

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

OSKEYMI RODRIGUEZ GONZALEZ

**INCIDÊNCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA CABOCLO 2, NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSE DA
TAPERA, ALAGOAS: PLANO DE INTERVENÇÃO**

MACEIÓ - ALAGOAS

2017

OSKEYMI RODRIGUEZ GONZALEZ

**INCIDÊNCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA CABOCLO 2, NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA
TAPERA, ALAGOAS: PLANO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de especialista.

Orientadora: Polyana Oliveira Lima

MACEIÓ/ALAGOAS

2017

OSKEYMI RODRIGUEZ GONZALEZ

**INCIDÊNCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA CABOCLO 2, NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA
TAPERA, ALAGOAS: PLANO DE INTERVENÇÃO**

Banca examinadora:

Examinador: Prof.^a: Polyana Oliveira Lima – UFMG.

Examinador: Ms Zilda Cristina dos Santos, Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM.

Aprovado em Belo Horizonte em de 2017.

RESUMO

A gravidez na adolescência cresce exorbitantemente causando grandes impactos. Cerca de 20 a 25% do total de gestantes no Brasil são adolescentes, ou seja, em média, há uma adolescente entre cada cinco mulheres grávidas. (Para efeito deste trabalho, foi considerada atenção à intervenção da gravidez na adolescência e toda estratégia que se comprometa com prevenção da gravidez indesejada e também com a saúde das adolescentes durante a gestação.) os objetivos do projeto de intervenção são: as ações de prevenção, com a oferta de preservativos feminino e masculino e os demais métodos anticoncepcionais. Mostrar a importância de um espaço para que o adolescente possa falar de si próprio, trocar experiências e receber informações que favoreçam a adoção de hábitos saudáveis de vida; Relatar para os adolescentes a quantidade de meninas mães neste país. Estudos que acompanhem de perto a percepção dos adolescentes grávidos (pais e mães) a respeito dos cuidados e da atenção que recebem da família, programas políticos, de sua cultura e meio social onde estão inseridos também, se fazem necessários para uma visão mais ampla que possibilite intervenções mais assertivas relacionadas à gravidez na adolescência.

Palavras-chave: Gravidez. Saúde do Adolescente. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Teenage pregnancy grows exorbitantly causing major impacts. Approximately 20 to 25% of pregnant women in Brazil are teenagers, that is, on average, for a child between five pregnant women. For the purpose of this work will be considered attention to the intervention of teenage pregnancy and every strategy that commit to preventing unwanted pregnancies and with the health of adolescents during pregnancy. Increase prevention efforts, with the provision of male and female condoms and other contraceptive methods. Show the importance of space for your teen can talk about yourself, share experiences and receive information to encourage the adoption of healthy lifestyles; Report for teens the amount of mother's girls in this country. Studies closely monitor the perception of pregnant adolescents (parents) about the care and attention they receive from family, political programs, their culture and social environment where they live also are needed for a broader vision enables more assertive interventions related to teen pregnancy.

Keywords: Pregnancy. Adolescent Health. Health Education.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS – Atenção Básica à Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CAF - Centro de Abastecimento Farmacêutico.

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEO - Centro de especialidade Odontológico.

DM - Diabetes mellitus

ESF - Estratégia Saúde da Família

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NUPS Núcleo de Promoção à Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

PDR - Plano Diretor Regional

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SISPRENATAL- Sistema de acompanhamento á gestante.

SISVAN- Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional.

SMS- Sistema Municipal De saúde.

UMERG- Unidade Mista de Saúde Ênio Ricardo Gomes

UPA - Unidade de Pronto Atendimento.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Distribuição da população da população de Sao Jose Da Tapera segundo a faixa etária, 2015.....	10
Quadro 2: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrito à equipe de Saúde, do PSF Caboclo 2, município de São Jose Da Tapera, estado de Alagoas.....	26
Quadro 3: Distribuição de grávidas por micros áreas na Equipe de Saúde Caboclo II, São Jose Da Tapera, Alagoas.2016.....	27
Quadro 4: Proposta de intervenção.....	29
Quadro 5: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema: Alta incidência da gravidez na adolescência.....	30
Quadro 6: Análises da viabilidade.....	30
Quadro 7: Plano Operativo.....	31
Quadro 8: Planilha para acompanhamento de projetos.....	33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Identificações do município	9
1.2 Histórico do município	9
1.3 Aspectos Demográficos	10
1.4 População segundo faixa etária e sexo	10
1.5 O sistema municipal de saúde	10
1.6 Redes de atenção primária	11
1.7 Redes de Atenção secundária	12
1.7.1 Urgências e emergências	12
1.8 Serviços locais existentes	13
1.8.1 Assistência farmacêutica:	13
1.8.2 Vigilância da saúde:	13
1.8.3 Relação dos pontos de atenção:	13
1.8.4 Relação com outros municípios:	14
1.8.5 Consórcio de saúde:	14
1.9 Recursos da comunidade	14
1.10 Estratégia Saúde da Família Caboclo 2	14
2- JUSTIFICATIVA	17
3- OBJETIVOS	18
4. METODOLOGIA.....	19
5- REVISÃO DA LITERATURA	20
6 PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO	25
6.1 Problemas de saúde do território e da comunidade Caboclo II. (Primeiro Passo).....	25
6.2 Priorizações dos Problemas (Segundo Passo)	26
6.3- Descrição do problema. (Terceiro Passo).....	26
6.4 Explicações do problema. (Quarto Passo).....	27
6.5 Seleções dos nós críticos. (Quinto Passo).....	28
6.6-Desenhos das operações. (Sexto Passo)	29
6.7 Identificações dos recursos críticos. (Sétimo Passo)	29
6.8 Análises da viabilidade do plano. (Oitavo Passo)	30

6.9	Elaboração do plano operativo. (Nono Passo).....	31
6.10	Decimo passo: Gestão do plano	32
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
	REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificações do município

O Município de São José da Tapera, localizado no Estado Alagoas, Região Nordeste, distante a 220,3 km da capital Maceió, o município consta com 30.088 habitantes estima do ano 2010 e 32.075 no ano 2015 segundo IBGE, 2016.

