de vida ao nascer = 71,28 anos; crescimento populacional de 1.83; fecundidade = 2.32; grau de urbanização = 84; taxa de alfabetização das pessoas de 5 anos ou mais de idade = 90.84; proporção de domicílios particulares permanentes por tipo de saneamento adequado = 84,27%, semi-adequado = 10,93% e inadequado = 4,80%. (IBGE- Censo 2010).

Na economia, Conceição das Alagoas sempre se dedicou à pecuária de leite e corte, às lavouras de soja, milho, sorgo e arroz e à fabricação de tijolos em suas inúmeras olarias mas, desde meados da década de 1990, as culturas de soja e cana-de-açúcar vêm conquistando o espaço. No município, estão instaladas a Usina Caeté - usina de álcool e açúcar do Grupo Carlos Lyra - e a Usina Hidroelétrica Volta Grande (Cemig).

A saúde conta com o total de 15 estabelecimentos que prestam serviços a população sendo que 14 deles são públicos. A Estratégia Saúde da Família (ESF), do município de Conceição das Alagoas, conta com 7 equipes que fazem a cobertura de 80% da população. O município não dispõe de prontuário eletrônico, e a grande maioria dos atendimentos de média e todos de alta complexidade são realizados em Uberaba, cidade Polo da microrregião.

6.2.A ESF São Francisco

A ESF São Francisco foi inaugurada em 2005, atendendo a população dos seguintes bairros: São Francisco Abílio Tomaz, Francisco de Paulo Pires e José Antonio de Lima. A área física da Unidade é relativamente boa e apresenta divisão satisfatória. Não existem cadeiras suficientes para todos os usuários. Não existe sala de reunião, sendo utilizada a garagem como local substituto para atividades em grupo realizadas pela Equipe. Na Unidade não se encontram equipamentos básicos para atendimento, com falta ocasional de materiais de consumo e insumo. Não são disponibilizadas medicações para atendimento complementar.

Na ESF São Francisco há 1308 famílias e 4452 pessoas cadastradas, nível de alfabetização de 90,84%. Na área de abrangência 1760 são homens e 1868 são mulheres. Em relação à mortalidade, as principais causas são as doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório e neoplasias.

A Equipe de Saúde é composta por médica, enfermeira, dentista, técnica de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, 07 agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliar de serviços gerais e terapeuta ocupacional (atende três vezes da semana na Unidade). No município existe o Núcleo de Apoio a Saúde da família (NASF), que é composto por psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e farmacêutico. (SIAB-2013).

6.3. Aspectos socioeconômicos da população atendida

A maior parte da população economicamente ativa trabalha na Usina de Açúcar, na prestação de serviços, no comércio, na indústria e na economia informal. Existem muitas pessoas desempregadas e subempregadas. É crescente o consumo de álcool e drogas ilícitas na região, o que reflete no aumento da violência, associado à falta de planejamento de segurança pública na área.

Na área de abrangência da equipe não existe Escola nem Creche obrigando as crianças a estudarem em escolas de outras regiões. A inexistência de Ensino Médio e Creches na região representam fatores limitantes para educação da população. Essas informações são fruto da observação dos trabalhadores em saúde e não se baseiam em dados estatísticos. Sendo assim, as atividades do Programa Saúde na Escola são realizadas em uma Escola fora da área da ESF.

6.4. Diagnóstico Situacional

A palavra diagnóstico significa “através do conhecimento”. Para realizar um diagnóstico é preciso levantar dados, transformá-los em informação para produzir conhecimento que subsidie o planejamento. Para conhecer o território onde atuamos, precisamos conhecer os problemas de saúde mais importantes, suas causas e suas consequências, definindo prioridades e elaborando um plano de ação.

Um modo de realizar um diagnóstico situacional é utilizar o método da Estimativa Rápida, examinando os registros existentes ou fontes secundárias, fazendo observações sobre as condições de vida da comunidade, entrevistando informantes importantes da comunidade utilizando questionários curtos e fazendo observações sobre as condições de vida dos grupos populacionais.

