

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

ÂNGELA LORENA SILVEIRA DE MENDONÇA

**REDUÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA POR MEIO DE UM  
PLANO DE INTERVENÇÃO**

MONTES CLAROS / MG

2014

Ângela Lorena Silveira de Mendonça

## **REDUÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA POR MEIO DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Anézia Moreira Faria Madeira

Montes Claros / MG

2014

Ângela Lorena Silveira de Mendonça

## **REDUÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA POR MEIO DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Anézia Moreira Faria Madeira (Orientadora)

---

Prof<sup>a</sup>. Ms. Eulita Maria Barcelos

Data de aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Montes Claros / MG  
2014

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho:

A comunidade atendida pela ESF Vera Cruz, que me acolheu.

A equipe da ESF Vera Cruz que partilhou comigo a busca pelo conhecimento e  
melhoria da atenção prestada.

A minha família que sempre incentiva e apoia minhas decisões.

## **AGRADEÇO**

A minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Anézia Moreira Faria Madeira, pela paciência e dedicação.

A minha equipe pelo apoio.

Aos tutores do curso pelos ensinamentos.

## RESUMO

A adolescência é uma importante etapa do desenvolvimento do indivíduo para a maturidade biopsicossocial. A gestação neste momento da vida envolve sérias implicações, limitando ou adiando o desenvolvimento e engajamento das adolescentes na sociedade. Ao engravidar, as adolescentes geralmente têm seus projetos de vida alterados, o que pode contribuir para o abandono escolar e a perpetuação dos ciclos de pobreza. Decisões voluntárias e conscientes relacionadas ao exercício da sexualidade e à vida reprodutiva são particularmente importantes nessa etapa da vida. Na área de abrangência da ESF Vera Cruz do município de São João da Ponte - Minas Gerais, ao realizar o diagnóstico situacional da região, a gravidez na adolescência foi elencada como um problema urgente a sofrer intervenção, visto que o percentual de gestantes adolescentes era de 40%. No município, a proporção de gestantes adolescentes era de 26,92%, no mesmo período - abril 2013. Neste sentido, o objetivo deste trabalho é reduzir a incidência de gravidez em adolescentes na comunidade atendida pela ESF Vera Cruz, por meio de um plano de intervenção. Para realização do trabalho foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), onde primeiramente foi feito o diagnóstico/análise situacional em saúde. O problema foi definido utilizando a Estimativa Rápida. Em seguida foi elaborado um plano de ação para intervenção e enfrentamento do problema. Este plano é aplicável, pois possui os recursos necessários para realização e superação dos nós críticos. A capacitação da equipe e a intersetorialidade serão fundamentais para implantação, continuidade e resultados do plano.

**Palavras-chave:** Adolescência. Adolescentes. Gravidez na adolescência. Sexualidade. Atenção primária. Promoção da saúde. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

Adolescence is an important step in the development of the individual for the biopsychosocial maturity. Pregnancy at this time of life involves serious implications, limiting or delaying the development and engagement of adolescents in society. When pregnant, adolescents often have their life altered projects, which may contribute to the dropout and the perpetuation of poverty cycles. Conscious and voluntary decisions related to their sexuality and reproductive life is particularly important in this stage of life. In the area covered by the FHS Vera Cruz in São João da Ponte, Minas Gerais, to carry out the situation analysis of the region, teenage pregnancy was chosen as an urgent intervention to suffer trouble, as the percentage of pregnant adolescents was 40%. In the county, the proportion of pregnant adolescents was 26.92 % in the same period - April 2013. In this sense, the objective of this work is to reduce the incidence of teenage pregnancy in the community served by the FHS Vera Cruz, through an intervention plan. To carry out the work the method of Situational Strategic Planning (ESP), which was first diagnosed / health situational analysis was used. The problem was defined using the Rapid Estimate. Then an action plan for intervention and resolution of problem was elaborated. This plan is applicable, because it has the necessary resources for implementation and overcoming the critical nodes. The training team and will be instrumental in implementing intersectoral, continuity and outcomes of the plan.

**Keywords:** Adolescence. Teens. Teenage pregnancy. Sexuality. Primary care. Health promotion. Family Health Strategy.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psico Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESFVC	Estratégia Saúde da Família Vera Cruz
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SIAB	Sistema de Informação em Atenção Básica



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1:</b> Desenho de operações para os “nós” críticos do problema Gravidez na Adolescência.....	33
<b>Quadro 2:</b> Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema Gravidez na Adolescência.....	36
<b>Quadro 3:</b> Propostas de ações para motivação dos atores.....	37
<b>Quadro 4:</b> Cronograma de operacionalização da proposta de ação para redução da gravidez na adolescência.....	39

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Descrição do município.....</b>	<b>15</b>
<b>2.2 Gravidez na Adolescência.....</b>	<b>17</b>
<i>2.2.1 A adolescência.....</i>	<i>17</i>
<i>2.2.2 A gravidez.....</i>	<i>18</i>
<i>2.2.3 Gravidez desejada.....</i>	<i>19</i>
<i>2.2.4 Anticoncepção e educação sexual.....</i>	<i>20</i>
<i>2.2.5 Processo de trabalho da equipe de saúde e ações intersetoriais.....</i>	<i>22</i>
<i>2.2.6 As perspectivas de futuro.....</i>	<i>24</i>
<i>2.2.7 Vulnerabilidade do contexto.....</i>	<i>26</i>
<i>2.2.8 Complicações.....</i>	<i>27</i>
<b>3 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>29</b>
<b>4 OBJETIVO.....</b>	<b>30</b>
<b>5 METODOLOGIA .....</b>	<b>31</b>
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>32</b>
<b>6.1 Objetivos da proposta .....</b>	<b>32</b>
<b>6.2 Identificação dos nós críticos.....</b>	<b>33</b>
<b>6.3 Desenho das operações.....</b>	<b>33</b>
<b>6.4 Identificação dos recursos críticos.....</b>	<b>36</b>
<b>6.5 Análise da viabilidade.....</b>	<b>37</b>
<b>6.6 Cronograma de operacionalização da proposta.....</b>	<b>39</b>
<b>6.7 Orçamento.....</b>	<b>40</b>
<b>6.8 Planilha de avaliação e acompanhamento do projeto .....</b>	<b>40</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>45</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A adolescência envolve uma fase em que ocorrem mudanças intensas tanto no âmbito físico como biopsicossocial, em especial relacionadas à maturação sexual, a busca da identidade e a autonomia.

A gestação neste momento da vida envolve sérias implicações tanto biológicas, familiares, emocionais e econômicas para as adolescentes, limitando ou adiando o desenvolvimento e engajamento dessas jovens na sociedade. Nas diferentes regiões do mundo, meninas pobres, com baixa escolaridade e residentes em áreas rurais têm maior probabilidade de engravidar do que suas contrapartes ricas, mais urbanas e com mais escolaridade. As minorias étnicas ou grupos marginalizados, e aquelas que têm pouco ou nenhum acesso à saúde sexual e reprodutiva, também estão em maior risco (UNFPA, 2013).

Os métodos contraceptivos não são utilizados de forma eficaz na adolescência, os motivos estão vinculados aos fatores psicológicos inerentes ao período, uma vez que as adolescentes negam a possibilidade de engravidar, além disso, o encontro sexual é mantido de forma eventual, não justificando o uso rotineiro do anticoncepcional. As adolescentes não assumem perante a família a sua sexualidade e a posse do contraceptivo seria a prova formal da vida sexual ativa (VITALLE, 2001).

A gravidez na adolescência pode estar associada a uma menor autoestima, ao funcionamento intrafamiliar inadequado ou à menor qualidade de atividades do seu tempo livre. A falta de apoio e afeto da família, em uma adolescente cuja autoestima é baixa, com mau rendimento escolar, grande permissividade familiar e disponibilidade inadequada do seu tempo livre, poderiam induzi-la a buscar na maternidade precoce o meio para conseguir um afeto incondicional, talvez uma família própria, reafirmando assim o seu papel de mulher, ou sentir-se ainda indispensável a alguém (CAMPOS, 2000).

Segundo o relatório “Situação da População Mundial 2013” do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) que discute a maternidade precoce: diariamente nos países em desenvolvimento, “20 mil meninas com menos de 18 anos dão à luz e 200 morrem em decorrência de complicações da gravidez ou

parto”. Em todo o mundo, 7,3 milhões de adolescentes experimentam a maternidade a cada ano, sendo dois milhões menores de 15 anos, se for mantida esta tendência, estes números podem atingir três milhões até 2030 (UNFPA, 2013, p.4).