A principal fonte de renda dos munícipes é a agricultura, sendo o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é de 0,527, a renda familiar é de R\$187,57. A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que vêm se revezando à frente da administração municipal ao longo de décadas (ATLAS, 2013).

São José Da tapera está localizado ao oeste da capital alagoana, e Limita-se com: Carneiros, Monteirópolis, Olho d Água das Flores, Pão de Açúcar, Piranhas e Senador Rui Palmeira. Possui um clima quente, semiárido, a cidade é hospitaleira de gente humilde, tem seu referencial na sua forte religião católica, tendo como padroeiro o Santo São José, e na cultura de suas raízes folclóricas passadas de geração a geração (IBGE, 2016).

1.2 Histórico do município

A colonização foi no ano de 1900, uma fazenda existente no local onde hoje é situada a cidade. No início era uma fazenda que pertencia a família Maciano e próximo residia Antônio Francisco Alves. Anos após chegou à região, procedente de Pão de Açúcar, o Sr. Afonso Soares Vieira, onde instalou uma casa comercial, alguns tempos depois, foi criada uma feira de grande aceitação pelos moradores dos vizinhos. Esta iniciativa fez com que as presenças de agricultores dos municípios vizinhos conhecessem a fertilidade das terras. Começaram, então a proliferar casas de taipa (taperas) e construída uma capela dedicada a São José, onde foi surgido e dado o nome do local de São José da tapera (IBGE, 2016).

Elevado à categoria de município com a denominação de São José da Tapera, pela lei estadual nº 2084, de 24-12-1957, desmembrado de Pão de Açúcar. Sede no antigo distrito de São José da Tapera. Constituído do distrito sede. Instalado em 01-01-1959 (IBGE, 2016).

1.3 Aspectos Demográficos

De acordo com os dados do IBGE (2016) a População total residente é 32.455, dela 11.637 residem na zona urbana e 18.451 residem na zona rural, destes 15.720 do sexo Masculino e 16.355 sexo feminino. Tem aproximadamente 65 sítios e 5 povoados. A Total família no aproximado é 7022 dessas urbanas 2936 e rurais 4086.

1.4 População segundo faixa etária e sexo

Quadro 1: Distribuição da população de São José Da Tapera segundo a faixa etária, 2015.

FAIXA ETÁRIA	SEXO		TOTAL	%
	Masc.	Fem.		
0 a 1 ANO	248	257	505	1.57
1 a 4 ANOS	1818	1901	3719	11.59
5 a 14 ANOS	2504	2793	5297	16.51
15 a 19 ANOS	1764	1878	3642	11.35
20 a 39 ANOS	3788	3863	7651	23.85
40 a 49 ANOS	2745	2815	5560	17.34
50 a 59 ANOS	1630	1661	3291	10.27
60 ANOS E MAIS	1223	1187	2410	7.52
TOTAL	15720	16355	32075	100

Fonte: DATASUS/ MD 2016.

1.5 O sistema municipal de saúde

Conselho Municipal de Saúde (composição, regularidade de reuniões etc.): Composto por 24 conselheiros, 06 representantes do governo, 06 representantes dos trabalhadores (profissionais de saúde) 12 representantes dos usuários se reúnem todas as ultimas quartas férias do mês subsequente.

1.6 Redes de atenção primária

Orçamento destinado à Atenção primária à saúde (com especificidades que julgar interessante)

Programa Saúde da Família (nº de equipes SF, SB, NASF, CEO etc.) com uma cobertura de 94% da população do município.

O Centro de Abastecimento Farmacêutico – CAF: A SMS administra onze farmácias, que mantêm em estoque os remédios da lista básica, definida na relação de medicamentos municipal, em acordo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Central de Regulação Municipal: Este setor trabalha com atendimento direto ao usuário ou ACS, para agendamento de consultas especializadas, exames de média e alta complexidade (marcados diretamente no SISREG II) e autorização de cirurgias. Diariamente são atendidos aproximadamente 120 usuários.

Endemias: A Equipe de Endemias conta atualmente com 22 profissionais e em São José da Tapera atuam contra Dengue, Doença de Chagas e Leishmaniose.

Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF: realiza suas ações vinculadas as ESF, a equipe é composta por dois Educadores Físicos, uma Farmacêutica, três Fisioterapeutas, uma Nutricionista e uma Psicóloga. Também oferta Ambulatório de Psiquiatria. O município está implementando uma segunda unidade do NASF, que deverá dar suporte as Equipes de Saúde da zona rural.

Núcleo de Promoção à Saúde – NUPS: Desenvolve ações voltadas para promoção em saúde que possibilite a continuidade das ações de atenção básica através da Estratégia de Saúde da Família.

Programa Saúde na Escola – PSE, desenvolve ações de prevenção, agravos, promoção de saúde e atividades educativas com alunos, famílias e comunidade escolar. Podemos destacar alguns serviços ofertados no município: Palestras educativas; Apoio Psicossocial; Avaliação oftalmológica; Tratamento odontológico; Exame de Glicemia Capilar e Escovação supervisionada.

Programa de Atenção Básica: Por meio do programa Estratégia de Saúde da Família (ESF), a SMS de São José da Tapera fortalece a atenção primária à população, abrangendo todos os ciclos de vida: infância, adolescência, adulta e terceira idade. E ainda, são desenvolvidos os seguintes programas:

Programa de Imunização, SISPRENATAL, Programa de Vitamina “A” e Sulfato Ferroso, SISVAN, Programa Bolsa Família e Planejamento Familiar.

Saúde Bucal: Funciona com 07 Consultórios Odontológicos, nas seguintes unidades: UBS Caboclo, UBS Brejinho, UBS Salgadinho, UBS Melancia, UBS Jorge Luiz, UBS Manoel Marciano e UBS Cachoeirinha. A Equipe de Saúde Bucal da UBS Pilões. O município conta também com os serviços do Odonto-móvel.

Saúde Mental: O Centro de Atenção Psicossocial Nise da Silveira – CAPS/AD atende 125 usuários nas seguintes modalidades: Intensivo, Semi-intensivo e Não intensivo. São compostos por Assistente Social, Enfermeira, Psicólogo, Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, Oficineiros e Coordenador. Atualmente desenvolve Projeto clínico-institucional sobre álcool e outras drogas.

