

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

KENIA MARIA CHARRO PEREZ.

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE GRAVIDEZ
NA ADOLESCÊNCIA NA COMUNIDADE CANSANÇÃO, NO MUNICÍPIO DE
VIRGEM DA LAPA - MG.**

VIRGEM DA LAPA - MINAS GERAIS

2015

KENIA MARIA CHARRO PEREZ.

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE GRAVIDEZ
NA ADOLESCÊNCIA NA COMUNIDADE CANSANÇÃO, NO MUNICÍPIO DE
VIRGEM DA LAPA - MG.**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Célia Maria de Oliveira

VIRGEM DA LAPA - MINAS GERAIS

2015

KENIA MARIA CHARRO PEREZ.

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE GRAVIDEZ
NA ADOLESCÊNCIA NA COMUNIDADE CANSANÇÃO, NO MUNICÍPIO DE
VIRGEM DA LAPA - MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa. Dra. Celia Maria de Oliveira

Examinador 2:

Aprovado em Belo Horizonte/MG, de de 2015.

VIRGEM DA LAPA - MINAS GERAIS

2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que de um jeito ou de outro contribuíram para a realização deste trabalho.

A toda minha equipe de trabalho.

Agradeço finalmente a minha dedicada tutora Prof^a. Dr^a.Célia Maria de Oliveira, que mesmo distante se fez presente, sanando todas minhas dúvidas, sendo compreensiva e dedicada.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida: minha filha DanielaJomarron Charro que me serve de fonte de inspiração para seguir lutando e aos meus queridos pais, que me apoiam e incentivam a continuar buscando mais conhecimento, acreditando no meu potencial para vencer os obstáculos e ser uma melhor pessoa cada dia. Obrigada, pela compreensão e carinho sem vocês não seria quem sou.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Desenho de operações para os "nós" críticos do problema Gravidez na Adolescência na área de abrangência do ESF Edna Mara – Virgem da Lapa /MG.

Quadro 2 – Viabilidade do plano de intervenção.

Quadro 3 – Plano operativo do projeto de intervenção

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF Equipe Saúde da Família.

ONU Organização de Nações Unidas.

OMS Organização Mundial da Saúde.

ECA Estatuto da Criança e Adolescente.

UNFPA Fundo das Nações Unidas para a População

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

FPM Fundo de Participação Municipal.

ISSQN Imposto sobre Serviço de Quaisquer Naturezas.

PAB Fixo Piso de Atenção Básica.

PSF programa Saúde da Família.

USF Unidade Saúde da Família.

ACS Agente Comunitário da Saúde.

IDH Índice de Desenvolvimento Humano.

APS Atenção Primária da Saúde.

ABS Atenção Básica da Saúde.

SUS Sistema Único da Saúde.

PES Planejamento Estratégico Situacional.

CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

UNICEF Fundo das Nações Unidas para Infância.

SIAB Sistema de Informação na Atenção Básica.

RESUMO

A gravidez na adolescência configura um grave problema de saúde pública no Brasil que vem crescendo vertiginosamente gerando graves problemas como; abandono escolar, conflitos familiares, etc. Na ESF que atuo não tem sido diferente, o número de adolescentes que procuram atendimento tem crescido. Diante desta problemática foi elaborado um projeto de intervenção educativa no ESF Edna Mara da comunidade de Cansação do município Virgem da Lapa do estado Minas Gerais, com o objetivo de desenvolver ações que contribuíssem para diminuição da gravidez na adolescência. O universo esteve composto por 75 adolescentes estudantes de duas escolas Cansação e Tum Tum com uma faixa etária entre 10 e 19 anos, as mesmas serão convidadas para a realização do trabalho, será aplicado um pré-teste para conhecer o grau de conhecimento que tem sobre o assunto. Serão realizadas palestras sobre diferentes temas; riscos da gravidez na adolescência, métodos anticoncepcionais e convidaremos pais e professores destes adolescentes a participarem. Para realização desta proposta de intervenção foi utilizado o método Planejamento Estratégico Situacional (PES) composto por 10 passos, que foi discutido na disciplina Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, do Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais. Este método proporciona ao pesquisador buscar na própria realidade de atuação, a problemática, priorização do problema e formas práticas e planejadas de atuação na realidade pesquisada, produzindo modificações.

Palavras-chave: Intervenção educativa; Gravidez; Adolescência.