No Brasil 26,8% da população sexualmente ativa, entre 15-64 anos, iniciou sua vida sexual antes dos 15 anos. Em 2010, 19,3% das crianças nascidas vivas no Brasil são filhos e filhas de mulheres de 19 anos ou menos, 12% das adolescentes de 15 a 19 anos possuíam pelo menos um filho, mostrando uma queda em relação a 2000, quando o índice para essa faixa etária era de 15% (UNFPA, 2013, p.1).

Na década entre 2000 e 2010 houve uma redução significativa no percentual de mães adolescentes, menores de 20 anos, passando de 23,5% para 19,3%, o que demonstra um processo de envelhecimento da estrutura etária materna (IBGE, 2012).

Em 2009, nos municípios com menos de 100 mil habitantes, mães mais jovens são muito mais frequentes do que mães com idades um pouco mais avançadas, 23,2% menos de 20 anos. Em contrapartida, municípios com mais de 500mil habitantes o percentual de mães adolescentes foi de 15,9% (BRASIL, 2011).

A escolarização facilita o acesso das adolescentes a métodos contraceptivos por possibilitar conhecimento e informação. Além disso, a ascensão da escolaridade está cada vez mais valorizada no mercado de trabalho. Em 2011, percebe-se que, entre as mulheres de 15 a 19 anos de idade com maior escolaridade (08 anos ou mais de estudo), 7,3% tinham filhos, enquanto entre as menos escolarizadas esta proporção aumenta para 18,3% (IBGE, 2012).

Mesmo havendo uma queda na fecundidade em todo o Brasil, no entanto continua preocupante a gravidez em adolescentes em situação de vulnerabilidade social, observando-se que, conforme dados do IBGE/PINAD/IPEA na série histórica 1992 a 2006, a taxa de fecundidade na adolescência, em 2006, cresceu em 0,14 nas classes econômicas mais baixas (BRASIL, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde, os casos de gravidez em jovens com menos de 20 anos diminuíram em todo o Brasil entre os anos de 2000 e 2012. No início da década, cerca de 750 mil adolescentes foram mães no país. Em 2012, o número caiu para 536 mil. Como principais estratégias de prevenção e cuidado da

gravidez na adolescência destacam-se a Rede Cegonha, programa lançado em 2011, e o Programa Saúde na Escola, que funciona desde 2007 e é desenvolvido em conjunto com o Ministério da Educação (BRASIL, 2012).

Conforme o UNFPA (2013, p.1):

A taxa de natalidade de adolescentes no Brasil pode ser considerada alta dada às características do contexto de desenvolvimento brasileiro, sendo observado um viés de renda, raça/cor e escolaridade significativo na prevalência desse tipo de gravidez. As adolescentes pobres, negras ou indígenas e com menor escolaridade tendem a engravidar mais que outras adolescentes. Muitas gravidezes de adolescentes e jovens não foram planejadas e são indesejadas; inúmeros casos decorrem de abusos e violência sexual ou resultam de uniões conjugais precoces, geralmente com homens mais velhos. Ao engravidar, voluntária ou involuntariamente, essas adolescentes têm seus projetos de vida alterados, o que pode contribuir para o abandono escolar e para perpetuação dos ciclos de pobreza, desigualdade e exclusão.

As publicações atuais indicam queda da natalidade em adolescentes no Brasil nos últimos dez anos, o que contradiz com o que ocorreu entre 1980 e 2000 onde houve aumento na natalidade em adolescentes, apesar disso, ou melhor, com isso a gravidez na adolescência ganha grande importância nas discussões acadêmicas pelo fato da intervenção ser favorável na queda desta taxa e ainda o município em que trabalho não acompanhou essa queda nacional (IBGE, 2012).

Embora na última década o Brasil tenha conseguido reduzir em 30% o número de partos em adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos, a faixa etária de 10 a 15 anos permanece inalterada, apresentando o número de 27 mil partos a cada ano, o que representa 1% do total de partos no Brasil. Neste sentido, os serviços de saúde devem encorajar e promover um comportamento sexual e reprodutivo responsável e saudável para adolescentes, objetivando o seu bem-estar, a sua qualidade de vida e a elaboração e execução de seus projetos pessoais e profissionais (BRASIL, 2012 p.136).

Como médica atuante na Estratégia Saúde da Família (ESF) Vera Cruz, município de São João da Ponte, Minas Gerais, tenho percebido o aumento da gravidez na adolescência na área de abrangência da unidade de saúde, apesar dos índices de natalidade em jovens terem caído no Brasil como um todo, nos últimos anos. Este fato nos preocupa considerando que são adolescentes que provem, em sua maioria, de famílias desestruturadas e de baixo poder aquisitivo.

Sendo assim, enquanto profissionais de saúde devemos pensar em formas de minorar este problema. Acreditamos que uma proposta de intervenção alicerçada em medidas de promoção e prevenção da saúde dos adolescentes seria um dos caminhos possíveis.

## **2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Descrição do município**

São João da Ponte, Minas Gerais, é uma cidade com aproximadamente 25.300 habitantes, localizada no norte mineiro; apresenta aproximadamente 6.900 domicílios e famílias. Grande parte da população ainda vive na zona rural, sendo a taxa de urbanização em 2005 de 30,2%; vivem basicamente da agricultura e pecuária de subsistência. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade no ano 2000 foi de 0,63. A taxa de alfabetização em 2010 foi de 73,48. Em relação ao saneamento básico, a proporção de domicílios particulares permanentes por tipo de saneamento, considerados adequados aqueles com abastecimento de água por rede geral, esgotamento sanitário por rede geral ou fossa séptica e lixo coletado diretamente ou indiretamente, foi de 0,71. Os considerados semiadequados os domicílios com pelo menos uma forma de saneamento considerada adequada, proporção de 86,79. E com todas as formas de saneamento consideradas inadequadas, 12,49 dos domicílios (IBGE, 2010).

O município adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) para reorganizar a atenção básica. Até o ano 2005 eram três equipes com cobertura de cerca de 40% da população; houve uma expansão e desde 2007 o município conta com 11 equipes, sendo quatro na zona urbana e sete na zona rural, com isso há cobertura de 100% da população. A população conta ainda com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). No ano 2012 os valores transferidos fundo a fundo chegaram a R\$ 1.398.000. Uma dificuldade para desenvolvimento da ESF é a rotatividade de profissionais de forma geral principalmente devido às mudanças de gestão (SIAB, 2012).

A comunidade rural Vera Cruz localiza-se cerca de 10 km da cidade com acesso por estrada não pavimentada, e é onde está a sede da ESF Vera Cruz, juntamente com outras quatro pequenas comunidades, entre elas a Araruba, comunidade quilombola reconhecida pelo governo federal; formam a população cerca de duas mil pessoas que são cadastradas e atendidas nesta unidade. A sede desta ESF é própria e o espaço físico pode ser considerado adequado para o atendimento; a equipe é composta por sete agentes comunitários de saúde, uma

técnica de enfermagem, uma enfermeira, uma técnica de saúde bucal, uma auxiliar de saúde bucal, uma dentista, uma médica, uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais. Em relação às comorbidades que afetam a comunidade temos entre os usuários adscritos na unidade em torno de 220 hipertensos, 25 diabéticos e atualmente 20 grávidas. Chama a atenção o número elevado de pacientes com verminoses que pode ser explicado pelo saneamento básico com índice de adequação muito baixo (IBGE, 2010).

O sistema de referência para consultas especializadas e marcações de exames é realizado com auxílio da enfermeira na unidade; mensalmente é repassada uma planilha com as vagas, desta forma os pacientes podem ser referenciados e conseguem atendimento quando necessário. A dificuldade tem sido a contrarreferência, geralmente os pacientes voltam para acompanhamento na unidade sem relatório e, muitas vezes, não conseguimos saber o que foi realizado para o mesmo. O paciente que necessita de atendimento de urgência é atendido no Hospital da cidade e através do SUSFÁCIL é referenciado para Brasília de Minas ou Montes Claros de acordo com a necessidade.

Os problemas enfrentados no cotidiano são inúmeros, entre eles a distância entre algumas comunidades e a sede da unidade; há dificuldade no transporte para atendimento, ainda o alto nível de desemprego e trabalho informal e o analfabetismo são problemas importantes, mas fora da capacidade de enfrentamento da equipe. O alcoolismo, a obesidade e a parasitose intestinal são problemas que a equipe tem capacidade parcial de enfrentamento. A má aderência dos hipertensos e diabéticos a tratamentos propostos e a gravidez na adolescência são problemas de alta importância e estão dentro da capacidade de enfrentamento da equipe. No entanto, a gravidez na adolescência se mostra como uma urgência maior a sofrer intervenção.

