

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

SABRINA FONSECA CARDOSO

**PLANEJAMENTO FAMILIAR: UMA ABORDAGEM
INTERDISCIPLINAR DENTRO DA ESF DR. AURÉLIO CACIQUINHO
FERREIRA NO MUNICÍPIO DE JANUÁRIA - MG**

**JANUÁRIA – MINAS GERAIS
2015**

SABRINA FONSECA CARDOSO

**PLANEJAMENTO FAMILIAR: UMA ABORDAGEM
INTERDISCIPLINAR DENTRO DA ESF DR. AURÉLIO CACIQUINHO
FERREIRA NO MUNICÍPIO DE JANUÁRIA - MG**

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

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

**JANUÁRIA – MINAS GERAIS
2015
SABRINA FONSECA CARDOSO**

**PLANEJAMENTO FAMILIAR: UMA ABORDAGEM
INTERDISCIPLINAR DENTRO DA ESF DR. AURÉLIO CACIQUINHO
FERREIRA NO MUNICÍPIO DE JANUÁRIA - MG**

Banca examinadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora

Profa. Dr^a Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte, 20 de janeiro de 2015.

Dedico este trabalho primeiramente, aos meus pais, pela confiança depositada em mim e por me proporcionarem esta oportunidade. Às minhas irmãs, pelo apoio e cumplicidade. Ao meu sobrinho Cauã, pela sua presença indispensável na minha vida, por seu carinho e sua alegria, tornando os meus dias mais leves e felizes. Ao meu namorado Paulo, por toda paciência, compreensão e amor.

A estes, dedico meu trabalho. Muito obrigada por tudo!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por minha vida, pelas oportunidades, por me dar saúde e força para superar todas as dificuldades. Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional. Às minhas irmãs, pelo companheirismo e cumplicidade. À minha orientadora Maria Dolôres, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pela boa vontade, por suas correções necessárias e pelo incentivo. E a todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus, não sou o que era antes” (Marthin Luther King).

RESUMO

No Brasil, o papel das equipes de saúde da família na assistência ao planejamento familiar está incluído nas sete áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência. Assim, tem-se a necessidade de promover, dentro das unidades básicas de saúde, ações interdisciplinares focadas na promoção da saúde e na prevenção de agravos da saúde das adolescentes grávidas, bem como de seus conceitos e familiares. Esse trabalho de conclusão de curso objetivou elaborar um plano de intervenção, centralizado nos preceitos de promoção da saúde, destinado às adolescentes, gestantes ou não, pertencentes à área de abrangência e influência da ESF Dr. Aurélio Caciquinho Ferreira, com vistas a diminuir a incidência de gestação nessa faixa etária. Para tal, foram utilizados os preceitos metodológicos do Planejamento Estratégico Situacional, a fim de apreciar a situação local e planejar a estratégia de intervenção e revisão de literatura para subsidiar o plano. Conclui-se que para o desenvolvimento de uma estratégia de intervenção focada no planejamento familiar, torna-se necessário a mobilização das diferentes áreas do saber médico-científico, bem como dos diferentes atores sociais.

Palavras-chaves: Gravidez na adolescência. Planejamento Familiar. Promoção da Saúde. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

In Brazil, the role of family health teams in family planning assistance is included in the seven priority areas of intervention in the basic attention, defined in Operational Assistance Standard. Thus, there is a need to promote, within the basic health units, interdisciplinary actions focused on health promotion and prevention of diseases of the health of pregnant adolescents, as well as of your concepts and family. This monography aimed to draw up a contingency plan, centered on principles of health promotion, aimed at teenagers, pregnant or not, belonging to the area of scope and influence of ESF Dr. Aurelio Caciquinho Ferreira, in order to reduce the incidence of gestation in this age group. To this end, we used the methodological principles of Situational Strategic Planning, to assess the local situation and plan the intervention strategy and review of the literature to support the plan. It is concluded that the development of an intervention strategy focused on family planning, it becomes necessary to the mobilization of the different areas of knowledge **medical- scientific**, as well as of the various social actors.

Keywords: Pregnancy in adolescence. Planned Parenthood. Health promotion. Family health program.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Descrição do município	11
1.2 Aspectos geográficos, demográficos e socioeconômicos	12
1.3. Recursos da Comunidade	113
1.4 Sistema local de saúde	113
1.4.1 A Unidade Básica de Saúde	114
1.4.2 Território de Abrangência.....	115
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVO	17
4 MÉTODO.....	18
5 REVISÃO LITERÁRIA	19
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

1.1 Descrição do município

Januária é um município situado no interior do estado de Minas Gerais na região do Médio São Francisco. Dista cerca de 603km, por via terrestre, da capital mineira, em um percurso, geralmente, de sete horas contínuas. Januária localiza-se a 170 km da cidade pólo regional, Montes Claros. As principais vias de acesso ao município são pelas rodovias brasileiras BR-135 e BR-365.

Januária faz limite com os municípios Formosa, Chapada Gaúcha, São Francisco, Pedras de Maria da Cruz, Itacarambi, Bonito de Minas, Cônego Marinho e com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014).

Segundo o IBGE, a Lei provincial nº 1.093, de 07 de outubro de 1860, concedeu foros de cidade à sede do Município, a qual, pelo disposto na Lei provincial nº 1.814, de 30 de setembro de 1871, novamente voltou a situar-se em Brejo do Amparo. Todavia, o município que, por efeito da Lei provincial n.º 3.194, de 13 de setembro de 1884, passou a chamar-se Januária, teve sua sede revertida a Porto do Salgado, em cumprimento à de nº 3.297, de 27 de agosto de 1885. Conforme a Lei nº 2, de 14 de setembro de 1891, manteve o distrito de Januária em divisão territorial datada de 2003, e o município passou a ser constituído por 07 distritos (IBGE, 2007).