Com os dados coletados por estes meios, foi possível desenvolver um perfil, embora um tanto superficial, sobre a população da ESF São Francisco e identificar seus principais problemas e suas prioridades.

Este método de diagnóstico permitiu a produção de informações de forma participativa, ou seja, junto à população e fazendo um mapeamento dos principais problemas de saúde existentes, para pensar, daí, um planejamento adequado ao enfrentamento das reais necessidades.

6.4.1. Coleta de dados de fontes secundárias

Devem ser coletados somente dados considerados pertinentes e necessários. Foram coletadas as seguintes fontes secundárias: registros referentes ao planejamento municipal, registros históricos, dados do SIAB.

6.4.2. Observação ativa

Em uma observação ativa, podemos observar: o ambiente físico do território, como coleta de lixo, problemas de saneamento, condições de moradia; os serviços oferecidos: saúde, educação, e habitação. Para obtenção dessas informações, toda a equipe de saúde se mobilizou para observar os principais problemas que afligem a população adstrita à ESF São Francisco.

6.4.3. Entrevistas com informantes chaves

Consideramos informantes-chave aquelas pessoas que tem informações relevantes sobre as condições de vida da população ou parte dela. Foram entrevistados líderes comunitários, comerciantes, agente comunitário de saúde.

6.5. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

O Diagnóstico Situacional além de identificar os principais problemas do território de abrangência, produz informações que permitem conhecer as causas e as consequências do problema. Os principais problemas identificados foram selecionados oriundos da observação ativa da Equipe de Saúde, bem como colhidas em entrevistas com informantes-chaves da comunidade e coleta de dados secundários. Dentre esses problemas pode-se enumerar por categorias:

1. Ausência de grupos de HIPERDIA;
2. Grande número de consultas de demanda espontânea;
3. Ausência de espaço físico adequado;
4. Esgoto a céu aberto;
5. Poucas opções de lazer;
6. Ruas sem pavimentação;
7. Coleta de lixo irregular;
8. Falta de creches;
9. Gravidez na adolescência;
10. Grande desinformação sobre higiene e da utilização da água para consumo.

6.6. PRIORIZAÇÃO DO PROBLEMA

O passo seguinte após a identificação dos problemas do território e a priorização dos que serão enfrentados pela equipe, visto que, dificilmente todos serão resolvidos ao mesmo tempo. Segundo Campos, Faria e Santos (2010, p.59):

[...] como critérios para seleção dos problemas, o grupo pode considerar: a importância do problema, sua urgência, a própria capacidade para enfrentá-lo. [...] Uma maneira de selecionar os problemas ou, em outras palavras, priorizar quais serão enfrentados

primeiramente é a construção de uma planilha em que os problemas identificados são analisados e selecionados quanto á prioridade, segundo os critérios mencionados, ou seja:

- Atribuindo valor “alto, médio ou baixo” para a importância do problema;
- Distribuindo pontos conforme sua urgência;
- Definindo se a solução do problema está dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto;
- Numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios (seleção).

Definimos o problema de acordo com o levantamento exposto acima e ilustrado abaixo no Quadro 1.

Quadro 1. Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF São Francisco. Conceição das Alagoas. 2013.

Problema	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento pela Equipe de Saúde	Seleção
Ausência de grupos de HIPERDIA	Alto	8	Parcial	2
Grande desinformação sobre higiene e da utilização da água para consumo	Alto	9	Parcial	4
Ausência de espaço físico adequado	Médio	6	Fora	5
Grande número de consultas de demanda espontânea	Alta	8	Parcial	3
Esgoto a céu aberto	Médio	7	Fora	6
Gravidez na adolescência.	Alta	10	Parcial	1 = Problema Eleito para trabalhar
Coleta de lixo irregular.	Médio	6	Fora	7
Falta de opção de lazer	Média	6	Parcial	8
Ruas sem pavimentação	Baixa	4	Fora	9

6.7. DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO

É necessário descrever o problema priorizado para caracterizá-lo melhor e ter uma ideia de sua dimensão e de como ele se apresenta numa determinada realidade. Este processo é muito importante por que: afasta qualquer ambigüidade diante do problema que se quer enfrentar e para obter indicadores que serão

utilizados para avaliar o impacto alcançado pelo plano. (CAMPOS; FARIA; SANTOS,2010).