Na área de abrangência do ESF Vera Cruz no período de abril de 2013, 20 gestantes estavam sendo acompanhadas, entre estas 08 eram adolescentes menores de 20 anos, num percentual de 40%. No município de São João da Ponte - Minas Gerais, no mesmo período estavam sendo acompanhadas 156 gestantes, sendo 135 (86,53%) destas na zona rural; 42 eram gestantes adolescentes numa proporção de 26,92%. O que demonstra que a taxa de adolescentes grávidas no município está acima dos números nacionais (SIAB, ESFVC, 2013).



## **2.2 Gravidez na Adolescência**

### *2.2.1 A adolescência*

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adolescência corresponde a segunda década de vida, período compreendido entre os 10 e os 19 anos, 11 meses e 29 dias. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), do Brasil, define adolescentes os indivíduos de 12 a 17 anos. A adolescência é uma importante etapa do desenvolvimento para a maturidade biopsicossocial. A forma como os adolescentes lidam com a sexualidade é influenciada por vários fatores entre eles: a qualidade das relações afetivas que vivenciam, às transformações corporais, psicológicas e cognitivas trazidas pelo desenvolvimento, e ainda os valores, as normas culturais e as crenças da sociedade na qual estão inseridos (BRASIL, 2012).

Segundo Goldenberg; Figueiredo; Silva (2005), essa etapa da vida é representada pela transição da infância para idade adulta, ocorrendo a perda da identidade infantil e uma busca da identidade adulta. Trata-se, portanto, de um período de grandes transformações no corpo, na mente e na forma de relacionamento social do indivíduo.

A juventude é uma fase de escolhas que podem ter influência determinante no presente e no futuro do indivíduo, seja levando ao pleno desenvolvimento pessoal, social e econômico, seja criando obstáculos à realização destas metas. Decisões voluntárias e conscientes relacionadas ao exercício da sexualidade e à vida reprodutiva são particularmente importantes nessa etapa da vida (UNFPA, 2013).

Este é, então, um período crítico da vida em que o investimento correto pode quebrar o ciclo da pobreza e resultar em benefícios sociais, econômicos e políticos para adolescentes, comunidades e nações (UNICEF, 2012).

A sexualidade na adolescência apresenta uma dimensão especial, o aparecimento da capacidade reprodutiva no ser humano. O acelerado crescimento físico dessa fase é acompanhado pela maturação sexual. A capacidade de abstração e o pensamento crítico se desenvolvem, juntamente com um maior senso

de independência emocional e de autoconhecimento, formulando-se, gradualmente, o código pessoal de valores éticos e morais (BRASIL, 2010a).

Fonseca; Gomes; Teixeira (2010) ressaltam que o adolescente está mais propenso ao risco e vulnerabilidade pelas próprias características do desenvolvimento psicoemocional como sentimentos de imunidade, de onipotência e ao desejo de experimentar coisas novas. A timidez, e autoestima baixa podem contribuir para tornar os adolescentes fragilizados, decorrente disso alguns jovens podem assumir comportamentos para os quais não estão preparados, como experimentar drogas, iniciar relacionamento sexual precocemente.

### 2.2.2 A gravidez

A gravidez indesejada durante a adolescência pode ser um empecilho para o desenvolvimento pleno do potencial da jovem, podendo trazer prejuízos para a saúde, escolarização e obstáculos para inserção no mercado de trabalho (UNFPA, 2013).

A gestação neste momento da vida se mostra de maneira complexa e multideterminada, segundo Dias e Teixeira (2010, p.124):

[...] a gravidez na adolescência seria uma experiência indesejada, dado que restringiria as possibilidades de exploração de identidade e de preparação para o futuro profissional. Em função disso, a gravidez na adolescência passou a ser vista como uma situação de risco biopsicossocial, capaz de trazer consequências negativas não apenas para as adolescentes, mas para toda a sociedade.

Diniz; Koller (2012, p.306) afirmam que a gravidez durante a adolescência é mais frequente perante um conjunto de variáveis que expressam a falta de oportunidades e a vulnerabilidade do contexto vivenciado pelos adolescentes. Assim, “[...] a gravidez durante a adolescência surgiria naquelas adolescentes que avaliariam o seu futuro como pouco promissor e, por isso, não haveria motivos para evitarem a exposição ao risco”.

Para Neto *et al.* (2007, p.280), no que concerne à gravidez na adolescência:

Atualmente no Brasil e nos países em desenvolvimento, ela é considerada um risco social e um grave problema de saúde pública, devido, principalmente, à sua magnitude e amplitude, como também, aos problemas

que dela derivam. Dentre estes se destacam o abandono escolar, o risco durante a gravidez; este derivado muitas vezes pela não realização de um pré-natal de qualidade, pelo fato de a adolescente esconder a gravidez ou os serviços de saúde não estarem qualificados para tal assistência.

### 2.2.3 Gravidez desejada

Na análise dessa questão, por outro lado, não se pode deixar de considerar que a gravidez pode expressar um desejo da adolescente e pode estar incluído em seus projetos de vida, o que também é compartilhado por alguns adolescentes e homens jovens. “A maternidade e a paternidade podem se revelar, ainda, como elemento reorganizador da vida, e não somente desestruturador” (BRASIL, 2010b p.67).

Andrade; Ribeiro; Ohara (2009, p.666) em sua pesquisa qualitativa com oito mães adolescentes expressam que:

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

Há diferentes maneiras como as famílias, de diferentes níveis sociais, abordam o problema. Há estudos que reforçam que a gestação na adolescência nem sempre representa riscos maiores do que a gravidez na mulher madura, que muitas vezes a gestação na adolescência é algo almejado e bem aceito pelos familiares. “O desejo de ser mãe pode ser traduzido como desejo de se tornar mulher perante a sociedade, gerando a possibilidade de sair de casa, constituir sua própria família, conquistando sua liberdade e autonomia.” Isto em geral encontra-se associado a problemas pessoais, familiares e socioeconômicos e à baixa escolaridade; quanto menor o nível de escolaridade, maior serão as chances de a garota engravidar (HOGA; BORGES; REBERTE, 2010, p.153).

Para adolescentes de baixo nível socioeconômico, diversas vezes sem perspectivas de futuro podem buscar na gestação o reconhecimento almejado, desta forma “[...] a carência afetiva associada à ausência ou limitação nas perspectivas de construção de um projeto de vida podem ser fatores determinantes para a ocorrência

de uma gestação na adolescência, ao menos, em classes desprivilegiadas” (DIAS; TEIXEIRA, 2010, p.127).

#### 2.2.4 Anticoncepção e educação sexual

A gravidez na adolescência ocorre a partir do comportamento imprudente dos jovens de manter relação sexual sem o uso de métodos contraceptivos adequados. Ou seja, o motivo da gravidez na adolescência pressupõe uma correlação entre a atividade sexual e a falta da contracepção (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Os adolescentes de maneira geral possuem informação referente à necessidade do uso de contraceptivos, “o que ocorre é que a informação não se traduz em comportamento efetivo” (DIAS; TEIXEIRA, 2010, p.126). Na maioria das vezes, eles não possuem conhecimento suficiente para praticar um comportamento contraceptivo adequado (FRANCO; MARQUES, 2007).

Gurgel *et al.* (2010); Dias *et al.* (2010) ratificam que os adolescentes têm conhecimento sobre os métodos contraceptivos, mas acabam não o utilizando de forma sistemática e rotineira, expondo-se à gravidez. Mesmo quando existe conhecimento suficiente e acesso a algum método contraceptivo, pode existir ambivalência quanto ao uso, pois utilizá-lo implica em assumir e expressar a sua sexualidade, dificuldade enfrentada principalmente entre as meninas (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

A vulnerabilidade no uso dos métodos contraceptivos se agrava nas relações em que esta responsabilidade é deixada de forma exclusiva para as garotas, geralmente os rapazes não tomam para si a função da anticoncepção (ALVES; BRANDÃO, 2009).