ABSTRACT

Teenage pregnancy sets a serious public health problem that has been growing dramatically causing severe problems such as; dropout, family conflicts, etc. In the ESF I act has not been different, the number of adolescents seeking care has grown. Before this problem was carried out educational intervention project in ESF Edna Mara, communicate Cansanção of Virgem da Lapamunicipality, place Minas Gerais in order to develop actions that would contribute to reduction of teenage pregnancy. The universe was composed of 75 adolescents of both schools Cansanção and Tum Tum with a corset age between 10 and 19 years, they were invited to perform the work, a pre- test was used to determine the degree of knowledge that had on the subject. Lectures were held on different topics; pregnancy risks in adolescence, contraceptive methods and invite parents and teachers of adolescents to participate. To carry out this intervention proposal method was used Situational Strategic Planning (PES) consists of 10 steps, which was discussed in the discipline Planning and Evaluation of Actions in Health, the Specialization Course in Family Health Strategy, the Federal University of Minas general. This method provides the researcher seeking the own reality of work, the problem, prioritization of the problem and planned practices and forms of action in the researched reality, producing changes.

Keywords: Educational intervention; pregnancy; Adolescence.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Cenário.....	12
1.1.1 O Município de Virgem da Lapa.....	12
1.1.1.2 Unidade de Saúde da Família – USF de Cansação.....	14
2. JUSTIFICATIVA.....	16
3. OBJETIVOS.....	18
3.1 Objetivo Geral.....	18
3.2 Objetivos Específicos.....	18
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
4.1 Adolescência.....	19
4.1.1 Gravidez na Adolescência.....	20
4.2 A Estratégia de Saúde da Família.....	22
5. METODOLOGIA.....	25
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	27
6.1 Primeiro Passo: Identificação dos Problemas.....	27
6.2 Segundo Passo: Priorização do Problema.....	27
6.3 Terceiro Passo: Descrição do Problema.....	28
6.4 Quarto Passo: Explicação do Problema.....	28
6.5 Quinto Passo: Identificação dos Nós Críticos.....	28
6.6 Sexto Passo: Desenho das Operações.....	29
6.7 Sétimo Passo: Identificação dos Recursos Críticos.....	30
6.8 Oitavo Passo: Análise da Viabilidade.....	31
6.9 Nono Passo: Cronograma de operacionalização da Proposta.....	32
6.10 Décimo Passo: Gestão do Plano.....	33
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	35

1. INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase caracterizada por incertezas, modificações corporais e psicológicas intensas e maior exposição de ideias contrárias àquelas impostas pela sociedade ou até mesmo pelos pais. (CANOS, 2000)

A busca pela liberdade e independência do autoritarismo familiar, rebeldia, conflitos na própria aceitação e no círculo de amigos, descobertas, criação de uma identidade ao se inserir a um grupo social, tudo isso contribui para o amadurecimento do ser humano. (CEPAL,2011)

A transição da infância para a fase adulta é desencadeada por algumas transformações, entre elas, as fisiológicas. O desenvolvimento desenfreado de hormônios, característico dessa etapa da vida, marca o início da puberdade e muitas de suas características dependem de fatores psicológicos, sociais e culturais.

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), a adolescência está entre a faixa etária de 15 a 24 anos, para Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 a 20 anos e para o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) entre 11 a 18 anos. (EQUIPO DAPHNE,2009)

O aumento da incidência de gravidez e parto precoce constitui um problema mundial, pois de acordo com o centro de informações de fecundidade de Washington, no mundo, três milhões de adolescentes têm partos anualmente. (CHAVEZ, 2009)

O relatório, "Situação da População Mundial 2013", elaborado pelo Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), que foi lançado em todo o mundo revela que todos os dias, nos países em desenvolvimento, 20 mil meninas com menos de 18 anos dão à luz e duzentas morrem devido a complicações de gravidez ou parto. (FLASOG,2011)

De acordo com este documento, em todo o mundo, 7,3 milhões de adolescentes se tornam mães a cada ano, destas, dois milhões são menores de 15 anos, número que pode aumentar para três milhões até 2030, se a tendência atual for mantida. (FERNANDEZ, 2009)

A gravidez precocena adolescência traz consequências para a saúde, educação, emprego e direitos de milhões de meninas em todo o mundo, e pode se tornar um obstáculo ao seu pleno desenvolvimento.