O município foi contemplado com uma unidade do CAPS Regional e também uma unidade de acolhimento.

1.7 Redes de Atenção secundária

De acordo com o plano Diretor Regional (PDR) os serviços especializados são pactuados nas cidades circunvizinhas (Arapiraca, Santana do Ipanema e Pão de açúcar). Outro programa implantado no município é o TFD - Tratamento Fora de Domicílio, onde a SMS garante ajuda de custo e transporte para pacientes (e acompanhante) que precisam realizar procedimentos, tais como, quimioterapia, radiologia e hemodiálise em outros municípios.

1.7.1 Urgências e emergências

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU: atende a chamados pelo telefone 192, para situação de risco de vida iminente, como ferimentos graves, casos clínicos agudos e afogamento entre outros.

Unidade Mista de Saúde Ênio Ricardo Gomes – UMERG: Presta serviço de urgência e emergência. Funciona com os setores de 20 Leitos, farmácia, laboratório, serviço de Ultrassom e Eletrocardiograma, atendimento odontológico, ambulatório de pediatria, cardiologia, neurologia, otorrino, dermatologia e ginecologia e, os serviços de plantão médico e de profissional enfermeiro 24 horas, plantão administrativo, coordenações que realizam ações básicas, vigilância em Saúde, vigilância Epidemiológica, vigilância Sanitária e controle e Avaliação.

Conta ainda com o apoio diagnóstico dos: Laboratório de análises ENF Maria Rosa Batista-Piau, Piranhas, a Clínica Analisa (Diagnostico Laboratorial) São Jose Da Tapera, o Lima Do Vale (Laboratório de Patologia Clínica), o Laboratório de análises clinica Senhora Santana e Hospital Regional Dr. Clodolfo Rodrigues de Melo em Santana de Ipanema.

1.8 Serviços locais existentes

1.8.1 Assistência farmacêutica:

Tem uma farmácia que faz distribuição a onze farmácias, que mantém em estoque os remédios da lista básica, em acordo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde.

1.8.2 Vigilância da saúde:

A qualidade de vida das pessoas está diretamente ligada à prevenção de doenças, que são evitadas através do trabalho da vigilância em saúde. O município atua em zoonoses, imunização, endemias, sistema de informação, controle de água, vigilância sanitária, promoção à saúde, epidemia, laboratório de saúde pública, educação em saúde, saúde do trabalhador e capacitação. No mês de setembro teve lugar em nosso município uma capacitação de hanseníases, e trabalha-se em epidemia como dengue, chikungunya e zika assim como todas as patologias com notificação compulsória.

1.8.3 Relação dos pontos de atenção:

A relação com os pontos de atenção não sempre é ótima mais podemos qualificar de boa com uma adequada relação entre os profissionais.

1.8.4 Relação com outros municípios:

A relação com outros municípios é muito boa porque com a coordenação em na secretaria de saúde na área de atenção básica pode-se fazer exames como mamografia, eletroencefalogramas e muitos outros, além disso, faz Inter- consultas com especialidades carentes em nosso município com previas citas feita e programas pela secretaria.

1.8.5 Consórcio de saúde:

A nova Política de Promoção da Saúde (SANTOS, A. A. G, 2016) tem um novo olhar para a integralização da população e mudanças de hábitos e estilos de vida. São com estas vertentes que estamos trabalhando a Supervisão de Atenção à Saúde e prestando assistência técnica em nosso município.

1.9 Recursos da comunidade

Outros recursos da comunidade, incluindo área de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, escolas, creches, igrejas): oito creches, quarenta e uma escolas, duas escolas particulares, uma igreja católica várias igrejas das outras religiões, um hospital que funciona como Unidade de Pronto Atendimento e quatorze Unidades Básicas de Saúde.

Serviços existentes (luz elétrica, água, telefonia, correios, bancos); tem Banco do Brasil, e BRADESCO, tem luz elétrica, 1 unidade do correio.

Saneamento básico, abastecimento de água e acesso a energia elétrica de acordo com o SIAB (2016) a coleta de lixo é de maneira individual por casa porque não tem serviço público. Geralmente em todas as casas de nossa área tem uma fossa sanitária porque na área de abrangência não tem serviço público. O abastecimento de água de toda nossa área de abrangência é por caminhão cisternas e a energia elétrica é geralmente nos 100% da população de abrangência com só algumas exceções.

1.10 Estratégia Saúde da Família Caboclo 2

O PSF Caboclo II tem uma área de abrangência composta por grande área rural (Água Salgada, Palestina, Passagem Do Roque, Cacimba Cercada,

Pitombeira, Quixabeira, Batatas, Saco Bonito, Susuarama, entre outros menores) o atendimento esta contemplado nestas áreas rurais.

Há uma população segundo o SIAB (2016) de 1817 pessoas, onde a população é maioritariamente agrícola. É uma população muito pobre e o índice de desempregados é alto. O analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 40 anos, assim como a evasão escolar entre menores de 14 anos.

Nestas comunidades não tem saneamento básico, os hábitos de coletas de lixos são ruins facilitando a proliferação de vetores e roedores transmissores de doenças infecto contagiosas. O abastecimento de água é por caminhão cisterna dependendo da prefeitura é a população tem hábito de coletar água da chuva, não tem cultura de ferver a água e lavar as mãos, com situações de higiene precárias, portanto as principais incidências são as doenças parasitárias, além disso, predominam também as doenças crônicas não transmissíveis.

A criação da Unidade de saúde foi inaugurada há mais de 15 anos e está situada no povoado de Caboclo. Tem uma área adequada com boa amplitude e agora está em remodelação para uma ampliação do posto para fazer um melhor atendimento com maiores serviços.

A sala de espera é ampla, porém não existem cadeiras para todos, tem uma sala de vacinação, um consultório de enfermagem, uma farmácia, sala de curativos, um consultório odontológico, e um consultório médico.

As reuniões com a comunidade e as palestras são oferecidas na sala de espera a população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de anos de luta da associação. A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, há insumos como: glicômetro, nebulizador, instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e curativos, além disso, a unidade conta com um estoque de medicamentos para urgências e patologias agudas.