É de grande importância a compreensão “acerca do impacto das desigualdades de classe e gênero no comportamento sexual e reprodutivo de adolescentes e mulheres jovens”. A autonomia representa um divisor de águas para uma menor exposição aos riscos de doenças sexualmente transmissíveis e gestação não planejada, desta forma o empoderamento e a educação em saúde se relacionam com o melhor controle feminino sobre decisões que atingem sua sexualidade e reprodução (CHACHAM; MAIA; CAMARGO, 2012, p.389).

A gravidez na adolescência e a sua recorrência podem ser prevenidas, para isso é preciso considerar a assistência a esta faixa etária como uma das prioridades na atenção primária à saúde, incluindo estes nos programas de assistência à saúde da mulher com ênfase em anticoncepção e orientações sexuais (YAZLLE *et al.*, 2009).

É direito dos adolescentes a educação sexual, o sigilo sobre sua atividade sexual e o acesso à orientação sobre todos os métodos anticoncepcionais. A consciência desse direito implica em reconhecer a individualidade e a autonomia do adolescente, estimulando-o a assumir a responsabilidade com sua própria saúde (BRASIL, 2006).

Segundo o Manual Técnico do Ministério da Saúde de Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (BRASIL, 2010a, p.15):

[...] é fundamental que a saúde desse segmento populacional seja incluída nas análises de situação sanitária das regiões de saúde para orientar a construção de estratégias, integradas interfederativamente e intersetorialmente com as ações, programas e políticas em desenvolvimento no país, principalmente para a promoção da saúde; na prevenção aos agravos e enfermidades resultantes do uso abusivo de álcool e de outras drogas e dos problemas resultantes das violências; na prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS e para a melhoria do atendimento ao crescimento e ao desenvolvimento, à saúde sexual e à saúde reprodutiva, notadamente à gravidez na adolescência e ao planejamento sexual e planejamento reprodutivo.

Em conformidade com o Ministério da Saúde, 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 abranjam as famílias e as comunidades (BRASIL, 2010a).

Abordar o tema da sexualidade na adolescência e na juventude é de fundamental importância, nesse momento da vida, muitas dúvidas aparecem relacionadas às mudanças corporais e psicológicas e às primeiras experiências sexuais (BRASIL, 2010b).

A educação sexual de qualidade é extremamente importante para o desenvolvimento da sexualidade do adolescente, pois é através dela que ele poderá

ter uma visão positiva de sua sexualidade, desenvolver uma comunicação clara nas relações interpessoais, compreender o seu comportamento e do outro e escolher o momento adequado para o início da vida sexual segura, saudável e prazerosa (MINAS GERAIS, 2006).

Nas ações de promoção da saúde é importante considerar e valorizar os saberes dos adolescentes no desenvolvimento de habilidades; identificar qual o conhecimento e atitude que já dispõe no campo sexual e reprodutivo e a partir de então promover as intervenções de potencialidade e complementação (GURGEL *et al.*, 2010).

É de extrema importância garantir a participação de adolescentes e jovens no processo de educação em saúde e investir no seu empoderamento e protagonismo. Investir na promoção da autonomia na determinação do exercício da sexualidade e planejamento da vida reprodutiva (UNFPA, 2013).

#### *2.2.5 Processo de trabalho da equipe de saúde e ações intersetoriais*

Na produção de saúde de adolescentes e de jovens a promoção à saúde é fundamental, para isso é necessário “estabelecer processos de intervenção intersetoriais e interdisciplinares, de ampliação e diversificação das práticas sanitárias, de mudanças na gestão e no trabalho das equipes de saúde [...]” (BRASIL, 2010a, p.75).

Segundo Gurgel *et al.* (2010, p.643):

Promover grupos de adolescentes é um caminho para o desenvolvimento de atitudes e habilidades, por constituir um espaço acolhedor, uma forma privilegiada de convivência com outros adolescentes, por propiciar o desenvolvimento de atitudes de respeito, solidariedade, desinibição, além de favorecer maior reflexão sobre os assuntos discutidos, facilitando o entendimento, a troca de experiências, mudanças comportamentais, comunicação, negociação e promoção de saúde.

A utilização de metodologias com abordagens sociais que levam em consideração as diferentes particularidades sócio-demográficas e comportamentais dos adolescentes é relevante para o sucesso e reconhecimento das intervenções, pois são estratégias que remetem à reflexão dos adolescentes sobre as escolhas para sua vida futura (MOCCELLIN *et al.*, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b, p.23):

[...] constituem-se direitos fundamentais do adolescente a privacidade, a preservação do sigilo e o consentimento informado. Na assistência à saúde, isso se traduz, por exemplo, no direito do adolescente de ter privacidade durante uma consulta, com atendimento em espaço reservado e apropriado, e de ter assegurada a confidencialidade, ou seja, a garantia de que as questões discutidas durante uma consulta ou uma entrevista não serão informadas aos pais ou responsáveis, sem a sua autorização – consentimento informado.

Portanto, é preciso ressaltar que, do ponto de vista ético, político e legal, está assegurado o direito desse grupo etário à atenção integral à saúde, incluindo-se nessa atenção a saúde sexual e a saúde reprodutiva (BRASIL, 2010b).

Spindola; Silva (2009) observaram que 70,5% das gestantes adolescentes começaram o pré-natal tardiamente, o que reafirma a distante relação do adolescente com os serviços de saúde. Percebe-se a necessidade da instituição de políticas de atendimento voltadas para os adolescentes como: melhoria do acesso aos serviços e busca ativa de adolescentes para consulta ginecológica. As adolescentes que engravidam geralmente não realizam consultas ginecológicas anteriores, faltando orientações às mesmas (ALVES; BRANDÃO, 2009).

Maternidade na adolescência, desemprego, desigualdade entre homens e mulheres requer tratamento em todas as dimensões que comportam, de forma contextualizada, evitando-se o equívoco de atribuir a responsabilidade de sua ocorrência aos próprios indivíduos que se encontra em qualquer uma dessas situações, desconsiderando suas origens, que extrapolam o nível individual e se localizam no âmbito da organização social, e para cujo enfrentamento requer a integração de vários setores, no que diz respeito a políticas públicas e ações de intervenção (OGIDO; SCHOR, 2012).

Nos estudos de Schwartz; Vieira; Geib (2011) foi observado que a percepção das adolescentes em relação ao apoio recebido durante a gestação é restrito ao núcleo familiar, destacando-se a fragilidade dos serviços de saúde e o despreparo dos profissionais em acolher e inserir as adolescentes primigestas em grupos para o cuidado integral com as mesmas.

A equipe de saúde necessita constantemente avaliar seu processo de trabalho buscando prestar um atendimento mais humanizado que permita a

proximidade com a adolescente para criação de vínculo, facilitando a solução dos conflitos e o conhecimento do outro (SANTOS; SAUNDERS; BAIÃO, 2012).

Ressalta-se a necessidade de ir além das atividades realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, em busca de parcerias, sendo a escola uma dessas opções a necessidade de investimento na capacitação dos profissionais da saúde e da educação para que os mesmos se sintam preparados e motivados a trabalhar com a temática da sexualidade na adolescência, na perspectiva da prevenção (MENDES *et al.*, 2011).

É fundamental que os serviços de saúde desenvolvam mecanismos próprios para a captação precoce das gestantes adolescentes, proporcionando-lhes uma atenção pré-natal especial, realizada por profissionais sensibilizados em relação às suas condições específicas e que não precisam, necessariamente, ser especialistas (BRASIL, 2012).

É importante abordar com prioridade as adolescentes que fizeram o exame de gravidez e tiveram o resultado negativo, uma vez que constituem um grupo de risco para gravidez precoce não planejada (MINAS GERAIS, 2006).

#### *2.2.6 As perspectivas de futuro*

A gestação na adolescência, na maior parte das vezes indesejada, representa o afastamento da escola e do mercado de trabalho, além da possibilidade de ter complicações de saúde relacionadas à gravidez ou ao parto (UNFPA, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b, p.66):

Em geral, a gravidez na adolescência tem sido considerada situação de risco e elemento desestruturador da vida de adolescentes, assim como elemento determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, ao colocar impedimentos na continuidade dos estudos e no acesso ao mercado de trabalho, sobretudo entre as adolescentes.

Conforme Goldemberg; Figueiredo; Silva (2005), a interrupção da escolarização e da formação profissional, em consequência da gravidez acaba acarretando dificuldades de inserção no mercado de trabalho, perpetuando a tendência à pobreza, com consequentes riscos sociais para a mãe e para os seus dependentes.