Na América Latina, os países com maior taxa de gravidez na adolescência se encontram nas regiões da Nicarágua, Guatemala, Honduras, El Salvador, e Venezuela, o que representa entre 15 e 25 % das adolescentes. (GONZALEZ,2012)

No Brasil, a gravidez na adolescência figura um grave problema que atinge parcelas crescentes da população brasileira e que está relacionado com o abandono da escola, com graves consequências para o futuro destas adolescentes e de seus filhos (GOLDENBERG. FIGUIREDO E SILVA,2005)

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que o número de adolescentes grávidas também está crescendo no país. Entre 2011 e 2012, o total de filhos gerados quando as mães tinham entre 15 e 19 anos passou de 4.500 para 8.300. Ainda segundo o IBGE, nessa faixa de idade, 18% das mulheres já engravidaram ao menos uma vez.

Os dados do governo demonstram que o número de adolescentes entre 10 e 19 anos que se tornam mães no Brasil vem aumentando nos últimos quatro anos. Só no ano passado, elas responderam por cerca de 30% do total de partos realizados em hospitais do SUS. Cerca de 300 mil mulheres nessa faixa de idade foram submetidas à curetagem pós-aborto (GUIMARAES, 2007).

O impacto adverso da gravidez precoce emerge de forma mais clara quando se examina a relação entre educação, pobreza e maternidade precoce. As adolescentes cuja renda familiar se classifica entre as mais pobres quase não têm chance de completar o ensino médio após o nascimento de um filho. Dessas, 24 % tiveram de cinco a oito anos de escolaridade e somente 2% prosseguiram sua educação após o nascimento do filho. Entre as que tiveram um filho antes dos 20 anos, apenas 23% haviam estudado além da 8ª série, enquanto as que não deram à luz, 44% estudaram além da 8ª série. (GURUCHARY,2012)

É importante e ao mesmo tempo um desafio que as adolescentes se tornem aliadas das práticas preventivas das instituições de saúde pública. Porém, são raras as instituições voltadas para os adolescentes.

1.1. Cenário

1.1.1. O Município de Virgem da Lapa

O Município de Virgem da Lapa localiza-se no extremo nordeste do estado de Minas Gerais, com uma população de 15.342 habitantes, limita-se com os municípios mineiros de: Araçuaí, Berilo, Francisco Badaró, Coronel Murta, Rubelita, Josenópolis, Grão Mogol. O Município pertence à Gerência Regional de Saúde de Araçuaí.

A fundação de Virgem da Lapa se deu em 1729, conforme descreveu Leopoldo Pereira, em seu livro intitulado “O Município de Arassuahy”, escrito em 1913. Naquela época, um rico português de nome Antônio Pereira dos Santos (capitão-mor), senhor de numerosa escravatura, que se estabelecera no lugar denominado “Água Suja”, do município de Minas Novas. Obteve por doação extensos terrenos na margem esquerda do rio Araçuaí e direita do Jequitinhonha, transferindo, então, para o lugar denominado “Pego”. Foi, portanto Antônio Pereira dos Santos, o primeiro colonizador de Virgem da Lapa, “ex-São Domingos”. Deixou numerosa família.

A paróquia foi criada pela lei 167 de 1840. Foi suprida pela lei 1578 de 1868 e seu território incorporado à freguesia de Santo Antônio de Salinas, sendo depois esta lei revogada pela de Nº 1663 de 1870. Virgem da Lapa foi elevada à categoria de vila pela lei estadual Nº 2, de 14/09/1891, desmembrada do município de Minas Novas e anexada ao de Araçuaí. Em 1948, pela lei estadual Nº 336 de 27/12/1948, foi elevada à categoria de cidade. Nessa época é que Virgem da Lapa perdeu o seu antigo nome de “São Domingos do Araçuaí” e recebeu esse nome em homenagem a Senhora da Lapa. Quem nasce em Virgem da Lapa é virgolapense.

O município de Virgem da Lapa tem como características geográficas, área de 888 km², densidade 16,8 hab./km² e clima tropical. O índice de desenvolvimento humano é de 0,664 no ano 2013(BORDENAVE, J.D.; PEREIRA, A.M,2002)

Virgem da Lapa possui apenas um hospital de pequeno porte que atende também pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A rede de atenção básica a saúde possui seis Programas de Saúde da Família (PSF).