A unidade de saúde trabalha de terça a sexta das oito as dezessete horas, tem uma programação de atendimentos com os agentes de saúde comunitários (terça e quarta para dois agentes de saúde cada dia, e um agente comunitários em quinta e sexta.)

A equipe trabalha de forma organizada com uma programação com os diferentes programas de atenção primária por semana, por exemplo; primeira semana do mês voltado para o atendimento às crianças, na segunda atenção é para as gestantes no pré-natal, na terça são para atendimentos às patologias crônicas não transmissíveis, priorizando hipertensos e diabéticos, e quarta semana demais programas de atenção primária. Além disso, todo o dia tem demanda espontânea que muitas vezes atrapalha o funcionamento do trabalho com os programas.

As visitas são programadas no período das tardes, para os pacientes acamados, idosos, puérperas e recém-nascidos e famílias de riscos.

Foram definidos os principais problemas de saúde da comunidade afim de traçar um plano de ações, para o problema definido como prioritário com um índice grande e com urgência de intervenção para gravidez na adolescência.

2- JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência da gravidez na adolescência na comunidade. No registro do SIAB (2016), há 14 grávidas, e destas, quatro são adolescentes. Constitui uma prioridade de a equipe tentar reverter esta situação tendo em conta que se apresenta com complicações na esfera biológica, psicológica e social.

Ela se está mostrando associada a anemia, hipertensão, prematuridade, maior número de partos por cesáreas com suas consequências como hemorragias e infecções e por tanto ingressos hospitalares mas prolongados, que elevam os custos.

Uma vez grávidas, as adolescentes ficam com vergonha e abandonam os estudos, em outras ocasiões este afastamento está dado por alguma condição ginecológica que exige da adolescente biologicamente imatura repouso absoluto.

Grande maioria são mães solteiras, adolescentes imaturas, passam por transformações no corpo, alterações psicológicas e no decorrer da descoberta sofrem a não aceitação por parte da família, fato que afeta no convívio social entre os familiares e amigos, muitas vezes pelo preconceito da não aceitação do tabu que a sociedade infere sobre a “mãe solteira”, incapacitando-a de um apoio adequado, o afastamento do grupo de amigos e o agravamento das condições de vida já em situação econômica desfavorável.

Em detrimento a grande preocupação com a gravidez na adolescência e suas consequências é que se justifica esse trabalho, a fim de garantir melhor acolhimento e levar melhor conhecimentos, orientações pertinentes ao planejamento familiar para adolescentes, pois o trabalho de prevenção e promoção da saúde ajudará na redução desses indicadores.

3- OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Reduzir a incidência da gravidez na adolescência no PSF Caboclo 2 do município São Jose Da Tapera.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os fatores determinantes da gravidez na adolescência na área de abrangência.
- Desenhar técnicas educativas em grupos operativos para diminuir a desinformação sobre o tema.

4. METODOLOGIA

Seguindo os conhecimentos adquiridos na unidade de Planejamento Estratégico Situacional no Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, onde trabalhou-se o levantamento das prioridades, através do método de estimativa Rápida, foi traçado o diagnóstico situacional na equipe, através de reunião realizada pela para se obter meios para sanar os principais problemas ali existente. Posteriormente em outras reuniões cada membro explicou os problemas encontrados, e aplicando o método de estimativa rápida relataram-se os principais problemas da comunidade, foram definidos “nos críticos” para o problema prioritário, assim montado um plano de intervenção a fim de se trabalhar junto com a equipe. Posteriormente, foi realizado uma revisão de literatura sobre o tema principal “problema”, foram utilizadas as bases de dados como: Medline, Scielo, Lilacs, além de dados e manuais do Ministério da Saúde como Departamento de Informática do SUS – DATASUS, Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE. Foram utilizados Descritores de Ciências da Saúde, na Biblioteca Virtual em Saúde - DECS como: Gravidez, Saúde do Adolescente e Educação em Saúde.

5- REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Conceitos básicos e principais causas do problema.

“A saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes é motivo de constante preocupação para pais, educadores, profissionais de saúde e governantes, uma vez que suas consequências são de alto impacto individual e social[...]” (GUANABENS, et. al.,2012, p.21).

“O acesso às políticas de prevenção e orientação sobre saúde sexual tem sido considerado de grande importância na redução do número de partos feitos em adolescentes na rede pública brasileira, que diminuiu em 30,6% nos últimos dez anos[...]” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010 apud GUANABENS, et. al., 2012, p.21).

A vida de adolescente começa entre os 10 e 19 anos ocorrem muitas mudanças, crescimento rápido, surgimento das características sexuais secundárias, conscientização da sexualidade, estruturação da personalidade, adaptação ambiental e integração social, é uma fase confusa, caracterizada pela exposição de ideias contrárias àquelas impostas pela sociedade, ou até mesmo pelos pais. (YAZLLE, 2008 apud LEMES, 2015, p.14).

[...] Oportunidade para as famílias, que têm a chance de se relacionar de uma maneira diferenciada com seus filhos, baseada no diálogo franco e aberto, na troca de ideias e na crescente participação dos adolescentes nas decisões familiares, o que pode resultar num interessante processo de amadurecimento para todos [...] (PALAZO, et. al., 2011).

Ainda segundo o autor Palazo, *et al.*, (2011, p.06), diz que o adulto tem um papel importante, de orientar, proteger e incentivar esses adolescentes, ajudando num diálogo, criar respeito e confiança entre as gerações, além de incentivo e proteção para essa classe. “E aponta a urgência de se investir nessa fase da vida, consolidando os avanços obtidos nos últimos anos em áreas como educação, saúde, inclusão, proteção e participação[...]”

A evasão escolar é também um fato, criando-se um círculo vicioso, pois a adolescente deixa os estudos para cuidar do filho, e o retorno à escola é dificultado, o que leva ao aumento dos riscos de

desemprego, à dependência financeira dos familiares, à perpetuação da pobreza e da educação limitada. GUANABENS, et. al.,2012, p.22).