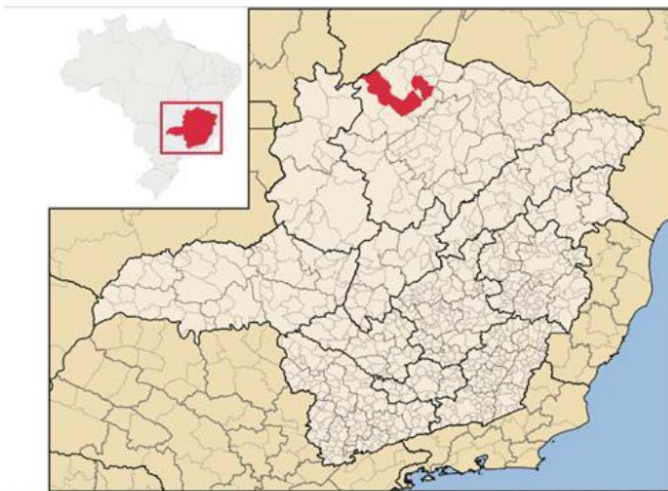
Existem três versões que dão conta do surgimento do município. De acordo com a primeira versão, o nome do município é uma alusão ao atuante fazendeiro Januário Cardoso de Almeida, que morava na região e era proprietário da fazenda Itapiraçaba, localizada onde hoje se encontra o município. Outras versões, porém, atribuem o nome a uma homenagem à princesa Januária, irmã do Imperador Dom Pedro II e, ainda, à escrava Januária que, fugindo do cativeiro, teria se instalado no Porto do Salgado (atual município de Januária), estabelecendo, ali, uma estalagem, onde os barqueiros e tropeiros do povoado se encontravam (JANUÁRIA, 2014, p.19).

Januária está situada à margem esquerda do Rio São Francisco que possui algumas praias fluviais temporárias, cachoeiras, oportunidades para pesca e é possível encontrar algumas pinturas rupestres em suas grutas de formação calcária. Na

Avenida São Francisco e suas ruas transversais está o casario colonial (JANUÁRIA, 2014).

O município é cidade pólo da microrregião do alto São Francisco e faz parte da mesorregião do Norte de Minas, como mostra a Figura 01.

Figura 01: Localização geográfica do município de Januária/MG



Mapa de localização do município de Januária em Minas Gerais

Fonte: IBGE (2014).

O município tem seu desenvolvimento “na prestação de serviços, no artesanato, na produção da cachaça de alta qualidade, no extrativismo de frutos e essências do cerrado, e, principalmente, no incremento da atividade turística” (JANUÁRIA, 2014, p.19).

Januária, com seus três séculos de história, encanta os visitantes e a população local, não só por seus atrativos históricos e culturais, mas também por suas belíssimas e variadas belezas naturais. Em seus arredores, localiza-se a principal zona produtora de cachaça de Januária, a comunidade denominada Sítio. Lá os visitantes têm a oportunidade de conhecer o roteiro dos alambiques e todo o processo de fabricação artesanal da cachaça. O distrito conta, ainda, com trilhas e ruas propícias para a prática do ecoturismo e também com uma belíssima gruta, a Gruta dos Anjos.

1.2 Aspectos geográficos, demográficos e socioeconômicos

O município de Januária ocupa uma extensão territorial 6.661,666 km², sendo sua densidade demográfica o equivalente a 9,83 hab/km². O clima típico da região é o tropical, com transição para o semiárido. Sua vegetação xeromorfa tem formas adaptadas à seca, sendo composta por espécies do cerrado e caatinga. Seu relevo revela uma topografia plana com leves ondulações e sua altitude máxima é de, aproximadamente, 794 metros acima do nível do mar, no Morro do Itapiraçaba (JANUÁRIA, 2014).

Atualmente, ocupa uma extensão territorial de 6.661,666 km², onde reside uma população estimada de 65.463 habitantes, segundo censo de 2010, distribuída em uma extensão territorial de 6.661,666 km². Desse total, 63,1% é urbana, correspondendo a cerca de 41.322 habitantes, e 36,9% é rural, o equivalente a 24.141 habitantes. A população estimada para 2014 é de 68.065 habitantes. É o 4º maior em população urbana e 3º em população geral do norte de Minas Gerais, sendo que a (IBGE, 2014).

Ainda conforme o censo, a evolução da população de Januária/MG tem se caracterizado por uma tendência ao crescimento, o que começou em meados do ano 2000. Nessa época, a população do município era composta por 31.764 (49,93%) homens e 31.841 (50,06%) mulheres. Em 2010, essa proporção era de 32.344 homens (49,41%) e 33.119 mulheres (50,59%). A densidade demográfica local passou a ser de 9,83 habitantes por km², em 2010. Ao comparar a densidade demográfica do município de Januária com a do estado de Minas Gerais, no mesmo ano, o equivalente a 33,41 hab/km², verifica-se que ela é baixa (IBGE, 2014).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), em 2010, foi de 0,658, segundo o Censo de 2010. O valor do Produto Interno Bruto per capita (PIB per capita), a preços correntes, no ano de 2011, chegou a R\$ 5.833,11, sendo as principais atividades econômicas do município a agricultura, a pecuária, o comércio de mercadorias e os serviços gerais (IBGE, 2014).

1.3. Recursos da Comunidade

Em Januária, podem ser encontrados diversos meios de comunicação. A TV Norte, por exemplo, é uma emissora de televisão municipal que, em parceria com a Rede Minas, apresenta as últimas notícias da cidade e de toda a região. Januária possui também uma Rádio local, a Alternativa FM (sintonizada a 90,7).

O município possui uma agência dos Correios, oito agências bancárias e um Serviço Social do Comércio (SESC), localizado na Avenida Aeroporto, onde a unidade e a comunidade em geral desenvolvem diversos projetos e ações de cunho social.

1.4 Sistema local de saúde

A saúde no município de Januária, de acordo com dados do IBGE (2009), possui 31 estabelecimentos de saúde, sendo um público federal, um público estadual, 22 públicos municipais e sete privados, como pode ser analisado no Quadro 1, a seguir:

Quadro 1 - Serviços de Saúde no município de Januária - MG.