As fontes de recursos financeiros para a saúde são: Fundo de participação municipal (FPM);Imposto sobre serviço de quaisquer naturezas (ISSQN);PAB Fixo (Piso de Atenção Básica);Programa Saúde da Família (PSF);Epidemiologia Controle de Doenças;Ações Básicas de Vigilância Sanitária.Além desses recursos

financeiros, a Prefeitura arrecada 50% do IPVA anual. As principais atividades socioeconômicas do município são a pecuária e agricultura.

1.1.1.2. Unidade de Saúde da Família – USFde Cansanção

Cerca de 90% da população é completamente dependente do SUS. A comunidade conta com uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada em uma comunidade rural. A USF conta com uma equipe mínima com médico, enfermeira, técnico de enfermagem, quatro agentes de saúde, serviço de nutricionista, fonoaudiologia e serviço de odontologia .

A USF foi implantada em 2010 e há quatro anos está instalada em uma sede própria, na estrada a Araçuaí, a 26 km do centro da cidade de Virgem da Lapa e funciona de segunda a sexta-feira de 7:00 horas às 16: horas. A unidade conta, também, com uma unidade de Farmácia Popular de Minas Gerais, desde 2010. Possui uma equipe composta por: uma enfermeira, uma Médica, uma Técnica de enfermagem, um dentista, um auxiliar da saúde bucal, quatro agentes comunitários de saúde, uma recepcionista e um auxiliar de limpeza.

A área física é insuficiente, pois não existe sala para reuniões. Conta com: uma recepção, com quantidade de cadeiras suficientes para a demanda, uma sala, pequena, para consulta médica, uma sala para consulta de enfermagem, uma sala para pré-consulta, um almoxarifado, uma farmácia, um depósito de material de limpeza, uma sala de expurgo e esterilização, três banheiros, uma sala para vacinas e uma cozinha com espaço insuficiente ainda para alimentação dos trabalhadores do posto.

A unidade conta, também, com uma unidade de Farmácia Popular de Minas Gerais, desde 2010.

Todos os integrantes da equipe estão responsabilizados com o planejamento e organização da atenção, desenvolvendo um adequado trabalho em equipe e permitindo a melhor resolubilidade do serviço na unidade de Saúde.

No centro de saúde é realizado atendimento por demanda espontânea e agendamento de consultas de puericultura, atenção pré-natal, atendimento ao puerpério, atendimento de pacientes com doenças crônicas, visita domiciliar,

palestras. Estão cadastradas 393 famílias, porém há constante migração de famílias, o que exige atualização constante dos dados.

Na unidade de saúde, a população tem acesso direto e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. As ações e recursos são distribuídos em função das necessidades das pessoas e a equidade é garantida mediante o conhecimento das situações de risco e vulnerabilidade pela equipe de saúde. A ESF desenvolve estratégias para atuar frente aos problemas de saúde da comunidade, os condicionantes e determinantes biológicos, sociais, econômicos, culturais, ambientais, psicológicos de forma integral e estimula a participação da comunidade na solução dos problemas e em atividades de promoção e prevenção. Cumprem-se então, os princípios de universalidade, equidade, integralidade e controle sociais.

A referência para a média e alta complexidade são Araçuaí, Diamantina e Belo Horizonte. Quanto ao sistema de referência e contra referência, ainda encontra-se descoberto nessa nova gestão.

Para estimar a proporção de pessoas que estão abaixo da linha da pobreza foi somada a renda de todas as pessoas do domicílio, e o total dividido pelo número de moradores, sendo considerado abaixo da linha da pobreza os que possuem renda *per capita* até R\$ 140,00. No caso da indigência, este valor será inferior a R\$ 70,00. Em minha atividade profissional, como médica em uma Unidade Básica de Saúde da Família (ESF Edna Mara) no município de Virgem da Lapa/Minas Gerais, observo que a cada dia cresce o número de adolescentes grávidas que vão a Unidade e todas elas relatam desconhecimento desta etapa da vida.

Diante de toda esta problemática, me senti motivada a realizar este projeto de intervenção com uma proposta em promoção educativa ante a necessidade das adolescentes assumirem a sexualidade de maneira responsável, com o propósito de favorecer a saúde sexual, visando desenvolver um sentimento de prevenção.

2. JUSTIFICATIVA

Nos últimos anos, o número de gravidez entre as adolescentes vem aumentando. E este é um fato muito preocupante na sociedade, pois traz sérias consequências para a vida dos pais adolescentes e da criança. Por isso, é uma questão que deve ser levada a sério.