O problema selecionado pela equipe São Francisco foi a Gravidez na Adolescência, devido o grau mais alto e a sua urgência por que: “75% das gestantes do território de abrangência da Equipe é de adolescentes com menos de 20 anos.”

6.8. EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

Segundo o filósofo Espinosa, conhecer é conhecer pela causa- o que significa descobrir o modo pelo qual algo é produzido. Portanto, conhecer adequadamente uma coisa é conhecer o seu modo de produção.

O objetivo de explicar o problema é entender sua gênese a partir da identificação das suas causas. A partir da explicação do problema, será elaborado um Plano de Ação.

A gravidez na adolescência está explicada na árvore explicativa do problema, no Apêndice I.

6.9. SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS

Segundo Campos, Faria e Santos (2010), um nó crítico é um tipo de causa de um problema que quando atacada, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O nó crítico é algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade.

A Equipe São Francisco selecionou como “nós críticos”:

- Estrutura familiar inadequada;
- Formação psicológica;
- Ausência de Grupos Educativos para adolescentes;
- Desconhecimento dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais;
- Educação sexual para pais e filhos;
- Uso de drogas, bebidas alcoólicas, influência da mídia.

6.10. DESENHO DAS OPERAÇÕES

Para iniciar a elaboração do Plano de Ação é necessário descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”, identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações. (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

Foi decidido trabalhar com o nó crítico: Desconhecimento sobre métodos anticoncepcionais, a seguir, é apresentado um quadro que facilita a visualização do problema e o seu monitoramento

Quadro 2. Desenho de operações para o “nó críticos” do problema Gravidez na Adolescência. Conceição das Alagoas. ESF São Francisco. 2013

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Desconhecimento dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais	Implantação do grupo de adolescentes : Roda de meninas	Empoderamento do grupo operativo para a prevenção da gravidez na adolescência	Avaliação do nível de informação dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais Capacitação das ACSs e da Equipe e do NASF;	Organizacional: para organizar os grupos; Cognitivo: Informação sobre os métodos anticoncepcionais e sobre as estratégias de comunicação com adolescentes; Político: Articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social; Financeiros: para adquirir panfletos de divulgação e recursos audiovisuais.

6.11. IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS

O objetivo deste passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada passo.

Para Campos, Faria e Santos (2010), os recursos críticos são 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.

A equipe São Francisco identificou como recursos críticos para a operação;

Operação: Implantação do grupo de adolescentes: Roda de meninas

Recursos críticos:

Político: conseguir mobilização social.

Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.

6.12. ANÁLISE DA VIABILIDADE DAS OPERAÇÕES

Na análise de viabilidade a ideia central é de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. 1- Ele precisa identificar os atores que controlam recursos críticos necessários de cada operação. 2-Fazer uma análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano. 3- desenhar ações estratégicas para motivar e construir a viabilidade da operação. (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010)

Quadro 3. Desenho dos recursos críticos do problema Gravidez na Adolescência- Município de Conceição das Alagoas- ESF São Francisco- 2013.

Operações / Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Operações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	

Roda de Meninas Grupo de adolescentes	<u>Político:</u> Mobilização social. <u>Financeiro:</u> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos	Associações de Bairro, ONGs, Pastoral da Criança e do Adolescentes, Grupos de jovens, etc. Secretário de Saúde	Favorável Favorável	Apresentar o projeto. Apoio das Associações. Não é necessária.
---	---	---	----------------------------	--

7.1. ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO/ PLANO OPERATIVO

7.1.1. Plano de Ação / Plano Operativo:

O objetivo deste passo é: designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações. E é importante lembrar que a responsabilidade por uma operação só pode ser definida para pessoas que participam do grupo que está planejando.