“O projeto de vida nasce das interações entre o fortalecimento da identidade pessoal e da autoestima, a consciência da responsabilidade pessoal para com a conquista de melhorias, e o vislumbre de oportunidades ou perspectivas de futuro” (BRASIL, 2010a, p.56). As garotas que se dedicam a estudar e preparar-se para a inserção no mercado de trabalho permanecendo maior tempo nas escolas têm como benefício uma menor chance de engravidar em um momento indesejado, tem maior autonomia e autoestima podendo tomar decisões conscientes em relação a sua vida sexual e reprodutiva (UNFPA, 2013).

A persistência do ciclo da pobreza é influenciada pela formação de famílias desestruturadas financeiramente. Como contribuintes estão os pais jovens que não conseguem inserção adequada no mercado de trabalho por falta de qualificação, isto influencia diretamente na qualidade de vida e no adoecimento. A gestação pode “tornar-se um problema para mulheres e homens, em distintas faixas etárias, pela ausência de políticas públicas que subsidiem a inserção no mercado de trabalho e a continuidade da educação” (BRASIL, 2010a, p.89).

Spindola; Silva (2009) complementam que a escolarização sofre atraso por prejuízo da continuidade em decorrência da gestação precoce. Há perpetuação da condição da pobreza influenciada pela não inserção no mercado de trabalho, isso impede ascensão econômica e mantém a marginalização social.

Nos estudos de Ogido; Schor (2012, p.1044) foram relatadas inúmeras dificuldades para inserção no mercado de trabalho, porém, “a maternidade na adolescência não indicou a exclusão dos projetos de formação educacional ou de trabalho, mas adaptações e necessidade de uma rede de apoio familiar e social”.

Em conformidade com o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2012, p.139):

É recomendado às mães e aos pais adolescentes que sejam acompanhados nas unidades de saúde, para que lhes sejam oferecidos apoio e suporte, estimulando suas capacidades, auxiliando na elaboração e execução de seus projetos de vida, na construção dos vínculos familiares, na prevenção da segunda gravidez, de DST/AIDS e outros aspectos. A equipe de saúde precisa estimular os adolescentes no desempenho das funções de mãe e pai, encorajando-os para o exercício da maternidade e paternidade responsável, evitando, no entanto, subestimar a sua capacidade.

O abandono nos estudos se deve em muitos casos à falta de um projeto de vida em especial nas classes desprivilegiadas, o retorno aos estudos é prejudicado

ainda pela repetição da gravidez o que diminui ainda mais as possibilidades futuras da adolescente (NERY *et al.*, 2011).

### 2.2.7 Vulnerabilidade do contexto

O contexto social em que estão inseridas as adolescentes ao engravidarem tem influência direta nas consequências negativas associadas à maternidade mais agravantes do que a própria idade precoce (HOGA; BORGES; REBERTE, 2010). Além disso, é observado que “frente às limitadas possibilidades de se emanciparem economicamente, para muitas dessas meninas a maternidade é uma âncora social para se tornarem adultas”. (FERREIRA *et al.*, 2012, p.317).

O Ministério da saúde ressalta que, em muitos casos,

...a gravidez na adolescência está relacionada com a situação de vulnerabilidade social, bem como com a falta de informações e acesso aos serviços de saúde, e ao baixo *status* de adolescentes mulheres nas relações sociais vigentes, sobretudo das pobres e negras (BRASIL, 2010b, p.66).

De acordo com as pesquisas de Silva *et al.* (2011) os indicadores assistenciais e socioeconômicos são piores nas adolescentes com mais de um filho. A recorrência da gravidez na adolescência está associada ao abandono escolar, e a não inserção no mercado de trabalho, demonstrando uma maior vulnerabilidade social.

Algumas famílias formadas por pais adolescentes têm seus direitos e qualidade de vida comprometida devido à ocorrência da gestação em um contexto de iniquidade social. Sendo assim, “políticas sociais específicas para adolescentes mães em situação de vulnerabilidade possibilitariam melhores condições para o exercício de seus direitos reprodutivos” (SILVA *et al.* 2011, p.2485).

A perpetuação da situação de falta de poder, reconhecimento e precariedade de acesso a recursos sociais após a experiência da maternidade, em círculo vicioso, acaba por comprometer a capacidade desses sujeitos de controlar vários aspectos de sua vida, inclusive tomar decisões sobre o número e o espaçamento entre filhos e efetivá-las (SILVA *et al.*, 2011).

Correlacionando a densidade de nascidos vivos, vulnerabilidade social e a gestação na adolescência, alguns autores observaram que “as áreas de maior

densidade de vulnerabilidade social e de gestação na adolescência coincidem com as áreas de menor renda” (FERREIRA *et al.*, 2012, p.317).

### 2.2.8 Complicações

A gravidez na adolescência pode resultar em sérias complicações tanto maternas como neonatais, dentre elas podemos citar: “o baixo ganho de peso materno, a desproporção céfalo-pélvica, a pré-eclampsia, a prematuridade, o baixo peso ao nascer e o Apgar baixo no quinto minuto” (GOLDENBERG; FIGUEIREDO; SILVA, 2005, p.1078).

Vieira *et al.* (2010), em seu estudo qualitativo, demonstram que o abortamento é uma grave consequência de uma gravidez não desejada. Este implica em sérias complicações como hemorragias, infecções e perfurações uterinas. O uso irregular de contraceptivos e a falta de informação anterior à iniciação sexual, além da falta do autoconhecimento colaboram pra a ocorrência do aborto.

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

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p.138):

As adolescentes grávidas não possuem maior risco clínico e obstétrico em relação às grávidas de outras faixas etárias só pelo fato de que são adolescentes. Uma assistência pré-natal adequada é fundamental para garantir o baixo risco. No entanto, é preciso estar atento às gestantes da faixa etária entre 10 e 14 anos, pois apresentam maiores riscos materno-fetais. Entretanto, quando elas recebem atenção qualificada, os resultados se aproximam daqueles da população em geral.

Para que a gravidez na adolescência transcorra sem maiores riscos, é necessário que o pré-natal seja iniciado o mais precocemente possível. A equipe de saúde deve estar preparada e sensibilizada para acolher a adolescente que chega à

unidade de saúde com a suspeita de gravidez, “deve-se avaliar com a adolescente as expectativas quanto à possível gestação, seus medos e anseios, bem como suas reais possibilidades” (BRASIL, 2012, p.137).

### 3 JUSTIFICATIVA

A gravidez na adolescência se configura um problema com dimensões multifatoriais e com diversas consequências tanto para a mãe adolescente quanto para o seu recém-nascido. Esse tipo de gestação geralmente não ocorre de forma planejada nem desejada e acontece normalmente em meio a relacionamentos sem estabilidade, gerando famílias desestruturadas. Nesse sentido,

...a Atenção Primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável (CONASS, 2004, p.7).

O ambiente socioeconômico e cultural em que a comunidade está inserida influencia nos hábitos e estilos de vida, no nível de informação e na pressão social. Além disso, as políticas públicas, principalmente de assistencialismo determinada pelo desenvolvimento social e econômico influenciam na geração deste problema. O alto índice de desemprego e subemprego e a falta de perspectiva de futuro também são questões que desencadeiam a gravidez na adolescência. Ainda, a falta de informação adequada, de planejamento familiar e a fragilidade da educação sexual contribuem pra o elevado número de mães jovens (UNFPA, 2013).

No cotidiano de atuação da ESF Vera Cruz, município de São João da Ponte, MG, a gravidez na adolescência se mostrou como problema de alta importância a ser enfrentado pela equipe que lida com essa clientela, no sentido de se preparar para o manejo com os adolescentes melhorando o processo de trabalho, adequando o serviço para este atendimento e estruturando o planejamento familiar. Além disso, se faz necessário melhorar o nível de informação e transmiti-la de forma adequada para a mudança do estilo de vida dos adolescentes, para o enfrentamento deste problema.

#### **4 OBJETIVO**

Reduzir a incidência de gravidez em adolescentes na comunidade atendida pela ESF Vera Cruz, município de São João da Ponte, Minas Gerais, por meio de uma proposta de intervenção.

## 5 METODOLOGIA

Para realização desta proposta de intervenção foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), discutido na Disciplina Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, do Curso de Especialização em Atenção Básica, voltado para Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais. Primeiramente foi realizado o diagnóstico/análise situacional em saúde fazendo o reconhecimento da unidade básica de saúde Vera Cruz e do município de São João da Ponte. Para definição do problema foi utilizado a Estimativa Rápida, identificando a Gravidez na Adolescência como agravo significativo para intervenção urgente da equipe. Em seguida foi elaborado um plano de ação para intervenção e enfrentamento do problema.