A maior parte destas adolescentes não está preparada financeiramente, nem emocionalmente para serem mães, e, muitas vezes, por não terem o apoio dos pais, são obrigadas a abandonar os estudos. Além disso, o corpo da adolescente não está pronto para gerar uma criança e alguns problemas como o tamanho e conformidade da pelve, a elasticidade dos músculos uterinos, os temores, desinformação da adolescente, dificultará o desenvolvimento do feto(HENRIQUES, 2009).

No Brasil a cada ano, cerca de 20% das crianças que nascem são filhas de adolescentes, número que representa três vezes mais garotas com menos de 15 anos grávidas que na década de 1970. A grande maioria dessas adolescentes não tem condições financeiras nem emocionais para assumir a maternidade e, por causa da repressão familiar, muitas delas fogem de casa e quase todas abandonam os estudos (MANDU,2009).

A Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde, de 2010, mostrou um dado alarmante; 14% das adolescentes já tinham pelo menos um filho e as jovens mais pobres apresentavam fecundidade dez vezes maior. Entre as garotas grávidas atendidas pelo SUS no período de 2005 a 2010, houve aumento de 31% dos casos de meninas grávidas entre 10 e 14 anos. Nesses cinco anos, 50 mil adolescentes foram parar nos hospitais públicos devido a complicações de abortos clandestinos. Quase três mil na faixa dos 10 a 14 anos.

A atividade sexual, quando resulta em gravidez, gera consequências a curto e longo prazo para a adolescente e para o recém-nascido. A adolescente poderá apresentar problemas de crescimento e desenvolvimento, emocionais e comportamentais, educacionais e de aprendizado, além de complicações da gravidez e problemas de parto. É por isso que alguns autores consideram a gravidez

na adolescência como sendo uma das complicações da atividade sexual (MICHELLE, 2013).

De acordo com o levantamento de dados realizados na comunidade de Cansanção no ano 2010, entre dez mulheres que engravidaram duas eram adolescentes. No ano de 2012, o índice subiu cerca de 50%, atualmente a cada oito gestantes, três são adolescentes entre 15 a 19 anos.

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de gravidez na adolescência na comunidade de Cansanção. A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou há recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Propor um projeto de intervenção utilizando ações educativas para a prevenção da gravidez na adolescência.

3.2. Objetivos Específicos:

- Caracterizar a população pesquisada de acordo com variáveis sócio-demográficas;
- Identificar os conhecimentos, condutas ou situações de risco dos adolescentes;
- Verificar o nível de conhecimento adquirido após a intervenção educativa.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Organização Mundial de Saúde considera a adolescência como o período de dez anos a vinte anos de idade. Porém, cada país especifica a idade em que seus cidadãos passam a ser considerada adulta, a chamada maioridade legal. Também, podem ser considerados aspectos culturais na classificação de adolescência (RAMOS, 2000).

Como fator fundamental para a ocorrência da gravidez está a ocorrência da menarca, o primeiro período menstrual, que ocorre próximo aos 12,5 anos, embora este valor varie de acordo com a etnia e peso. A média de idade da ocorrência da menarca tem diminuído como o passar dos anos (BORDENAVE, 2002)

4.1. Adolescência

A adolescência é uma fase compreendida entre os 12 e 18 anos. Também sugere que este período possa variar dependendo das experiências e características de personalidade de cada um. É uma fase de transição do estado infantil para o estado adulto (SANTOS, 2006).

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

Segundo Santos (2006), 26% das adolescentes engravidam antes de completar os 20 anos de idade. Um milhão de brasileiras, a maioria delas em situação de pobreza, tornam-se mães na adolescência.

Para SANTOS, 2006, p.3:

A adolescência é uma fase de desorganização psíquica. O adolescente não possui ainda a capacidade de organizar os conflitos e aspectos primitivos que vêm à tona e, ao lidar com seus impulsos agressivos e sexuais, ao invés de elaborá-los internamente, ele, muitas vezes os descarrega em uma ação para satisfazer os desejos imediatos.

Mesmo as adolescentes sendo orientadas, muitas delas até desejam ser mães como forma de suprir carências. Assim como, muitas não tinham perspectivas

e projetos de vida, nem demonstravam preocupação no cuidado futuro com os filhos. A falta de perspectivas é um fator preocupante que acarreta tal fato ou descuido (DADOORIAN, 2003).