O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento de execução de todas as ações definidas. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 4. Plano Operativo do problema Gravidez na Adolescência-Município de Conceição das Alagoas - ESF São Francisco. 2013.

Operações	Resultados	Produtos	Opções estratégicas	Responsáveis	Prazo
Implantação do grupo de adolescentes	Empoderamento do Grupo Operativo para a prevenção da gravidez na adolescência	Campanha informativa das ACS's Panfletos para divulgação do novo grupo Mobilização das adolescentes para participarem do grupo Participação do NASF	Sensibilizar a equipe sobre a importância do problema enfrentado para que juntos desenvolvamos um trabalho de qualidade e de efeito	Equipe ESF São Francisco	Primeiro semestre de 2014
Campanha informativa das ACS + Mobilização das adolescentes para participarem do grupo	Divulgação do início do grupo na comunidade	Adesão do público alvo	Reuniões com as agentes para informá-las sobre o funcionamento do grupo para que as mesmas possam repassar as orientações à população.	ACS	Primeiro semestre de 2013

8. GESTÃO DO PLANO DE AÇÃO

O sucesso de um plano depende de como será sua gestão. Para isto é necessário desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 5. Roda de Meninas - a proposta de intervenção. USF São Francisco. Conceição das Alagoas, MG, 2013.

Grupo de Gestantes: Roda de Meninas					
Coordenação: Enfermeira					
Avaliação: após 3 meses do início do projeto					
Produto	Responsáveis	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo prazo
Implantação do grupo de adolescentes	Enfermeira	3 meses	Não iniciado	Momento de elaboração do plano	1 mês
Campanha informativa das ACS + Mobilização das adolescentes para participarem do grupo	ACSs	2 meses	Não iniciado	Momento de elaboração do plano	1 mês

9. RESULTADOS ESPERADOS DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A gravidez adolescente não deve ser entendida de forma causal, mas pela conjunção de múltiplas variáveis (como pobreza, baixa escolaridade, idade para a iniciação sexual e uso de álcool) que propiciam o aparecimento da gravidez em uma idade que não é considerada esperada.

Os resultados esperados pela implantação do Plano de Ação para a prevenção da gravidez na adolescência é o empoderamento dos adolescentes do Grupo Educativo e, com isso, diminuir os casos na área da ESF São Francisco, além dos ensinamentos e conhecimentos repassados às adolescentes e seus familiares.

Espera-se, ainda, que as atividades na Roda de Meninas possam ser ampliadas para outras Unidades de Saúde bem como para a Proteção Social, a fim de potencializar a atuação em rede, de modo intersetorial entre os sujeitos.

As atividades podem favorecer o estímulo e a ampliação dos projetos de vida das adolescentes na Roda. Uma vez que munidas de um rol de informações aliadas às políticas públicas locais, as adolescentes construam novos itinerários, cuja maternidade seja um projeto a mais e não o único.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificamos que o universo do adolecer é complexo e contraditório. Embora numa cidade de pequeno porte, as expectativas e anseios de um ciclo de vida em que muitas mudanças biopsicossociais se processam; o apelo ao consumo imediato; a vida nas redes sociais aliada às vulnerabilidade dos territórios dada a ausência de políticas públicas coloca sobre os profissionais que atuam junto a esse segmento social um desafio dinâmico. Ou seja, não há receitas prontas para atuar com vistas a minorar os impactos das desigualdades sociais ou das urgências do próprio processo de adolecer.