De posse dos dados buscou-se na literatura estudos que contribuíssem para sustentação teórica da proposta. As fontes de busca foram LILACS, SciELO, MEDLINE e Google Acadêmico, por meio dos descritores: adolescência, adolescentes, gravidez na adolescência, sexualidade, atenção primária, promoção da saúde e Estratégia Saúde da Família.

Foram consultados também documentos do Ministério da Saúde; do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF); do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB); do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); da Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais (SES); e do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA).

Destaca-se que as publicações foram referentes ao período de 2000 a 2012; todas no idioma português.

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Entre os problemas enfrentados pelos pacientes atendidos na ESF Vera Cruz, e identificados no diagnóstico situacional estão: a distância entre algumas comunidades e a sede da unidade, a dificuldade no transporte para o atendimento, o alto nível de desemprego, o trabalho informal e o analfabetismo. Estes são problemas importantes, porém fora da capacidade de enfrentamento da equipe. No entanto, problemas como o alcoolismo, a obesidade e as parasitoses intestinais a equipe apresenta capacidade parcial de enfrentamento. A não aderência dos hipertensos e diabéticos a tratamentos propostos e a gravidez na adolescência são problemas de alta importância e que estão dentro da capacidade de enfrentamento da equipe. No entanto, a gravidez na adolescência foi priorizada por necessitar de intervenção urgente, visto que o percentual de gestantes atendidas na unidade menores de vinte anos é de 40%.

Como discorrido na fundamentação teórica deste trabalho, a gravidez na adolescência traz inúmeros transtornos para a vida da adolescente e para sua família como: obstáculos à concretização de projetos de vida, abandono escolar, dificuldade de inserção no mercado de trabalho, marginalização social e desestruturação familiar.

### **6.1 Objetivos da proposta**

- Reduzir a incidência de gravidez em adolescentes na comunidade atendida pela ESF Vera Cruz, município de São João da Ponte, Minas Gerais;
- Incentivar o planejamento familiar, intensificar as ações educativas e divulgar os métodos contraceptivos e os riscos da gravidez na adolescência;
- Estimular a modificação dos hábitos e estilo de vida;
- Melhorar a estrutura do serviço para o acolhimento e atendimento de adolescentes;
- Garantir medicamentos orais, injetáveis e de preservativos para distribuição gratuita;
- Encaminhar adequadamente a adolescente para métodos definitivos;



- Implantar uma linha de cuidados para melhorar o processo de trabalho da equipe de saúde da família.

## 6.2 Identificação dos nós críticos

- Planejamento familiar;
- Nível de informação insuficiente;
- Informação inadequada;
- Hábitos e estilos de vida não saudáveis;
- Desestruturação dos serviços de saúde;
- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado.

## 6.3 Desenho das operações

**Quadro 1:** Desenho das operações para os “nós” críticos do problema Gravidez na Adolescência.

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
<b>Planejamento familiar</b>	<b>Vida planejada</b> Incentivar o planejamento familiar	Diminuir o número de 10% de gestações na adolescência.	Campanha educativa nas escolas; Campanha educativa na rádio local; Grupo de planejamento familiar.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema Político: conseguir espaço na rádio local, articulação intersetorial com a rede de ensino; Organizacional: organizar agenda Financeiro: aquisição de recursos para folhetos, recursos audiovisuais etc.
<b>Nível de informação insuficiente</b>	<b>Saber mais</b> Intensificar as ações educativas; Divulgar os métodos contraceptivos e os riscos da gravidez na adolescência.	População mais informada sobre os meios anticoncepcionais disponíveis e os riscos da gestação na adolescência.	Avaliação do nível de informação da população sobre riscos da gestação na adolescência e dos meios anticoncepcionais; Campanha	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas Organizacional: organização da

			educativa na rádio local; Programa de saúde reprodutiva na escola; Capacitação dos ACS.	agenda. Político: articulação intersetorial (parceria a educação) e mobilização social.
<b>Informação adequada</b>	<b>Saber o certo</b> Orientar a população sobre a forma adequada de utilização de métodos anticoncepcionais.	Utilização correta dos métodos anticoncepcionais.	Campanha de saúde reprodutiva na escola; Grupo planejamento familiar.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de avaliação da forma de utilização dos métodos; Organizacional: organização da agenda. Político: articulação intersetorial (parceria com a educação) e mobilização social
<b>Hábitos e estilos de vida não saudáveis</b>	<b>Mais futuro</b> Estimular a Modificação dos hábitos e estilo de vida.	Melhoria na perspectiva de futuro e projetos de vida dos adolescentes construídos	Programa de capacitação de jovens, geração de emprego e renda.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema, elaboração e gestão de projetos de geração de emprego e capacitação de mão de obra. Político: mobilização social em torno das questões, articulação intersetorial e aprovação dos projetos. Financeiro: financiamento dos projetos.
<b>Desestruturação dos serviços de saúde</b>	<b>Cuidar melhor</b> Melhorar a estrutura do serviço para o acolhimento e atendimento de adolescentes Garantir medicamentos orais, injetáveis e	Garantia de medicamentos orais, injetáveis e de preservativos para distribuição gratuita disponível. Encaminhamento adequado pra métodos	Capacitação do pessoal; Compra de medicamentos e preservativos; manutenção do estoque. Recursos humanos capacitados.	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiro: aumento de oferta de medicamentos e preservativos.

	de preservativos para distribuição gratuita. Encaminhar adequadamente para métodos definitivos.	definitivos.		Cognitivo: elaboração de projeto de adequação. Organizacional: adequação dos fluxos de referência para métodos definitivos.
<b>Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado ao enfrentar do problema</b>	<b>Linha de cuidado</b> Aplicar as diretrizes clínicas. Melhorar o acolhimento ao adolescente pela equipe de saúde.	Acolhimento do adolescente no PSF de forma adequada.	Linha de cuidado com saúde do adolescente implantada; Recursos humanos capacitados; Gestão da linha de cuidados implantada.	Cognitivo: elaboração de projeto da linha de cuidado e acolhimento ao adolescente na atenção primária. Político: articulação intersetorial e mobilização dos profissionais.

Fonte: CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010.

## 6.4 Identificação dos recursos críticos

**Quadro 2:** Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema Gravidez na Adolescência.

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
<b>Vida planejada</b>	Político: conseguir espaço na rádio local, articulação intersetorial com rede de ensino; Financeiro: aquisição de recursos para folhetos, recursos audiovisuais etc.
<b>Saber mais</b>	Organizacional: organização da agenda Político: articulação intersetorial (parceria com a educação) e mobilização social.
<b>Saber o certo</b>	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias para avaliação da forma de utilização dos métodos.
<b>Mais futuro</b>	Cognitivo: conhecimento sobre o tema, elaboração e gestão de projetos de geração de emprego e capacitação de mão de obra. Político: mobilização social em torno das questões, articulação intersetorial e aprovação dos projetos. Financeiro: financiamento dos projetos.
<b>Cuidar melhor</b>	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiro: oferta de recursos necessários para estruturação do serviço.
<b>Linha de cuidado</b>	Político: articulação intersetorial e mobilização dos profissionais.

Fonte: CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010.

## 6.5 Análise da viabilidade

**Quadro 3:** Propostas de ações para motivação dos atores.

<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>	<b>Controle dos recursos críticos: ator que controla</b>	<b>Controle dos recursos críticos: motivação</b>	<b>Ações estratégicas</b>
<b>Vida planejada</b> Incentivar o planejamento familiar.	Político: conseguir espaço na rádio local, articulação intersetorial com a rede de ensino.  Financeiro: aquisição de recursos para folhetos, recursos audiovisuais etc.	Sector de Comunicação Social  Secretaria de Saúde	Favorável  Favorável	Apresentar o projeto.
<b>Saber mais</b> Intensificar as ações educativas; divulgar os métodos contraceptivos e os riscos da gravidez na adolescência.	Organizacional: organização da agenda  Político: articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.	Profissionais da ESF  Secretaria de Educação	Favorável  Favorável	Reuniões em ambiente descontraído; Carta de apresentação dos projetos.
<b>Saber o certo</b> Orientar a população a forma adequada de utilização de métodos anticoncepcionais.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias para avaliação da forma de utilização dos métodos.	Profissionais da ESF	Favorável	
<b>Mais futuro</b> Estimular a Modificação dos hábitos e estilo de vida.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema, elaboração e gestão de projetos de geração de emprego e capacitação de mão de obra.  Político: mobilização social em torno das questões,	Profissionais da ESF e Secretaria de Saúde  Associação Comunitária	Favorável  Favorável	Reuniões em ambiente descontraído; Carta de apresentação dos projetos  Apresentar o projeto e apoio da associação

	articulação intersetorial e aprovação dos projetos. Financeiro: financiamento dos projetos.	Ministério de Ação Social  Secretários de Saúde, planejamento e ação social.	Indiferente  Favorável e indiferente	Apresentar o projeto e apoio da associação
<b>Cuidar melhor</b> Melhorar a estrutura do serviço para o acolhimento e atendimento de adolescentes Garantir medicamentos orais, injetáveis e de preservativos para distribuição gratuita. Encaminhar adequadamente para métodos definitivos.	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiro: oferta de recursos necessários para estruturação do serviço.	Prefeito Municipal Secretaria de Saúde e Fundo Nacional de Saúde	Favorável e indiferente	Apresentar o projeto
<b>Linha de cuidado</b> Aplicar as diretrizes clínicas. Melhorar o acolhimento ao adolescente pela equipe de saúde.	Político: articulação intersetorial e mobilização dos profissionais.	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	

Fonte: CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010.