SERVIÇOS	QUANTIDADE
Público Federal	1 estabelecimento
Público Estadual	1 estabelecimento
Público Municipal	22 estabelecimentos
Privado	7 estabelecimentos
Total	31 estabelecimentos

Fonte: IBGE (2014).

A assistência à saúde em Januária é realizada, basicamente, por meio de 16 (dezesseis) unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF); um Posto de Saúde no modelo tradicional (sem uma equipe completa por não se enquadrar como unidade ESF) e um Hospital Municipal, para atendimento em nível terciário de assistência. Além disso, a saúde do município conta, também, com o Centro Avançado de Tratamento e Pesquisa em Leishmaniose, o Centro Viva Vida, bem como com ambulatórios especializados. Há, ainda, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, o SAMU (macronorte), com importância significativa nos casos de Urgência e Emergência.

Em relação ao nível de atenção, o município de Januária é pólo microrregional, realizando serviços de média complexidade através do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) e do Hospital Regional (HR) de Januária. O município é considerado referência para os municípios vizinhos, ofertando atendimentos de Baixa e Média Complexidade e, também, atendimento de urgência para clínica médica, ortopedia, cirurgia geral e ginecologia e obstetrícia. Os procedimentos de Alta Complexidade são pactuados com os municípios de Montes Claros e Belo Horizonte (contrarreferência).

1.4.1 A Unidade Básica de Saúde

A Unidade Básica de Saúde Dr. Aurélio Caciquinho Ferreira, situa-se na zona urbana da cidade, dentro da estrutura física destinada ao SESC/Januária. Possui fácil acesso, através de uma das principais avenidas da cidade. Nesse espaço físico atua apenas uma Equipe de Saúde da Família composta por: uma médica, um enfermeiro, três cirurgiões-dentistas, um técnico em saúde bucal, um técnico de enfermagem, uma recepcionista, dois auxiliares de serviços gerais e seis agentes comunitários de saúde; todos cumprindo carga horária de 40 horas semanais. Essa equipe tem como público-alvo de atuação os moradores de bairros próximos à unidade, assim como residentes da zona rural. O funcionamento é da UBS é de 08 horas diárias, de segunda-feira a sexta-feira, sendo 04 horas no turno matutino e quatro no turno vespertino.

A estrutura física da UBS é, relativamente, boa. É composta por: uma recepção/sala de espera, uma sala de reunião, uma sala de curativos, uma sala de vacina, um consultório clínico, um consultório odontológico, uma sala de observação, uma sala de enfermagem, um almoxarifado, um expurgo, uma copa, um DMC, três banheiros (masculino; feminino; funcionários).

1.4.2 Território de Abrangência

O território em que a UBS Dr. Aurélio Caciquinho Ferreira atua, não se situa nas regiões mais carentes da cidade, nem tem os piores níveis socioeconômicos, mas possui um índice de desemprego considerável. São comuns problemas relacionados ao alcoolismo, uso de drogas, abandono de incapaz e violência doméstica. E estes podem estar relacionados aos baixos índices de escolaridade, assim como à tendência econômica voltada às atividades rurais, entre as quais se destacam a agricultura de subsistência e a pecuária. Vale ressaltar que, dentro do território de abrangência, o terceiro setor (comércio) é responsável por boa parte dos empregos locais.

A equipe de saúde da família Dr. Aurélio Caciquinho Ferreira realizou o diagnóstico situacional de saúde de sua área de abrangência e entre vários problemas identificados, priorizou a alta prevalência e incidência de adolescentes grávidas na população, o que apontou para a elaboração deste trabalho.

2 JUSTIFICATIVA

Esse trabalho justifica-se na importância em se trabalhar, dentro dos preceitos do Sistema Único de Saúde, assim como da proposta da Estratégia Saúde da Família, os principais problemas de saúde capazes de intervir na qualidade de vida dos adolescentes de uma população assistida.

Ademais, justifica-se, também, na alta prevalência e incidência de adolescentes grávidas na população da área de abrangência, o que pode estar relacionado à deficiência de informações em saúde levada até elas.

Neste sentido, Guimarães e Witter (2007, p.169) apontam falhas na prevenção da gravidez na adolescência nos contextos social, pessoal e familiar, sendo que geralmente os programas educativos sobre a sexualidade mostram-se pouco claros ou convincentes ao abordar como iniciar e usufruir a experiência da sexualidade com segurança; os adolescentes geralmente desconhecem os seus próprios valores e sentimentos e no contexto familiar, tem-se observado dificuldades nas relações entre pais e filhos comprometendo negativamente o desenvolvimento do jovem.

Vale ressaltar que, desde a identificação do problema até a elaboração do plano de ação, a equipe de saúde mostrou-se receptiva e solícita, bem como ciente da relevância em sua intervenção.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção, centralizado nos preceitos de promoção da saúde, destinado às adolescentes, gestantes ou não, pertencentes à área de abrangência e influência da ESF Dr. Aurélio Caciquinho Ferreira - MG, com vistas a diminuir a incidência de gestação nessa faixa etária.

4 MÉTODO

Trata-se de uma proposta de intervenção intersetorial e multiprofissional direcionada aos adolescentes e jovens da área de abrangência da ESF Dr. Aurélio Caciquinho Ferreira, no município de Januária- MG, para a promoção da saúde e redução da gravidez na adolescência.

A proposta tem caráter educativo e informativo sobre sexualidade, gravidez, relação sexual, contracepção, entre outros. O importante é que seja um instrumento transformador da realidade social desses jovens e adolescentes e que eles sejam agentes multiplicadores na comunidade junto ao público jovem.