A modernidade aconteceu em vários aspectos, mas no que se refere aos valores, à sexualidade não se fez de forma homogênea, nem os novos valores foram incorporados completamente. Muitas adolescentes iniciam sua vida sexual, mas costumam cair em contradição no seu discurso entre a liberação e a sua prática. A fase da adolescência é considerada de conflitos e indagações (Santos,2006).

4.1.1. Gravidez na Adolescência

O início da atividade sexual na adolescência apresenta-se como um momento de passagem da infância para a adolescência, onde ocorrem diversas mudanças físicas, hormonais, psicológicas e sociais para a idade adulta. Muitas são as influências no desenvolvimento e expressão da sexualidade que levam adolescentes a dar início a sua vida sexual precocemente, a citar: curiosidade, urgência física, pressão grupal, prova de amor ao parceiro, expressão de rebelião parental, social ou religiosa (HENRIQUES, SINGH, WULF, 2009).

Dadoorian(2003) relata que uma gravidez na adolescência acarreta várias limitações na vida da pessoa, como afastamento ou abandono dos estudos, maior dependência financeira dos pais, já que na maioria dos casos o pai da criança é adolescente e por isso a continuidade na casa dos pais.

Ainda segundo Santos (2006), a maternidade e a adolescência são vivenciadas de forma diferente, tendo relação direta com a classe social do indivíduo. Na classe baixa, a gravidez torna-se em si mesma, um projeto pessoal, uma vez que as adolescentes têm poucas perspectivas e projetos de vida. Já nas classes mais altas, a gravidez parece relacionar-se mais aos aspectos psíquicos da própria adolescência, como a onipotência.

Para Dadoorian (2003), p.02:

Por isso, a questão que se evidencia não é a falta de informação, mas a falta de formação. Fornecer o conhecimento sobre as questões referentes à fisiologia sexual e às práticas contraceptivas é uma política insuficiente e pouco eficaz para evitar as graves consequências que daí advêm. O canal que leva essa informação deve se abrir e se permeabilizar à complexidade do universo psicossocial dessas adolescentes, particularizando a significação da gravidez nesse segmento social.

A família sofreu alterações em sua dinâmica. Para Carvalho (2012), modificou-se o modelo hierárquico no qual os pais mantinham uma postura totalmente rígida e o pai como centralizador do poder por um modelo igualitário onde se sobressaem o respeito à individualidade e à liberdade. Ao mesmo tempo, as informações sobre sexo são muito mais difundidas. O período da menarca se modificou, se tornando mais precoce, ao mesmo tempo em que a erotização precoce influencia a iniciação da vida sexual cada vez mais cedo.

Adolescentes que acompanharam casos de gravidez na adolescência em suas famílias, como exemplos (mãe, irmãs) acreditam ser normal que o mesmo aconteça com elas. Uma gravidez na adolescência pode elucidar também alguns aspectos inconscientes da adolescente como necessidade de autoafirmação, busca de preenchimento de carência afetiva ou até mesmo chamar a atenção dos pais para a desestruturação familiar(DADOORIAN, 2003).

A gravidez na adolescência deve ser compreendida a partir do olhar da equipe multiprofissional, considerando os aspectos biopsicossociais de cada pessoa, assim como o modo de vida, contexto cultural e seus costumes(SANTOS, 2006).

A realidade da gravidez precoce tem instigado muitos profissionais da saúde a estudar o tema, pois a gravidez precoce é dita como indesejada e considerada como problema que precisa ser solucionado (CARVALHO,2012).

Segundo (CARVALHO, 2012), existem vários fatores que contribuem para a gravidez precoce, tais como: início precoce da vida sexual, uso inadequado de contraceptivos, sentimento de que nunca irá acontecer com eles, falta de diálogo entre os pais, escassez de campanhas informativas em escolas ou nos programas de saúde.