## 6.6 Cronograma de operacionalização da proposta

**Quadro 4:** Cronograma de operacionalização da proposta de ação para redução da gravidez na adolescência.

<b>Operações</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>Vida planejada</b> Incentivar o planejamento familiar.	Campanha educativa nas escolas; Campanha educativa na rádio local; Grupo de planejamento familiar.	Apresentar o projeto para equipe e parceiros.	A enfermeira e a médica da Equipe da ESF.	Quatro meses para início das atividades.
<b>Saber mais</b> Aumentar o nível de informação da população sobre os meios anticoncepcionais e os riscos da gravidez na adolescência.	Avaliação do nível de informação da população sobre riscos da gestação na adolescência e dos meios anticoncepcionais; Campanha educativa na rádio local; Programa de Saúde Reprodutiva na escola; Capacitação dos ACS.	Apresentar o projeto à equipe.	A enfermeira e a médica da Equipe da ESF	Três meses para início das atividades.
<b>Saber o certo</b> Orientar a população a forma adequada de utilização de métodos anticoncepcionais	Campanha de saúde reprodutiva na escola; Grupo planejamento familiar.	Carta de apresentação demonstrando benefícios a médio e longo prazo.	A médica e os ACS da Equipe da ESF	Três meses para início das atividades.
<b>Mais futuro</b> Estimular a modificação de hábitos e estilo de vida	Programa de capacitação de jovens, geração de emprego e renda.	Apresentar o projeto e apoio da associação.	A autora deste trabalho e a coordenação da ABS.	Apresentar o projeto em três meses a nove meses.
<b>Cuidar melhor</b> Melhorar a estrutura do serviço para o acolhimento e	Capacitação do pessoal; Compra de medicamentos e preservativos,	Apresentar o projeto	A enfermeira, a médica e a coordenação da ABS.	Apresentar o projeto em três meses a seis meses;

atendimento de adolescentes. Garantir medicamentos orais, injetáveis e de preservativos para distribuição gratuita. Encaminhar adequadamente para métodos definitivos.	manutenção do estoque; Recursos humanos capacitados.			Dois meses para início das atividades
<b>Linha de cuidado</b> Implantar a linha de cuidado com o adolescente Melhorar o acolhimento ao adolescente pela equipe de saúde.	Linha de cuidado Saúde do Adolescente implantada; Recursos humanos capacitados; Gestão da linha de cuidado implantada.	Reuniões para motivar e capacitar a equipe.	A autora deste trabalho e Coordenação da APS	Três meses para início das atividades e finalização em doze meses.

Fonte: CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010.

## 6.7 Orçamento

Os custos previstos para esta proposta de intervenção serão de responsabilidade da unidade de saúde e/ou recursos provindos do município.

## 6.8 Avaliação e acompanhamento do projeto

<b>Operação “Vida planejada”</b>					
<b>Coordenação: Ângela Mendonça – avaliação após 6 meses do início do projeto</b>					
<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
<b>1- Campanha educativa nas escolas.</b>	A enfermeira e a médica da Equipe da ESF.	4 meses	Não iniciado.	Momento de elaboração do plano de ação.	Prazo mantido a partir do início do projeto.
<b>2- Campanha educativa na rádio local.</b>	A enfermeira e a médica da Equipe da ESF.	4 meses	Não iniciado.	Momento de elaboração do plano de ação.	Prazo mantido a partir do início do projeto.



<b>3- Grupo de planejamento familiar.</b>	A enfermeira e a médica da Equipe da ESF.	30 dias	Não iniciado.	Momento de elaboração do plano de ação.	Prazo mantido a partir do início do projeto.
---	---	---------	---------------	---	--

### Operação “Saber mais”

**Coordenação: Ângela Mendonça – avaliação após 6 meses do início do projeto**

<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
<b>1- Avaliação do nível de informação da população sobre riscos da gestação na adolescência e dos meios anticoncepcionais.</b>	A enfermeira e a médica da Equipe da ESF.	3 meses	Não iniciado.	Momento de elaboração do plano de ação.	Prazo mantido a partir do início do projeto.
<b>2- Capacitação dos ACS</b>	A enfermeira e a médica da Equipe da ESF.	3 meses	Não iniciado.	Momento de elaboração do plano de ação.	Prazo mantido a partir do início do projeto.

### Operação “Saber o certo”

**Coordenação: Ângela Mendonça – avaliação após 6 meses do início do projeto**

<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
<b>1- Campanha de saúde reprodutiva na escola</b>	A médica e os ACS da Equipe da ESF	3 meses	Não iniciado.	Momento de elaboração do plano de ação.	Prazo mantido a partir do início do projeto.

### Operação “Mais futuro”

**Coordenação: Ângela Mendonça – avaliação após 6 meses do início do projeto**

<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
<b>1- Programa de capacitação de jovens, geração de emprego e renda.</b>	A autora deste trabalho e a coordenação da ABS	Apresentar o projeto em três a nove meses.	Não iniciado.	Momento de elaboração do plano de ação.	Prazo mantido a partir do início do projeto.

---

**Operação “Cuidar melhor”****Coordenação: Ângela Mendonça – avaliação após 6 meses do início do projeto**

<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
<b>1- Recursos humanos capacitados.</b>	A enfermeira e a médica da Equipe da ESF.	6 meses	Não iniciado.	Momento de elaboração do plano de ação.	Prazo mantido a partir do início do projeto
<b>2 - Compra de medicamentos e preservativos, manutenção do estoque.</b>	A coordenação da ABS.	2 meses	Não iniciado.	Momento de elaboração do plano de ação.	Prazo mantido a partir do início do projeto.

---

**Operação “Linha de cuidado”****Coordenação: Ângela Mendonça – avaliação após 6 meses do início do projeto**

<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
<b>1 Linha de cuidado com saúde do adolescente implantada</b>	A enfermeira e a médica da Equipe da ESF.	6 meses	Não iniciado.	Momento de elaboração do plano de ação.	Prazo mantido a partir do início do projeto.
<b>2 - Gestão da linha de cuidados implantada.</b>	A coordenação da ABS.	6 meses	Não iniciado.	Momento de elaboração do plano de ação.	Prazo mantido a partir do início do projeto.

Fonte: CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez na adolescência foi elencada como problema de alta importância a ser enfrentado pela equipe da ESF Vera Cruz, no município de São João da Ponte, MG, ao ser realizado o diagnóstico situacional de saúde, visto que 40% das gestantes tinham menos de 20 anos. Sendo assim, a equipe deve estar preparada para o manejo adequado aos adolescentes melhorando o processo de trabalho, adequando o serviço para este atendimento e (re)estruturando o planejamento familiar. Para isso, se faz necessário a capacitação e a intersetorialidade, em especial com as escolas, melhorando o nível de informação e a transmissão de conhecimentos de forma adequada para o melhor enfrentamento deste problema.

A fim de diminuir a taxa de gravidez na adolescência e a sua recorrência, é preciso considerar a assistência a esta faixa etária como uma das prioridades na atenção primária à saúde, inserido os adolescentes nos programas de assistência à saúde da mulher com ênfase em anticoncepção e orientações sexuais.

As publicações atuais indicam queda da natalidade em adolescentes no Brasil, de maneira geral, sendo assim a gravidez na adolescência ganha grande importância nas discussões acadêmicas pelo fato da intervenção ser favorável na queda desta taxa e ainda o município em que estou atuando não acompanhou essa queda nacional.