Para tal, utilizou-se a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Esse método de diagnóstico situacional tem como principal característica a apreciação da situação local, com o objetivo de projetar ações para mudá-la. Nesse sentido, foi e estão sendo realizadas todas as etapas que compreendem sua execução: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foram, ainda, utilizadas como recursos argumentativos, a atividade da Seção 01 do Módulo Iniciação à metodologia: textos científicos (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013) e seção 2 do Módulo de Planejamento e avaliação de ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), assim como uma revisão literária sobre o tema.

Para fundamentar as questões que serão abordadas na construção da proposta de intervenção, foram realizadas pesquisas de publicações acerca da gravidez na adolescência nos bancos de dados *Scientific Eletronic Libray Online* (SciELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e *National Library of. Medicine* (MEDLINE), reuniões com a equipe de saúde da unidade, bem como consultas no SISPRENATAL e no Sistema de informação da Atenção Básica (SIAB) do Município de Januária.

Descritores: Gravidez na adolescência; Planejamento Familiar; Promoção da Saúde; Programa de Saúde da Família.

5 REVISÃO LITERÁRIA

A faixa etária correspondente ao período chamado “adolescência”, possui algumas divergências, conforme a referência utilizada. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), adolescente é todo indivíduo com idade entre 12 e 18 anos de idade. Diferentemente, conforme os preceitos da Organização Mundial de Saúde (OMS), esse período envolve indivíduos com idades entre 10 a 19 anos de idade (BRASIL, 1990; WHO, 2004). Consideraremos, neste trabalho, a definição preconizada pela OMS.

A adolescência caracteriza-se como um período de transição entre a puberdade e a idade adulta, envolvendo profundas mudanças, sendo que “a perda do papel infantil gera inquietação, ansiedade e insegurança frente à descoberta de um novo mundo” (MOREIRA *et al.*, 2008, p.313). Nessa etapa de vida, o adolescente busca sentido para a sua vida e compreensão daquilo que o cerca, portanto necessita para o fortalecimento de seu ego, aprender a aceitar a si mesmo e aos demais (GARCIA; PILLON; SANTOS, 2011).

Acerca dos fatores biológicos, sabe-se que o amadurecimento sexual ocorre com o desenvolvimento das características sexuais primárias que são as alterações físicas e hormonais necessárias à reprodução (como por exemplo, nas meninas, tem-se o aumento dos seios, dos quadris, o crescimento e distribuição dos pelos e a menarca) e as características secundárias são os traços corporais, desenvolvidos durante a puberdade, que diferenciam anatomicamente os dois sexos, masculino e feminino (MOREIRA *et al.*, 2008; POTTER; PERRY, 2006; GARCIA; PILLON; SANTOS, 2011).

Nesta fase descobrem-se o corpo e os órgãos genitais, ocorre o amadurecimento físico em decorrência dos hormônios sexuais e do crescimento; na busca de autoafirmação o jovem vivencia momentos de rebeldia e de labilidade do humor. Com frequência, na realidade de nosso país, a adolescente, além destes conflitos, vê-se diante de outras questões também conflituosas, como a ocorrência de uma gravidez não planejada (MOREIRA *et al.*, 2008).

Segundo Rua (1998) *apud* Ferrari, Thomson e Melchior (2006), as políticas, estratégias e ações direcionadas ao jovem são desenvolvidas isoladamente por cada setor do governo, fragmentando a atenção ao adolescente.

Ferrari, Thomson e Melchior (2006, p.2491) reforçam este pensamento ao afirmarem que “no Brasil, as políticas públicas para adolescentes, criadas e regulamentadas na década de 80, se desenvolvem de forma fragmentada e desarticulada”. Entretanto, atualmente “a política de saúde que pode mudar a situação atual dos adolescentes no país é a Estratégia Saúde da Família (ESF), por se aproximar mais das condições socioculturais e, assim, cumprir os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde”.

Atualmente, existe um aumento, em potencial, na taxa de fecundidade nessa faixa etária quando comparada às mulheres adultas, especialmente nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Como já sabido, a adolescência envolve um período de profundas mudanças biopsicossociais. Uma gravidez, nesse momento, gera profundas implicações: para a adolescente-mãe, para a criança e, também, para todos os envolvidos nessa situação, avós e demais familiares (CERQUEIRA-SANTOS *et al.*, 2010).

Moura, Silva e Galvão (2007) enfatizam que, atualmente, no Brasil, o papel das equipes de Saúde da Família na assistência ao planejamento familiar, está incluído nas sete áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde, tomando por base o dispositivo da Lei do Planejamento Familiar (Lei nº. 9.263/96), determina, como competência dos profissionais de saúde, assistir em concepção e contracepção, empenhando-se em informar os indivíduos sobre as opções para as duas finalidades, destacando a oferta dos métodos anticoncepcionais autorizados e disponíveis no Brasil – Billings, tabelinha, temperatura, sintotérmico, preservativos (masculino e feminino), diafragma, espermicida, dispositivo intrauterino (DIU), anticoncepcionais hormonais orais e injetáveis, laqueadura e vasectomia (BRASIL, 1996 *apud* MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007).

Estudos de Dadoorian (2003) relatam ser possível destacar dois fatores principais como os determinantes da gravidez em adolescentes: os fatores biológicos e os fatores não-biológicos, nos quais se inserem os aspectos culturais e psicológicos.

No Brasil, estima-se que aproximadamente um milhão de crianças nascidas vivas a cada ano são filhas de mães na faixa de idade entre 10 a 19 anos, o que corresponde a 20% do total de nascidos vivos no país (PONTE-JUNIOR; XIMENES NETO, 2004).

Para Silva e Tonete (2006, p.200), cientificamente essas adolescentes fazem parte de um grupo de risco para a “ocorrência de problemas de saúde, em si mesmas e em seus conceitos, uma vez que a gravidez precoce pode prejudicar seu físico ainda imaturo e seu crescimento normal”. Podem ainda apresentar durante a gravidez eclampsia e anemia, ocorrendo prematuramente o trabalho de parto, complicações obstétricas, e recém-nascidos de baixo peso (SANTOS; SILVA, 2000).