Trabalhar com adolescentes grávidas implica em desafios para compreender este mundo repleto de subjetividade, significados e contradições. Por isso, os profissionais que lidam com esta problemática precisam de um olhar mais apurado, de escuta atenta, sobre os detalhes, enfim, sensível. Essa disposição favorece o fortalecimento de projetos já existentes. E ainda, o diagnóstico, a proposição e o desenvolvimento de programas e projetos novos, necessários para a resolução deste quadro que se agrava a cada dia.

Paradoxalmente, outro aspecto importante a ser resgatado é a falta de habilidade dos profissionais para lidar com adolescentes, sendo que a maior parte das ações é para lidar com adolescentes grávidas, tais como pré-natal e exame preventivo de câncer de colo de útero. Frente a este quadro, recomenda-se o preparo dos profissionais para lidar com as singularidades e especificidades dos adolescentes.

No caso dos profissionais de saúde, é preciso uma maior interação, fundada no respeito e na valorização das trajetórias; do acolhimento e respeito à dignidade. Atitudes que exigem uma postura humana livre de preconceitos; um olhar compreensivo tentando estabelecer uma relação de empatia, de alteridade e de ajuda, o que pode amenizar a situação vivenciada.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, Naomar. A problemática teórica da determinação social da saúde. In NOGUEIRA, Roberto P. (Org.) **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p.13-36.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação. v.9, n.16, p.39-52, set. 2004.

AQUINO, E. M. L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Caderno Saúde Pública**, v. 19, supl. 2, 2003. p. 377-88.

BRASIL. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e na assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Justiça, 1990. **Estratégicas. Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília:(DF); 2008. Série B. Textos Básicos da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1 de jul. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito do adolescente**. Brasília. 60p, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde do Adolescente. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do Adolescente: competências e habilidades/ Brasília: Ministério da Saúde; 2008.**

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009**. Rio de Janeiro; 2009. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, 25.

FERREIRA, M. de A. et al. Inserção da saúde do adolescente na formação do enfermeiro: Uma questão de cidadania. In: RAMOS, F.R.S. et al. (Orgs.). **Adolescer, compreender, apoiar, acolher**. Projeto Acolher: Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília – DF: ABEn/Governo Federal, 195p. 2000.

FERREIRA, R. A.; FERRIANI, M. G. C.; MELLO, D. F.; CARVALHO, I. P.; CANO, M.A.; OLIVEIRA, L.A. Vulnerabilidade Social na Gestação na Adolescência. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro. n.28, v.2. p.313-323. fev.2012.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. A gravidez/maternidade e adolescentes em situação de risco social e pessoal: algumas considerações. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 3(6), (2004). Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/830/972>. Acesso em 10 jan 2014.

GRILLO, C. F.; CADETE, M. M. M.; GUIMARÃES, P. R.; FERREIRA, R. A.; MIRANDA, S. M. **Saúde do Adolescente**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011, 83p. HEILBORN, M. L. et al. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos**, v. 08, 2002. p.13-45.

IBGE. Cidades. **Conceição das Alagoas**, MG. Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=311730&search=minas-gerais|conceicao-das-alagoas|infograficos:-historico>. Acesso em 01 jan 2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Fecundidade, natalidade e mortalidade**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html#anc1>. Acesso em 23 set 2010.

JORGE, M. S. B.; FIÚZA, G. V.; QUEIROZ, M. V. O. A fenomenologia existencial como possibilidade de compreensão das vivências da gravidez em adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 6, p. 87-94, 2006.

OLIVEIRA, D. L. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a Tradição e a inovação. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.3, p. 423-31, maio/junho, 2005.

OLIVEIRA, Z. M. L. P.; MADEIRA, A. M. F. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. **Rev. Escola Enfermagem - USP**. n.36, v.2. p.133-40, 2002

SABROZA, A. R.; LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; COSTA, J. V. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. **Caderno Saúde Pública**. 2004; 20 Supl. 1. p.112-20.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Adolescent pregnancy**: issues in adolescent health and development. WHO. Discussion Paper on Adolescence. Geneva: WHO, 2004.