A atividade sexual nos inícios está relacionada ao contexto familiar, adolescentes que iniciam a vida sexual precocemente e engravidam, na maioria das vezes, tem o mesmo histórico dos pais. A queda dos comportamentos conservadores, a liberdade idealizada, o hábito de “ficar” em encontros eventuais, a não utilização de métodos contraceptivos, embora haja distribuição gratuita pelos órgãos de saúde públicos, seja por desconhecimento ou por tentativa de esconder dos pais a vida sexual ativa, fazem com que a cada dia a atividade sexual infantil e juvenil cresça e conseqüentemente haja um aumento do número de gravidez na adolescência. (YAZLLE, 2008)

A gravidez precoce pode estar relacionada com diferentes fatores, formação psicológica e baixa autoestima é o afastamento dos membros da família e a desestruturação familiar. Seja por separação, seja pelo corre-corre do dia-a-dia, os pais estão cada vez mais afastados de seus filhos. Isso além de dificultar o diálogo de pais e filhos, dá ao adolescente uma liberdade sem responsabilidade. Ele passa, muitas vezes, a não ter a quem dar satisfações de sua rotina diária, vindo a procurar os pais ou responsáveis apenas quando o problema já se instalou. (MOREIRA, 2008)

A fragilidade da educação sexual e a desinformação são também questões problemáticas. As escolas e os sistemas de educação estão muito mais preocupados em dar conta das matérias cobradas no vestibular, como: física, química, português, matemática, etc., do que em discutir questões de cunho social (AUTOR, ANO).

Dessa forma, temas como sexualidade, gravidez, drogas, entre outros, ficam restritos, quase sempre, aos projetos, feiras de ciência, semanas temáticas, entre outras ações pontuais. Os governos, por sua vez, também se limitam às campanhas esporádicas. Ainda assim, em geral essas campanhas não primam pela conscientização, mas apenas pela informação a respeito de métodos contraceptivos. Os pais como já foi dito anteriormente, além do afastamento dos filhos, enfrentam

dificuldades para conversar sobre essas questões. Isso se dá devido a uma formação moralista que tiveram. (CARDOSO DE CAMPOS, *et. al.*,2009).

5.2 Magnitudes sociais do problema

A gravidez na adolescência cresce exorbitantemente causando grandes impactos. Cerca de 20 a 25% do total de gestantes no Brasil são adolescentes, ou seja, em média, há uma adolescente entre cada cinco mulheres grávidas. Dados do DATASUS (2016) nos últimos dois anos no Brasil tem uma ocorrência de gravidez nesta faixa etária conta com uma porcentagem que vai de 16,27 a 25,96%. Dados relativos a América Latina, observa-se que entre os 25% mais pobres da população um de cada três nascimentos origina-se de mãe adolescente, e nas áreas rurais, essa proporção é ainda maior: 40% (ALTMANN, 2007).

A gravidez na adolescência é uma situação de risco psicossocial que pode ser reconhecida como um problema para os jovens que iniciam uma família não intencionada. O problema afeta, especialmente, a biografia da juventude e sua possibilidade de elaborar um projeto de vida estável (LIMA, 2004). É especialmente traumático quando ocorre nas classes socioeconomicamente desfavoráveis. Muitos são os desafios e mudanças próprias da adolescência, podendo os jovens incorrer num comportamento de risco (CARVANCHO, 2008). Esse segmento populacional encontra-se mais exposto à gravidez na adolescência, às Doenças Sexualmente Transmissíveis e ao uso de drogas, acidentes e diferentes formas de violência (LIRA, 2004).

Existe uma grande preocupação com as consequências que a maternidade precoce pode acarretar à saúde, à educação e ao desenvolvimento econômico e social (COSTA, 2005). Isso se deve ao fato desta dificultar o desenvolvimento educacional e social da adolescente, assim como a sua capacidade de utilizar todo o seu potencial individual. Como resultado, observa-se uma taxa maior de evasão escolar, desajustes familiares e dificuldade de inserção no mercado de trabalho (DIAS, 1999).

5.3 Consequências da gravidez na adolescência

Os primeiros problemas podem aparecer ainda no início da gravidez e vão desde o risco de aborto espontâneo – ocasionado por desinformação e ausência de acompanhamento médico – até o risco de vida – resultado de atitudes desesperadas e irresponsáveis, como a ingestão de medicamentos abortivos. (BERWANGER, O; 2007).

Do ponto de vista físico-biológico, a gravidez na adolescência é de alto risco. A incidência de hipertensão, doença frequente na gravidez, é cinco vezes maior nas adolescentes que também são mais propensas a ter anemia. Muitas já estavam anêmicas quando engravidaram e têm o problema agravado durante a gestação o que aumenta o risco de bebês prematuros. Associa-se também a sangramentos, partos por cesáreas, hospitalizações prolongadas, infecções. (YAZLLE, 2008)

Ainda para YAZLLE (2008) a gravidez na adolescência tem repercussões psicossociais já que pode resultar no abandono escolar e que, o retorno aos estudos se dá em menores proporções, torna-se difícil a profissionalização e o ingresso no grupo de população economicamente ativa, com agravamento das condições de vida de pessoas já em situação econômica desfavorável. Observa-se também um isolamento social, com afastamento do grupo de amigos e das atividades próprias para a idade.

No tocante à família, as pressões sociais podem dificultar a aceitação da ideia da gravidez de uma filha, incapacitando a família a apoiá-la adequadamente. Há uma limitação da escalada da independência financeira do jovem casal, pois, muitas vezes, a adolescente passa a depender de seus pais para sustentar e criar o bebê. (PALAZO, 2011).

Do ponto de vista psíquico, é frequente que se encontrem jovens inseguras e receosas quanto ao seu futuro como mães. A gravidez é sabidamente um momento de maior sensibilidade e instabilidade emocional. Quando inserida na adolescência, período da vida permeado com as mesmas características, o fardo pode tornar-se pesado demais, podendo levar a graves depressões e até ao suicídio. (CARVACHO, 2008).

5.4 Estratégias de saúde da equipe

A atuação do médico, como de toda a equipe de saúde, tem as ações centradas na tríade promoção, prevenção e assistência, sendo as duas primeiras de maior relevância no processo de trabalho que vai ao encontro dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. As ações de promoção da saúde são consideradas de grande relevância, para corresponsabilidade e fortalecimento do vínculo na relação médico adolescente. A promoção da saúde permeia transversalmente todas as políticas, programas e ações da saúde, com o desafio de constituir a integralidade e equidade Saúde (SANTOS, *et.al.*, 2012, p.02).