Além dos fatores biológicos, a literatura tem mostrado que a gravidez na adolescência pode trazer repercussões nas relações dos jovens com sua família e a sociedade, em decorrência do comprometimento no âmbito psicológico, sociocultural e econômico (SANTOS; SILVA, 2000).

Silva e Tonete (2006, p.205) realizaram um estudo qualitativo, por meio de entrevista semiestruturada, no intuito de apreender o significado da gravidez da adolescente para os seus familiares. Nele, puderam concluir que, para os familiares, “esse acontecimento familiar e social, esperado ou não, deve ser assumido e vivenciado pela jovem, porém, com o suporte familiar, cada qual com suas responsabilidades quanto ao ciclo gravídico-puerperal e à maternagem”.

Assim, é importante destacar que a gestação precoce pode ser uma experiência caracterizada por vivências diferentes e impregnadas de significados únicos e muitas vezes contraditórios, podendo contribuir, em algumas situações, “não só para o desenvolvimento global da adolescente, como também para o desenvolvimento global de sua família” (SILVA; TONETE, 2006).

Contudo, considerando que a gestação constitui um momento delicado e que inspira cuidados específicos para toda mulher, a adolescente grávida requer cuidados

redobrados devido às particularidades específicas da sua idade. Gravidez e adolescência concomitantes caracterizam transformações que envolvem turbilhão de emoções e acontecimentos. “Trabalhar com adolescentes grávidas implica em desafios para compreender este mundo repleto de subjetividade e contradições” (MOREIRA *et al.*, 2008, p.315).

Considerando a relevância da qualidade de vida da adolescente, é fundamental que a equipe de saúde atenda a mesma não só durante a gestação, acompanhando-a para que tenha uma gravidez e um filho saudáveis, mas também estabelecer ações para se evitar uma nova gravidez precocemente.

Reis *et al.* (2014) consideram que as ações de promoção e prevenção desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS) voltadas para o adolescente são insipientes. É necessário repensar a forma como estas ações são desenvolvidas, envolvendo ações multiprofissionais e intersetoriais, especificamente, setores da educação e da saúde, valorizando o adolescente com suas peculiaridades e vivências únicas.

Corroborando os autores anteriores, Teixeira, Silva e Teixeira (2013, p.42) reforçam que a Estratégia de Saúde da Família constitui uma possibilidade de empoderamento dos jovens por meio do conhecimento e reconhecimento de seus direitos a uma assistência diferenciada e integral. Entretanto, é necessário que os profissionais de saúde incorporem à suas práticas e na gestão da área da saúde conhecimentos “para o atendimento às especificidades que envolvem o ser adolescente”. Ressaltam ainda que, geralmente, as unidades básicas de saúde não se encontram estruturadas para atendimento preventivo ou assistencial da adolescente grávida, principalmente pela complexidade que envolve esta situação.

Manfré, Queiróz e Smatthes (2010, p.54) enfocam que o público adolescente está carente de programas específicos em saúde e que:

[...] ações de orientação e prevenção implementadas desde a atenção básica, envolvendo todos os profissionais da equipe de saúde, podem ser eficientes no sentido de promover o conhecimento das adolescentes da comunidade, prevenindo a gravidez indesejada na adolescência e suas possíveis repercussões negativas.

Nesse sentido, ressalta-se a importância em se trabalhar esse tema interdisciplinarmente, no contexto da promoção da saúde, dentro das unidades básicas de saúde, em face ao aumento crescente no número de adolescentes grávidas.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Desde o momento inicial em contato com a ESF Dr. Aurélio Caciquinho Ferreira, fazendo parte da equipe de saúde, alguns problemas foram percebidos nos níveis social, estrutural e organizacional em destaque. A partir do diagnóstico situacional de saúde, identificando os principais problemas de saúde da área de abrangência, optou-se por elaborar este projeto de intervenção. A seguir, tendo como referência Campos, Faria e Santos (2010), são apresentados os passos do plano de ação.

Definição do problema

Os principais problemas identificados pela equipe de saúde foram: uso de drogas, alcoolismo, violência, desemprego ou trabalho informal, baixo nível econômico da população, gravidez na adolescência, ruas sem pavimentação, ausência de áreas de lazer, má aderência dos hipertensos e diabéticos aos tratamentos, acúmulo de lixo nas casas e ruas e baixo nível de escolaridade da população.

Priorização de problemas

A identificação e priorização desses problemas, bem como a capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde podem ser visualizadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Priorização dos problemas de saúde na ESF Dr. Aurélio Caciquinho Ferreira, município de Januária/MG. Julho de 2014.

Problema	Importância	Urgência (0 a 05 pontos)	Capacidade de enfrentamento da equipe
Uso de drogas ilícitas	Média	03	Parcialmente
Alcoolismo	Média	03	Parcialmente
Violência	Média	03	Fora
Desemprego ou trabalho informal	Alta	04	Fora
Baixo nível econômico da população	Média	03	Fora
Gravidez na adolescência	Alta	05	Dentro
Ruas sem pavimentação	Média	03	Fora
Ausência de áreas de lazer	Baixa	01	Fora
Má aderência dos hipertensos e diabéticos aos tratamentos	Alta	04	Dentro
Acúmulo de lixo nas casas e ruas	Média	02	Parcialmente
Baixo nível de escolaridade da população	Média	03	Fora

Frente a esses problemas, foi estabelecida uma ordem de prioridades, levando em consideração a capacidade de mediação da equipe de saúde em relação à situação encontrada. Assim, priorizou-se a intervenção na promoção da saúde e prevenção de agravos das adolescentes grávidas assistidas pela unidade.

Descrição e explicação do problema selecionado

A gravidez na adolescência não pode ser considerada um problema de causa única, já que vários são os fatores capazes de determinar sua existência. Dentre suas principais causas, podemos citar os fatores relacionados à constituição biológica feminina, bem como, os fatores familiares, socioeconômicos e, não distantes, fatores psicológicos intrínsecos.