A equipe na atenção primária deve encorajar e promover um comportamento sexual e reprodutivo responsável e saudável para adolescentes, objetivando o seu bem-estar, a sua qualidade de vida e a elaboração e execução de seus projetos pessoais e profissionais.

Sendo assim, um dos caminhos possíveis para minorar este problema é uma proposta de intervenção alicerçada em medidas de promoção e prevenção da saúde dos adolescentes, baseadas em educação e orientação sexual, visto que na maioria das vezes os jovens não possuem conhecimento suficiente para praticar um comportamento contraceptivo adequado.

É de extrema importância garantir a participação de adolescentes e jovens no processo de educação em saúde e investir no seu empoderamento e protagonismo, como forma de promover a autonomia e o planejamento da vida reprodutiva.

Na abordagem com os adolescentes é relevante levar em consideração as particularidades sócio-demográficas e comportamentais, priorizando estratégias que remetam à reflexão dos adolescentes sobre as escolhas para sua vida futura. Pois o projeto de vida nasce das interações entre o fortalecimento da identidade pessoal e da autoestima, a consciência da responsabilidade pessoal para com a conquista de melhorias, e o vislumbre de oportunidades ou perspectivas de futuro.

Percebe-se a necessidade de incentivar as adolescentes a não interromperem a sua escolarização, uma vez que a educação garante um futuro melhor e a possibilidade de sair do ciclo da pobreza. Visto que, as mulheres que permanecem na escola por mais tempo tem menor chance de engravidar, além de reduzir o índice de casamentos precoces.

Ressalta-se a necessidade de extrapolar as atividades realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, em busca de parcerias, uma delas é a incorporação da escola nas atividades dirigidas aos adolescentes. Cabe destacar o papel relevante do Programa Saúde na Escola (PSE), que em parceria com as equipes de saúde da família, trabalha também a temática da sexualidade na adolescência, uso de métodos contraceptivos, gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis, na perspectiva da prevenção e da promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

ALVES, C. A.; BRANDÃO, E. R. Vulnerabilidade no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. **Ciências Saúde Coletiva** [online]. 2009, v.14, n.2, p. 661-670.

ANDRADE, P. R.; RIBEIRO, C. A.; OHARA, C. V. S. Maternidade na adolescência: sonho realizado e expectativas quanto ao futuro. **Revista Gaúcha Enfermagem**. [online]. 2009, v.30, n.4, p. 662-668.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: MS, 2006, 56p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e na assistência**. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: MS, 2009. 72p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: MS, 2010a. 132p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: MS, 2010b. 300 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: MS, 2011. 372p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: MS, 2012. 18p.

CAMPOS, M. A. B. Gravidez na Adolescência: a imposição de uma nova identidade. **Pediatria Atual**. V13, n.11/12, p.25-26, 2000.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CHACHAM, A. S.; MAIA, M. B.; CAMARGO, M. B. Autonomia, gênero e gravidez na adolescência: uma análise comparativa da experiência de adolescentes e mulheres jovens provenientes de camadas médias e populares em Belo Horizonte. **Revista Brasileira Estudos Populacionais**. [online]. V.29, n.2, p.389-407, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS Atenção Primária. Seminário para a estruturação de consensos. Série CONASS Documenta. **Caderno de Informação Técnica e Memória de Progestores**. Brasília: CONASS, Documento 2, 2004.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia Ribeirão Preto** [online]. V.20, n.45, p.123-131, 2010.

DINIZ, E; KOLLER, S. H. Fatores associados à gravidez em adolescentes brasileiros de baixa renda. **Paidéia Ribeirão Preto** [online]. V.22, n.53, p.305-314, 2012.

FERREIRA, R. A. *et al.* **Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência**. Caderno Saúde Pública [online]. V.28, n.2, p.313-323, 2012.

FONSECA, A. D.; GOMES, V. L. O.; TEIXEIRA, K. C. Percepção de adolescentes sobre uma ação educativa em orientação sexual realizada por acadêmicos (as) de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista** [online]. V.14, n.2, p.330-337, 2010.

FRANCO, M. A. P.; MARQUES, S. L. **Proposta de instrumento para avaliar conhecimento sobre métodos contraceptivos**. Paidéia Ribeirão Preto. V.17, n.38, p. 365-374, 2007.

GOLDEMBERG, P.; FIGUEIREDO, M. C. T.; SILVA, R. S. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Caderno Saúde Pública**. V.21, n.4, p.1077-86, 2005.

GURGEL, M. G. I. *et al.* Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência. **Revista Gaúcha Enfermagem**. [online]. V.31, n.4, p. 640-646, 2010.

HOGA, L. A. K.; BORGES, A. L. V.; REBERTE, L. M. Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativas dos membros da família. **Escola Anna Nery Revista** [online]. V.14, n.1, p.151-157, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=316240 &search=minas-gerais|sao-joao-da-ponte>>. Acesso em: JUL 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira

2012. Diretoria de Pesquisas/ Coordenação de População e Indicadores Sociais/ Estudos e Pesquisas /Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro, n. 29, 2012. 293 p.

MENDES, S. S. *et al.* Saberes e atitudes dos adolescentes frente à contracepção. **Revista Paulista Pediatria**. [online]. V.29, n.3, p.385-391, 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado da Saúde (SES). **Atenção à saúde do adolescente**. Linha Guia. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 152 p.

MOCCELLIN, A. S. *et al.* Efetividade das ações voltadas à diminuição da gravidez não-planejada na adolescência: revisão da literatura. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil** [online]. V.10, n.4, p.407-416, 2010.

NERY, I. S. *et al.* Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. **Revista Brasileira Enfermagem** [online]. V.64, n.1, p.31-37, 2011.

NETO, F. R. G. X.; DIAS, M. S. A.; ROCHA, J.; CUNHA, I. C. K. O. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Revista Brasileira Enfermagem** [online]. V.60, n.3, p.279-285, 2007.

OGIDO, R.; SCHOR, N. A jovem mãe e o mercado de trabalho. **Saúde Sociedade** [online]. V.21, n.4, p.1044-1055, 2012.

SANTOS, M. M. A. S.; SAUNDERS, C.; BAIÃO, M. R. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. **Ciência Saúde Coletiva** [online]. V.17, n.3, p.775-786, 2012.

SCHWARTZ, T.; VIEIRA, R.; GEIB, L. T. C. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. **Ciência Saúde Coletiva** [online]. V.16, n.5, p.2575-2585, 2011.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA. Situação de Saúde.- SIAB. **Informações estatísticas 2012**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>> Acesso em: Jun 2013

\_\_\_\_\_. **Estratégia Saúde da Família** Vera Cruz, São João da Ponte, Minas Gerais. **Informações estatísticas. 2013**.

SILVA, K. S. *et al.* Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. **Ciência Saúde Coletiva** [online]. V.16, n.5, p. 2485-2493, 2011.

SOUZA, M. L. *et al.* Meninas Catarinas: a vida perdida ao ser mãe. **Revista Escola Enfermagem USP** [online]. V.44, n.2, p.318-323, 2010.

SPINDOLA, T.; SILVA, L. F. F. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. **Escola Anna Nery Revista** [online]. V.13, n.1, p.99-107, 2009.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - UNFPA. **Maternidade precoce:** enfrentando o desafio da gravidez na adolescência. Relatório Situação da População Mundial 2013. ONU, União das Nações Unidas. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/Gravidez%20Adolescente%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em: Nov 2013.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA - UNICEF.; **Progresso para as Crianças:** um relatório sobre adolescentes. Abril 2012. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_PFC2011.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_PFC2011.pdf)>. Acesso em: Set 2013.

VIEIRA, L. M.; GOLDBERG, T. B. L.; SAES, S. O.; DORIA, A. A. B.N. Abortamento na adolescência: da vida à experiência do colo vazio- um estudo qualitativo. **Ciência Saúde Coletiva** [online]. V.15, n.2, p.3149-3156, 2010.

VITALLE, M.S.S. **Adolescência e outros fatores de risco (nível econômico, cuidado pré-natal e tabagismo) como determinantes de prematuridade e baixo peso.** 2001. Tese doutorado. Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 147p.

YAZLLE, M. E. H.; FRANCO, R. C.; MICHELAZZO, D. Gravidez na adolescência: uma proposta para prevenção. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia.** V.31, n.10, Rio de Janeiro, Oct./2009.