A gravidez na adolescência constitui desafio para as políticas públicas no contexto da promoção da saúde e traz à tona questões relevantes sobre esse problema, no momento em que há o desafio de fornecer aos adolescentes subsídios para viver sua sexualidade de forma plena e com planejamento de anticoncepção ou concepção, no âmbito da promoção da saúde (MOREIRA, 2008).

Desta forma, o presente trabalho tem por objetivo enfatizar sobre a redução do número de gravidez precoce e indesejada entre adolescentes das comunidades rurais do PSF Caboclo 2 do município São Jose Da Tapera, estado Alagoas.

6 PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

6.1 Problemas de saúde do território e da comunidade Caboclo II. (Primeiro Passo)

Inicialmente a equipe se reuniu e se organizou de forma estratégica pela pesquisa de informação, alguns de seus integrantes pesquisaram em bases de dados, outros coletaram a informação diretamente no terreno e a enfermeira e eu aportamos de nossa vivências diárias na consulta ajudadas fundamentalmente do registro de atendimento. Em outra reunião cada membro explicou os problemas encontrados, suas causas e consequências e aplicando o método de estimativa rápida se definiu que os principais problemas de nossa comunidade são:

- **Deficiências na classificação de risco.** As pessoas que realizam a triagem com muita frequência não têm em conta as particularidades de cada caso e somente a ordem de chegada, quedando em ocasiões algumas urgências relegadas em um segundo plano o que pode trazer como consequência a aparição de complicações por perda de tempo nas ações médicas necessárias.
- **Alta incidência de gravidez na adolescência.** Temos 14 gestantes cadastradas em nossa área de abrangência e delas 4 são adolescentes e delas 2 são menores de 15 anos por tanto é uma prioridade para nossa equipe mudar esta situação.
- **Alto consumo da população de remédios psicotrópicos:** Temos muitas pessoas em nossa área que tomam medicamento de uso controlado sem um ótimo acompanhamento e adequada prescrição.
- **Deficiência na identificação de risco individual e coletivo** por parte de os agentes de saúde comunitária e a equipe. (por exemplo; pessoas q sofrem de alcoolismo, tabaquismo, drogas, sintomáticos respiratórios, violência na mulher.) nossa área tem muito baixo índice de identificação de issos riscos.
- **Grande número de pacientes com dislipidemias.** Em nossa área de abrangência umas das incidências mais frequentes são as dislipidemias, por a pouca cultura alimentarias e o baixo poder aquisitivo da população para uma alimentação saudável.

6.2 Priorizações dos Problemas (Segundo Passo)

Identificados os problemas de nossa área de abrangência a equipe fez a priorização dos mesmos tendo em conta no primeiro lugar sua importância, avaliando este aspecto de forma qualitativa em alta, média e baixa. Logo avaliou a urgência do problema utilizando uma escala numérica com um máximo de 30 pontos e por último a solubilidade, definindo se a solução do problema se encontrava dentro, fora o parcialmente dentro de sua capacidade de enfrentamento, ficando da seguinte forma:

Quadro 2: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrito à equipe de Saúde, do PSF Caboclo 2, município de São José Da Tapera, Alagoas.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta incidência da gravidez na adolescência	Alta	24	Parcial	1
Uso indiscriminado de medicamentos psicotrópicos	Alta	15	Parcial	3
Deficiências na classificação de risco	Alta	17	Parcial	4
Grande número de paciente com dislipidemias.	Alta	21	Parcial	2

6.3- Descrição do problema. (Terceiro Passo)

A alta incidência da gravidez na adolescência na minha comunidade está dada pela existência de 14 mulheres grávidas, das quais 4 são adolescentes, o que representa um 28.6% das mesmas, quase 1 a cada 3 mulheres grávidas é

adolescente e delas há 2 menores de 15 anos. Constitui uma prioridade pela equipe tentar reverter esta situação trabalhando com os adolescentes de ambos os sexos, na comunidade, na escola e com os pais, para mudar suas concepções da sexualidade, as dúvidas acerca da primeira relação sexual, etc.

Constituem um desafio forte porque a população sertaneja tem costumes e tradições muito enraizadas, de alimentação, conceitos que dificultam a livre divulgação do tema em alguns espaços, as informações do conhecimento da sexualidade, são tardios em relação aos pais acharem sempre precoce falar sobre sexo com seus filhos.

Quadro 3: Distribuição de grávidas por micros áreas na Equipe de Saúde Caboclo II, São Jose Da Tapera, Alagoas, 2016.

Micro Área	Grávidas de 10-19	Grávidas de 20-35	Grávidas de 35 e mais
1	-	1	-
2	-	2	-
3	-	1	-
4	1	1	1
5	1	2	-
6	2	2	-

6.4 Explicações do problema. (Quarto Passo)

A adolescência corresponde ao período da vida entre os 10 e 19 anos, no qual ocorrem profundas mudanças, crescimento rápido, surgimento das características sexuais secundárias, conscientização da sexualidade, estruturação da personalidade, adaptação ambiental e integração social, é uma fase confusa, caracterizada pela exposição de ideias contrárias àquelas impostas pela sociedade, ou até mesmo pelos pais.

Cabe destacar que a gravidez precoce não é um problema exclusivo das meninas. Não se pode esquecer que embora os rapazes não possuam as condições biológicas necessárias para engravidar, um filho não é concebido por uma única pessoa. E se é à menina, que cabe a difícil missão de carregar no ventre, o filho,

durante toda a gestação, de enfrentar as dificuldades e dores do parto e de amamentar o rebento após o nascimento, o rapaz não pode se eximir de sua parcela de responsabilidade. Por isso, quando uma adolescente engravida, não é apenas a sua vida que sofre mudanças. O pai assim como as famílias de ambos também passa pelo difícil processo de adaptação a uma situação imprevista.