Os fatores biológicos, por exemplo, envolvem a grande quantidade de adolescentes na população, assim como a idade da menarca (primeira menstruação) que vem se adiantando cada dia mais no mundo moderno.

Quanto ao aspecto familiar, podemos destacar a influência dos pais/responsáveis, dos irmãos ou parentes próximos, na época em que se inicia a vida sexual da criança e do adolescente. Esse é um aspecto diretamente proporcional, de modo que uma família cujos pais tiveram iniciação sexual precoce tende a ter filhos com vida sexual ativa precoce, o que eleva o risco de uma gravidez na adolescência (BRASIL, 2008).

Entretanto, a sociedade moderna, cada vez mais, derruba por terra velhos estigmas e preconceitos quanto ao sexo precoce e antes do casamento, fato que leva a diminuição de inibições existentes, outrora, e aumento da atividade sexual e gravidez. Desse modo, a gravidez, mesmo na adolescência, torna-se cada vez mais normal e aceitável pela sociedade, principalmente em populações mais pobres, constituindo o fator social presente na etiologia do problema.

O aspecto psicológico intervém, principalmente, na aceitação e uso de contracepção, pois as adolescentes, em geral, além de não conhecerem os métodos contraceptivos, também negam a possibilidade de uma gestação. Percebe-se, ainda, que quanto menor a idade, maior é a negação. O sexo casual, mais prevalente nessa faixa etária, não justificaria, para eles, o uso de contracepção. Além disso, a

falta de diálogo com a família inibiria as adolescentes de possuírem, em casa, um método contraceptivo, já que a posse do mesmo seria a prova formal de uma vida sexual ativa.

À medida que se aumenta o convívio com a população em questão, a equipe de saúde da família, bem como os professores e diretores da Escola, presente na área de abrangência, reforça a noção de outros fatores que também influenciam tal precocidade: a aquisição do incentivo financeiro do governo, a Bolsa Família; o baixo acesso às informações sobre planejamento familiar e baixa adesão, das adolescentes, aos grupos de discussão.

Ficam explícitos, científico e socialmente, os danos gerados na sociedade. Esses podem ser exemplificados pelo aumento da mortalidade e morbidade materno-fetais, bem como pelo aumento de uma população jovem, carente e mal amparada (segundo suas condições de moradia e saneamento básico), sem contar, ainda, pelo potencial aumento de afecções pediátricas, visto que se trata de mães novas e despreparadas para a maternidade. Segundo dados de DATASUS (BRASIL, 2009), em 2009, as principais causas de internações hospitalares foram em decorrência de afecções originadas no período perinatal, em mulheres entre 15 e 19 anos, totalizando 83,8%.

Às adolescentes já grávidas, resta a realização de um pré-natal completo e o acompanhamento pós-parto. Todavia, atitudes (por parte da equipe de saúde) são urgentes e necessárias, no sentido de diminuir esses altos índices na população da área de abrangência. Pensando nisso, a forma mais correta de se reduzir o número de gravidez nessa faixa etária da população é, sem dúvidas, a educação sexual dos adolescentes. Não é possível negar que essa atitude deverá ser produto de um trabalho conjunto entre família, escola, instituições de saúde e sociedade. No que tange ao trabalho de promoção da saúde, a equipe multiprofissional deve abordar temas como: educação sexual; métodos contraceptivos e combate aos fatores de risco da gravidez. Sendo assim a realização de grupos de planejamento familiar, dentro da equipe de saúde da família, é indispensável para se obter sucesso no objetivo proposto (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Exemplificando: na Equipe de Saúde da Família em que trabalho, ESF Dr. Aurélio Caciquinho Ferreira, temos, atualmente, um total de 30 gestantes cadastradas em acompanhamento pré-natal. Destas, 11 são menores de 20 anos, encaminhadas também para acompanhamento pré-natal de alto risco no Centro Viva-Vida. A partir desses dados, podemos inferir que há uma falha no desenvolvimento e atuação das ações destinadas ao Planejamento Familiar na nossa equipe, já que mais de 35% das gestantes são menores de 20 anos de idade.

Seleção dos “nós críticos”

Em relação aos nós críticos, ou seja, as principais causas relacionadas ao problema identificado, estão relacionados no Quadro 1, a seguir.

Quadro 3 - Seleção dos “nós críticos” associados à gravidez precoce nas adolescentes assistidas pela ESF Dr. Aurélio Caciquinho Ferreira, município de Januária/MG. Julho de 2014.

Seleção dos “nós críticos”
• Educação sexual e reprodutiva ineficiente
• Baixa escolaridade
• Ausência de estrutura familiar
• Nível de informação sobre métodos contraceptivos
• Processo de trabalho da equipe de saúde (grupos operativos, principalmente sobre planejamento familiar)

Desenho das operações

Partindo-se do princípio de que todo plano de ação é composto por operações (CAMPOS; FARAI; SANTOS, 2010), isto é, ações desenhadas para impactar nas causas mais importantes do problema selecionado, observou-se a necessidade de, junto à equipe multidisciplinar de saúde, estabelecer o desenho das operações a serem realizadas no âmbito da unidade de saúde. Essas podem ser mais bem visualizadas no Quadro 4 a seguir.

Quadro 4 - Desenho das operações a serem desenvolvidas na ESF Dr. Aurélio Caciquinho Ferreira, município de Januária/MG. Julho de 2014.