Aliada a uma maior disponibilização de métodos contraceptivos e de serviços especializados para atendimento ao adolescente de forma integral são necessárias também à instituição de políticas públicas voltadas para os pais ou cuidadores, focalizando a melhoria do relacionamento na família, ampliando o acesso à educação, ao lazer, a cultura e ao esporte. (CARVALHO,2012)

4.2. A Estratégia de Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família começou a ser implantada em 1991, a partir da do Programa Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em 1994 foram formadas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF), hoje responsável pela cobertura de aproximadamente 50% da população brasileira. (SANTOS,2006)

A estratégia busca melhorar a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos, priorizando ações de prevenção e promoção da saúde de forma integral e contínua. Quase 100 milhões de pessoas já são beneficiadas pelo PSF, que vem substituindo o modelo tradicional de atenção básica. A meta do Ministério da Saúde é alcançar 70% de cobertura até 2014.

Resultados positivos do modelo foram apontados em pesquisa sobre o Programa Saúde da Família no Brasil, divulgada pelo Ministério da Saúde em 2006. O estudo mostrou a evolução em oito indicadores de saúde, comparados entre 1998 e 2004, em comunidades cobertas pelo PSF, considerando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a renda e o porte populacional dos municípios.

Países que adotam sistemas de saúde universais, como o Brasil e que têm a Atenção Primária de Saúde (APS) como porta de entrada para o sistema, têm resultados mais positivos e mais equânimes. Não se trata de “saúde pobre para os pobres”, mas de um modelo que busca resolutividade e que consegue influenciar positivamente os outros níveis de atenção (DADORIAN, 2003).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a APS é “atenção essencial à saúde”, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceita e em tecnologias acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios

aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação.

A APS é parte integral do sistema de serviços de saúde, que representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas (RODRIGUEZ, 2009)

É no âmbito de atenção básica de saúde nas unidades básicas de saúde e das ações do Programa de Saúde da Família (PSF) que se dá o contato preferencial dos usuários com o SUS. As ações de ABS devem considerar cada indivíduo em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural (SABROZA, 2009)

Um aspecto fundamental na organização da assistência básica de saúde, é o reconhecimento do território como local onde acontece a construção cotidiana da vida das pessoas. Conhecer o território implica, também, conhecer o seu quadro sanitário. Nesse caso, o emprego de indicadores compostos, de um censo ou cadastro disponibilizará as informações mais importantes. Juntos, devem construir um sistema de informação que permita o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações.

O modelo proposto pelo SUS toma como requisitos fundamentais à organização das ações e serviços: o conhecimento do território; o conhecimento das necessidades, problemas e demandas da população que habita esse território e a organização das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, aqui incluídos o processo de trabalho e as ações intersetoriais.

A estratégia Saúde da Família visa potencializar a reorientação do processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo SUS no âmbito da ABS, buscando ampliá-las e garantir-lhes mais efetividade.

Como objetivos específicos, na estratégia Saúde da Família, pretende-se reconhecer a saúde como um direito de cidadania e resultante das condições de vida; estimular a participação da comunidade para o efetivo exercício do controle social; intervir sobre os riscos aos quais as pessoas estão expostas; estabelecer ações inter setoriais voltadas para a promoção da saúde; prestar, nas unidades de

saúde e nos domicílios, assistência integral, contínua e humanizada às necessidades da população da área adstrita, de forma a propiciar o estabelecimento de vínculo entre equipe e usuários(SOUZA,2009)

A ESF programa uma série de ações em acordo com os princípios do SUS, garantindo os direitos de acesso à informação e às ações de atenção integral, dependendo das demandas da população.

Apesar da equipe da ESF contar com médico, enfermeira da família e agentes comunitários de saúde, a concepção científica e metodológica para trabalhar com a educação da sexualidade e para prevenção da gravidez na adolescência ainda é deficiente, o que constitui um problema real na comunidade.

5. METODOLOGIA

Para realização desta proposta de intervenção foi utilizado o método Planejamento Estratégico Situacional (PES) composto por 10 passos, que foi discutido na disciplina Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, do Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais. Este método proporciona ao pesquisador buscar na própria realidade de atuação, a problemática, priorização do problema e formas práticas e planejadas de atuação na realidade pesquisada, produzindo modificações.

O primeiro passo foi o diagnóstico situacional da unidade de saúde fazendo o reconhecimento da unidade básica de saúde Edna Mara do município de Virgem da Lapa.

O diagnóstico em saúde possibilita o levantamento de dados pertinentes de uma determinada área de abrangência. Diagnóstico significa "através do conhecimento" isto é, não há como realizar diagnóstico sem um conhecimento prévio e amplo da área de atuação (CAMPOS, FARIA E SANTOS, 2010).