6.5 Seleções dos nós críticos. (Quinto Passo)

- **Adolescentes com práticas sexuais irresponsáveis.**

A busca pela liberdade e independência do autoritarismo familiar, conflitos na própria aceitação e no círculo de amigos, criação de uma identidade ao se inserir à um grupo social, tudo isso contribui para o começo precoce das relações sexuais. A queda dos comportamentos conservadores, a liberdade idealizada, o hábito de “ficar” em encontros eventuais, a não utilização de métodos contraceptivos, embora haja distribuição gratuita pelos órgãos de saúde públicos, fazem com que a cada dia a atividade sexual infantil e juvenil cresça e conseqüentemente haja um aumento do número de gravidez na adolescência.

- **Baixo nível de informação acerca dos riscos da gravidez adolescência:**

Estão dados pela pouca informação sobre a sexualidade que recebem os adolescentes no primeiro lugar nas suas casas, os pais apresentam dificuldades para conversar sobre essas questões devido a uma formação moralista que tiveram. A escola e o governo também não fazem muito ênfases nestas questões, o tema é tratado esporadicamente e geralmente só se aborda informação a respeito de métodos contraceptivos.

- **Conceitos das gerações anteriores.**

Seja por separação, seja pelo corre-corre do dia-a-dia, os pais estão cada vez mais afastados de seus filhos, isso dificulta o diálogo dos pais e filhos adolescentes, uma liberdade sem responsabilidade. Os pais como já foram ditos anteriormente, além do afastamento dos filhos, enfrentam dificuldades para conversar sobre essas questões. Isso se dá devido a uma formação moralista que tiveram. A população sertaneja tem costumes e tradições muito enraizadas, preconceitos que dificultam a livre divulgação do tema em alguns espaços, as informações do conhecimento da

sexualidade, são tardios em relação aos pais acharem sempre precoce falar sobre sexo com seus filhos.

6.6-Desenhos das operações. (Sexto Passo)

Quadro 4: Proposta de intervenção para o problema prioritário, alta gravidez na adolescência.

Problema prioritário.	Alta incidência de gravidez na adolescência
No crítico (1)	Praticas sexuais desprotegidas.
Projeto (1)	Modificar o comportamento sexual dos adolescentes.
Resultados (1)	Diminuir a incidência da gravidez na adolescência.
No crítico (2)	Baixo nível de informação da população sobre o tema.
Projeto (2)	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da gravidez na adolescência.
Resultado (2)	População mais informada sobre os riscos que tem a gravidez na adolescência.
No crítico (3)	Conceptos e tabus das gerações.
Projeto (3)	Modificar a mentalidade dos pais e avos acerca da importância do conhecimento da sexualidade.
Resultado (3)	Melhorar a educação sexual dos adolescentes.

6.7 Identificações dos recursos críticos. (Sétimo Passo)

O processo de transformação da realidade sempre consome, com mais ou com menos intensidade, algum tipo de recurso. Portanto, a dimensão dessa transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, a equipe tem que criar estratégias para que se possa viabilizá-los.

Quadro 5 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema: Alta incidência da gravidez na adolescência.

<i>Operação</i>	<i>Projeto</i>
Mais saúde	-Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos. -Político: Conseguir local, mobilização social.
Saber mais	-Político: Articulação intersetorial como sector da educação -Financeiro: Financiamento dos recursos necessários pela campanha.
Cuidar melhor	Político: Vontade de aumentar os recursos pela Educação em Saúde

6.8 Análises da viabilidade do plano. (Oitavo Passo)

A ideia central que preside esse passo – análise de viabilidade – é de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano.

Quadro 6: Análises da viabilidade do plano.

Operações Projetos	Recursos Críticos	Controle (Ator que Controla)	Recursos (Motivação)	Ações estratégicas
Mais Saúde Modificar o comportamento sexual dos adolescentes	Financeiro: Aquisição De recurso audiovisual, folhetos. Educativos -Politico: Conseguir local, mobilização social.	Secretaria de saúde	Favorável	Não é necessária

Cuidar melhor	-Político: Vontade de aumentar os recursos pela educação em Saúde.	-Prefeitura municipal -Secretaria de Saúde. -Fundo Nacional de Saúde	Favorável Favorável Indiferente	-Apresentar projeto de Educação em saúde com esse tema
----------------------	---	--	---	--

6.9 Elaboração do plano operativo. (Nono Passo)

Agora a continuação se expõe resultados que esperamos obter, produtos gerente de cada operação o responsável e prazo para cumprimentos das ações necessárias, depois da realização de uma reunião da equipe com pessoas envolvidas no planejamento, definiram por consenso a divisão de responsabilidades para operações e realização de cada produto.

Quadro 7: Plano Operativo.

Operações	Resultado	Produto	Ações Estratégicas	Responsáveis	Prazo
Mais saúde	Diminuir a incidência da gravidez na adolescência	Campanha: "Por ti, por a vida, camisinha"	Não é necessária.	Equipe de Saúde	Três meses para o inicio das atividades.
Saber mais	A população mais informada sobre riscos que tem a gravidez na adolescência	-Avaliação do nível de informação da população do risco -Programa de Saúde na escola.	Não é necessária	Equipe de saúde	-Inicio em um mês e termino em três meses -De seis em seis meses.
Cuidar melhor	Aumentar a educação sexual dos adolescentes	-Campanha: "Novo pães, melhor filho"	Apresentar projeto de educação em saúde com este tema.	- Equipe de saúde	-Três meses Apresentação de projeto.

6.10 Decimo passo: Gestão do plano

No mundo atual há milhares de adolescentes que estão grávidas e cursando o período acadêmico escolar, e Brasil não está exceto de isso, coloca a escola frente a grandes desafios: orientar quanto aos perigos da iniciação sexual precoce, prevenir a gravidez na adolescência e combater a evasão escolar das alunas decorrente da gravidez.

A Secretaria de Educação apoia com intercâmbios de projetos pedagógicos em sala de aula, assegurando a participação de adolescentes e jovens nos processos de tomada de decisões, como condição fundamental para os avanços democráticos e para a realização de seus direitos.

Com nosso projeto de trabalho propomos assegurar que adolescentes e jovens alcancem seu pleno potencial através de programas e ações que promovam os direitos, a autonomia, em especial meninas, em relação ao exercício de sua sexualidade e de sua vida reprodutiva, para que possam tomar decisões voluntárias, sem coerção e sem discriminação, garantindo o acesso de adolescentes e jovens à informação correta e em linguagem adequada sobre os seus direitos, incluindo o direito à saúde sexual e reprodutiva.