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Educação em Saúde ineficaz	<i>“Sexo Seguro, Família Feliz - SSFF”</i> Educação sexual e planejamento familiar	Aumentar a adesão das adolescentes ao uso de métodos contraceptivos e diminuir a prevalência de gravidez na adolescência na região a, no máximo, 10% do número total de gestantes da área	Realização de palestras e campanhas educativas. Trazer as adolescentes até a ESF e levar a educação sexual até as escolas	Econômicos → Comprar material para confecção de cartazes e pôsteres; panfletos educativos Organizacional → Equipe multidisciplinar para realização de palestras (médico, enfermeiro, psicólogo), local de palestras, métodos contraceptivos para aulas ilustradas e dinâmicas Cognitivo → Conhecimento adquirido e acumulado dos profissionais envolvidos
Baixa Escolaridade	<i>“Mais Escola”</i> Fornecer educação de qualidade para todas as crianças e adolescentes	Avaliar o índice de gravidez na adolescência numa população com melhor índice de alfabetização	Discutir com os gestores locais o que pode ser feito no sentido de melhorar a educação no município	Político → Discutir com os gestores sobre opções para diminuir o índice de analfabetismo no município
Estrutura familiar comprometida	<i>“Família Unida”</i> Levar a educação sexual e o planejamento familiar até dentro das casas	Diminuir o preconceito familiar em abordar a educação sexual dentro do ambiente familiar	Panfletos educativos e palestras para todas as famílias abordando o planejamento familiar e educação sexual	Econômicos → Comprar material para confecção de panfletos educativos Organizacional → Equipe multidisciplinar para realização de palestras (médico, enfermeiro, psicólogo); local onde serão realizadas as palestras; aquisição de alguns métodos contraceptivos para serem utilizados como material ilustrativo; seleção de dinâmicas Cognitivo → Conhecimento adquirido e acumulado dos profissionais envolvidos
Processo de trabalho da equipe de saúde	<i>“Capacitar para cuidar”</i> Capacitar a equipe de saúde e compartilhar saberes	Habilitar a equipe de saúde para melhor abordar as condições de saúde/doença das adolescentes grávidas assistidas e seus conceitos	Mesa redonda com os profissionais da equipe de saúde. Em pauta, todos os pormenores relacionados à assistência às adolescentes grávidas do território.	Cognitivo → Conhecimento adquirido e acumulado dos profissionais envolvidos

Em sequência, depois de desenhadas as operações, passar-se-á à etapa de identificação dos recursos críticos.

Identificação dos recursos críticos

Nessa etapa, são identificados todos os recursos, disponíveis ou não, necessários à implantação das ações previamente planejadas. Ela poderá ser mais bem visualizada no Quadro 5, a seguir:

Quadro 5 - Identificação dos recursos críticos necessários à intervenção multidisciplinar da equipe de saúde da ESF Dr. Aurélio Caciquinho Ferreira, município de Januária/MG. Julho de 2014.

Operação/ Projeto	Recursos necessários
“SSFF”	Organizacional → Equipe multidisciplinar e ilustração de métodos contraceptivos Cognitivo → Conhecimento adquirido e acumulado dos profissionais envolvidos
“Mais Escola”	Político → Reavaliar a educação no município
“Família Unida”	Econômicos → Comprar material para confecção de panfletos educativos Cognitivo → Conhecimento adquirido e acumulado dos profissionais envolvidos
“Processo de trabalho da equipe de saúde”	Cognitivo → Conhecimento adquirido e acumulado dos profissionais envolvidos

Depois de realizadas essas etapas, faz-se a análise da viabilidade do plano operativo.

Análise da viabilidade do plano operativo

A viabilidade do plano está explicitada no Quadro 6, a seguir.

Quadro 6 - Análise da viabilidade do plano operativo. ESF Dr. Aurélio Caciquinho Ferreira, município de Januária/MG. Julho de 2014.

Operação/ Projeto	Recursos necessários	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
“SSFF”	Organizacional→ Equipe multidisciplinar e ilustração de métodos contraceptivos	Integrantes da unidade e Equipe Multidisciplinar	Favorável	Reuniões e material prático para ilustração
	Cognitivo→ Conhecimento adquirido e acumulado dos profissionais envolvidos	Equipe Multidisciplinar	Favorável	Carta de apresentação do projeto aos profissionais participantes
“Mais Escola”	Político→ Reavaliar a educação no município	Gestão Municipal	Indiferente	Não será realizada
“Família Unida”	Econômicos→ Comprar material para confecção de panfletos educativos	Secretária de saúde	Favorável	Apresentar benefícios a médio prazo no trabalho de assistência
	Cognitivo→ Conhecimento adquirido e acumulado dos profissionais envolvidos	Integrantes da Equipe e Equipe Multidisciplinar	Favorável	Reuniões e material prático para ilustração
“Processo de trabalho da equipe de saúde”	Cognitivo→ Conhecimento adquirido e acumulado dos profissionais envolvidos	Integrantes da Equipe	Favorável	Mesa redonda para discussão. Café com prosa.

Por fim, na etapa final, faz-se a elaboração do plano operativo após todas as variáveis serem, rigorosamente, elaboradas e analisadas.

Elaboração do plano operativo

Esse plano de ação, voltado aos preceitos básicos essenciais à promoção, prevenção e recuperação da saúde das adolescentes grávidas assistidas pela unidade, poderá ser mais bem visualizado no Quadro 7.

Quadro 7 - Plano operativo ESF Dr. Aurélio Caciquinho Ferreira, município de Januária/MG.

Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Ação estratégica	Responsável	Prazo
“Sexo Seguro Família Feliz - SSFF” Educação sexual e planejamento familiar	Aumentar a adesão das adolescentes ao uso de métodos contraceptivos e diminuir a prevalência de gravidez na adolescência na região à no máximo 10% do número total de gestantes	Realização de palestras e campanhas educativas. Trazer as adolescentes até a ESF e levar a educação sexual até as escolas	Reuniões e material prático para ilustração Carta de apresentação do projeto aos profissionais participantes	Agentes de saúde, enfermeiro, médico e psicólogo	Início das reuniões de imediato, com confecção da carta de apresentação Início das campanhas com 30 dias
“Mais Escola” Fornecer educação de qualidade para todas as crianças e adolescentes	Avaliar o índice de gravidez na adolescência em uma população com melhor índice de alfabetização	Discutir com os gestores locais o que pode ser feito no sentido de melhorar a educação no município	Não será realizada	Médico, enfermeiro e gestores municipais	Carta de apresentação com reuniões frequentes
“Família Unida” Levar a educação sexual e o planejamento familiar até dentro das casas	Diminuir o preconceito familiar em abordar a educação sexual dentro do ambiente familiar	Panfletos educativos e palestras para todas as famílias abordando o planejamento familiar e educação sexual	Apresentar benefícios a médio prazo no trabalho de assistência Reuniões e material prático para ilustração	Agentes, enfermeiro, médico, psicólogo e secretaria de saúde	Início das reuniões de imediato, com carta de apresentação Confecção de material informativo.

Gestão do plano

Nessa etapa, compreender-se-á a prática das ações planejadas, no âmbito da atenção básica, destinada à população assistida. Até então, a operação “Sexo Seguro, Família Feliz (SSFF)” tem demonstrado adesão surpreendente por parte da população de risco preconizada e tem incitado discussões positivas dentro da equipe de saúde no que tange a continuidade do projeto. Além disso, foi possível observar que a operação “Processo de Trabalho da Equipe de Saúde” tem provocado trocas de experiências entre os profissionais da equipe, o que foi considerado positivo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em face ao exposto, conclui-se que para o desenvolvimento de uma estratégia de intervenção focada no planejamento familiar, torna-se necessário a mobilização das diferentes áreas do saber médico-científico, bem como dos diferentes atores sociais, daí o termo interdisciplinar.

Ademais, a execução do projeto de ação só conseguirá ser efetivo se as etapas que precedem sua implementação forem rigorosamente seguidas, compreendendo a colaboração da equipe de saúde e da população assistida.

Vale ressaltar que, desde a identificação do problema até a elaboração do plano de ação, a equipe de saúde mostrou-se receptiva e solícita, bem como ciente da relevância em sua intervenção. Tal fato, provavelmente, contribuirá para o sucesso deste projeto de intervenção, melhorando o nível de informações dos adolescentes em relação à sexualidade e saúde reprodutiva.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, 1996. Diário Oficial da União 15 jan 1996; Seção 1. p. 561-70.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf1.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 978-85-334-1500-3

BRASIL. **Indicadores e Dados Básicos** - Brasil - 2009. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/matriz.htm>

CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118p.

CERQUEIRA-SANTOS, E.; PALUDO, S. dos S.; DEI SCHIRO, E. D. B.; KOLLER, S. H..Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção.**Psicol. estud.** [online], v.15, n.1, p. 72-85, 2010.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S .L.. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2013. 140p.

DADOORIAN, D..Gravidez na adolescência: um novo olhar.**Psicol. cienc. prof.**, v.23, n.1, p.84-91, 2003.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R..Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.11, p. 2491-2495, 2006.

GARCIA, J. J.; PILLON, S. C.; SANTOS, M. A. dos.Relações entre contexto familiar e uso de drogas em adolescentes de ensino médio.**Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v.19, n.spe, p.753-761, 2011.

GUIMARAES, E. A.; WITTER, G. P..Gravidez na adolescência: conhecimentos e prevenção entre jovens.**Bol. Acad. Paul. Psicol.**, v.27, n.2, p.167-180, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades Minas Gerais**. 2014. Disponível

em:<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313520> Acesso em: 20 out. 2014.

JANUÁRIA. Prefeitura Municipal. **Plano de saneamento básico do município de Januária -MG**. 2014. 164p. Disponível em: <http://januaria.mg.gov.br/wp-content/uploads/2014/04/PMSB-2014-Vers%C3%A3o-Preliminar.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014.

MANFRÉ, C. C.; QUEIRÓZ, S. G. de.; MATTHES, Â. do C. S.. Considerações atuais sobre gravidez na adolescência R. bras. Med. Fam. e Comun., Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 48-54, jan./dez. 2010.

MOREIRA, T. M. M.; VIANA, D. de S.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B..Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez.**Rev. esc. enferm. USP** [online], v.42, n.2, p.312-320, 2008.

MOURA, E. R. F; SILVA, R. M.; GALVÃO, M. T. G.. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no programa Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.4, p. 961-970, 2007.

OLIVEIRA, C. B. et al. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes na unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. **Ciência e Saúde Coletiva**, Espírito Santo, v. 14, n.2, p.635-644, 2009.

PONTE JUNIOR, G.M.; XIMENES NETO, F.R.G. Gravidez na adolescência no município de Santana do Acaraú – Ceará – Brasil: uma análise das causas e riscos. **Rev Eletrônica Enferm**, 2004. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/pdf/f3_gravidez.pdf. Acessado dia 30/11/2014 às 14:28.

POTTER, P.A, PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 6 ed. Rio de Janeiro: Mosby-Elsevier, 2006.

REIS, D. C. dos et al.. Estratégia saúde da família: atenção à saúde e vulnerabilidades na adolescência. **Revista espaço para a saúde**, Londrina,v. 15, n. 1, p. 47-56, 2014.

RUA, M. G. As políticas públicas e a juventude dos anos 90. **Ministério da Saúde/Comissão Nacional de População e Desenvolvimento**, Brasília; v.2, p. 731-49, 1998.

SANTOS, I.M.M.; SILVA, L.R..**Estou grávida, sou adolescente e agora? – Relato de experiência na consulta de enfermagem**. In: RAMOS, F.R.S.; MONTICELI, M., NITSCHKE, R.G. (organizadoras). Projeto Acolher: um encontro de enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEn/Governo Federal; p.176-82, 2000.

SILVA, L; TONETE, V.L.P. A gravidez na adolescência na perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v.4, n.2, p.199-206, 2006.

TEIXEIRA, S. da C. R.; SILVA, L. W. S. da.; TEIXEIRA, M. A.. Políticas públicas de atenção às adolescentes grávidas - uma revisão bibliográfica. **Adolescência & Saúde**, v.1, n. 1, p. 37-44, jan/mar 2013.

WHO. World Health Organization. **Adolescent pregnancy: issues in adolescent health and development**. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591455_eng.pdf. Acesso em: 20 out. de 2014.