Para atingir os objetivos, deve-se desenvolver campanhas de orientação aos pais e aos responsáveis, dar aos adolescentes orientações pertinentes a sua vida sexual, desde cedo, desraigando preconceitos e tabus, independente de nível de escolarização, idade, nível social, classe, etnia que eles tenham.

Realizar ações preventivas, realizar palestras com adolescentes relativas aos insumos de saúde sexual e reprodutiva, tais como promover o uso de preservativos e contraceptivos, para que gravidezes não planejadas sejam evitadas, envolvendo as famílias, nossas comunidades, e todo o pessoal de serviços de saúde para diminuir a incidência de gravidez na adolescência.

Quadro 8 - Planilha para acompanhamento de projetos.

Planilha de Acompanhamentos	Quantidade	%
Total de mulheres em idade fértil (10-49anos)	478	53,8
Total de Risco Pré - concepcional.	349	39,3
Total de adolescentes (10-19 anos)	191	21,5
Total de gestantes cadastradas	14	100
Total de adolescentes grávidas cadastradas.	04	28,6
Complicações na gravidez ou parto	03	21,4
Óbitos fetais	-	-
Óbitos maternos.	-	-

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados do presente estudo, foi possível compreender o crescente empenho de pesquisadores para refletir sobre o que tem sido feito em relação à gravidez adolescente e propor estratégias mais eficazes para uma melhor atenção e cuidado a essa população. Muitas coisas ainda precisam ser repensadas e não foram encontradas intervenções sólidas e estruturadas em nenhum dos âmbitos estudados.

Os fatores de proteção para a prevenção da gravidez indesejada na adolescência, tais como maior religiosidade, maior nível de educação e escolaridade dos pais, pais trabalhando fora de casa, além de satisfação pessoal e felicidade, não foram objeto deste trabalho, mas precisam ser tomados como um dos pilares para a construção de estratégias de intervenção nesta temática já que são eles que mostram o que tem sido mais decisivo para os adolescentes que não engravidaram.

Estudos que acompanhem de perto a percepção dos adolescentes grávidos (pais e mães) a respeito dos cuidados e da atenção que recebem da família, programas políticos, de sua cultura e meio social onde estão inseridos também se fazem necessários para uma visão mais ampla que possibilite intervenções mais assertivas relacionadas à gravidez na adolescência.

Esperamos que nossa proposta de intervenção vá melhorar o conhecimento da população acerca da sexualidade o que pode trazer consigo uma diminuição da gravidez na adolescência e as consequências que delas se derivam, proporcionado uma melhor qualidade de vida nesta faixa etária.

REFERÊNCIAS

ALTMANN, H. A. **Sexualidade adolescente como foco de investimento político-social**. Educação em Revista, Belo Horizonte, v. 46, p. 287-310, 2007.

BERWANGER, O. *et al.* Como avaliar criticamente revisões sistemáticas e metanálises? **Rev. Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 475-80, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Educação à Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – SIAB/ DATASUS. 2016. Disponível em: <
http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2708407350635&VEstado=27&VCodMunicipio=270840>. Acesso em: 11 Nov. 2016.

BRASIL, Ministério do Planejamento de Gestão e Saúde. "**Censo Populacional/Município São Jose da Tapera, 2010**". Censo Populacional 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. 29 de Nov. 2016.

BRASIL, Ministério do Planejamento de Gestão e Saúde. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas**. IBGE, 2016. Disponível em: <
http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/populacao.php?codmun=270840&search=alagoas%7Csao-jose-da-tapera%7Cinphographics:-demographic-evolution-and-age-pyramid&lang=_ES>. Acesso em: 26 de Mar. 2017.

CAMPOS, F.C; FARIA, H. P; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

CARDOSO DE CAMPOS F.C. *et al.* **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde** .2ª Ed. Belo Horizonte.Nescon\UFMG.2009.

CARVACHO, I. E. *et al.* Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 886-94, 2008.

COSTA, M. C. O. *et al.* Gravidez na adolescência e co-responsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitudes com a gestação e a criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 719-27, 2005.

DATASUS. Título. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/anuario20011/index.cfm?saude=HTTP%b3A%2Fportal.saude.gov.br%2Fportal%2Faplicacoes>. Acesso em: 20 Set de 2016.

DIAS, A. C. G.; GOMES, W. B. **Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência**: a percepção dos pais. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 4, n. 1, p. 79-106, 1999.

GUANABENS, M. F. G. *et. al.*, Gravidez na Adolescência: um Desafio à Promoção da Saúde Integral do Adolescente. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. II Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil. **Rev. Brasileira de Educação Médica**. 36 (1, Supl. 2) : 20-24; 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a04v36n1s2.pdf>>. Acesso em: 26 Mar.2017.

LEMES, A. Y. M., **Alta incidência de gravidez na adolescência**: proposta de intervenção no município de Dois Raichos. Universidade Federal de Minas Gerais, monografia. 2015. Disponível em: < https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Alta_incidencia_gravidez_a_adolescencia_proposta.pdf>. Acesso em 10 Nov. 2016.

LIMA, C. T. B. *et al.* Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. **Rev. Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 4, n. 1, p. 71-83, 2004.

LIRA, J. B.; DIMENSTEIN, M. **Adolescentes avaliando um projeto social em uma unidade básica de saúde**. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 1, p. 37-45, 2004.

MORALES. R. R. **A gravidez na adolescência**. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/sexualidade/gravidez-na-adolescencia/>> Info-escola, 2014.

MOREIRA, T. M. *et al.* Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 312-20, 2008.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A medicina integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1801-11, 2011.

PALAZO, L. *et al.*, **O direito de ser adolescente**: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades / Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília, DF : UNICEF, 2011. 182pp. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sabrep11.pdf> Acesso em: 12 Nov. 2016.

SANTOS, A. A. G. dos, *et. al.*, **Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente**. Departamento de Saúde, Centro de ciências da Saúde. Universidade Regional do Cariri. Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza, 2012. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a21v17n5.pdf>> Acesso em: 20 Nov de 2016.

YAZLLE, M. E. H. D., Gravidez na adolescência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.28, n.8. Rio de Janeiro Aug. 2008.