Portanto, o importante é levantar dados, transformá-los em informação para produzir conhecimento que subsidie o planejamento.

O planejamento é um mediador entre o conhecimento e a ação. É preciso conhecer no território os problemas, suas causas e consequências para então pensar em uma intervenção. Deve-se realizar o diagnóstico de forma coletiva, com os membros da equipe de saúde (GONÇALVES, 2010).

Para definição do problema foi utilizado a Estimativa Rápida, identificando a falta de adesão ao pré-natal (elevado número de adolescentes grávidas) pelo desconhecimento das mesmas da importância do acompanhamento para diagnóstico de doenças muito frequentes na região que poderiam ser causa de morbimortalidade materna e fetal, foi priorizado como um problema significativo para intervenção urgente da equipe.

Em seguida foi feita a descrição do problema selecionado e, por fim, a definição dos "nós críticos" que foram: questões sociais e culturais; forma de trabalho da equipe; falta de abordagem da família sobre sexualidade e nível baixo de

conhecimento da população sobre métodos contraceptivos e importância da assistência pré-natal.

Estes dados foram coletados através dos registros em prontuários na unidade de saúde.

De posse dos dados buscou-se na literatura estudos que contribuíssem para sustentação teórica da proposta. O levantamento de dados bibliográficos foi feito na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, Bireme e Scielocom os descritores em Ciência da Saúde: Gravidez na adolescência, planejamento em saúde, adesão ao pré-natal.

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

Para participar do projeto de intervenção educativa, serão convidadas: 75 adolescentes, entre 10 e 19 anos. As atividades desenvolvidas ficarão sobre a responsabilidade do médico e enfermeira da ESF.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Primeiro passo – identificação dos problemas

Entre os problemas enfrentados pelos pacientes atendidos na ESF Edna Mara, e identificados no diagnóstico situacional estão:

1. Elevado número de adolescentes grávidas.
2. Falta de adesão da comunidade à ESF
3. Muitos pacientes hipertensos e diabéticos
4. Conflitos internos na equipe.

6.2 Segundo Passo: Priorização do Problema

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevado número de adolescentes grávidas	Alta	7	Parcial	1
Falta de adesão da comunidade à ESF	Alta	5	Parcial	3
Muitos pacientes hipertensos e diabéticos	Alta	7	Parcial	2
Problemas de relacionamento na equipe de saúde	Alta	5	Parcial	4

6.3 Terceiro Passo: Descrição do Problema

O tema escolhido para ser abordado é o elevado número de adolescentes grávidas. Durante o trabalho em equipe na unidade, foi detectado um número elevado de adolescentes grávidas cadastradas na unidade e uma dificuldade na realização do pré-natal adequado. Esse é um importante problema na área de abrangência que merece ações estratégicas para enfrentamento da problemática.

6.4 Quarto Passo: Explicação do problema

Causas: A gravidez na adolescência é uma questão que merece atenção e intervenção devido a sua grande ocorrência e seu impacto na vida das adolescentes. Alguns fatores podem contribuir para a ocorrência de tal fato, como questões culturais, emocionais e o baixo nível socioeconômico, além de busca de ascensão social.

Consequências: A gravidez nesta fase da vida acaba por acarretar vários comprometimentos à vida da pessoa como abandono da vida escolar, despreparo em lidar com o filho, problemas familiares e financeiros.

6.5 Quinto passo: Identificação dos nós críticos

Nesta perspectiva, foram identificados os nós críticos para o problema gravidez na adolescência na atenção básica:

- **Nível de conhecimento e interesse da população:** muitas vezes, as adolescentes não se interessam por educação sexual e uso de métodos contraceptivos.

- **Problemas sociais e de relacionamento entre familiares** – Nem sempre os pais mantêm diálogo aberto sobre sexo com as filhas adolescentes, pois o sexo é, muitas vezes, visto como um tabu, gerando bloqueio e falta de liberdade para viver a sexualidade com segurança.
- **Forma de trabalho da ESF** – esse é outro fator que pode estar relacionado à falta de manejo ou de estratégia da unidade de saúde em abordar o tema sexualidade nas famílias e comunidade. A equipe muitas vezes tem dificuldades em abordar o assunto sexualidade com as adolescentes e famílias, até mesmo pela falta de preparo ou planejamento para elaborar uma estratégia grupal.

6.6 Sexto passo: Desenho das operações:

Quadro 1

Desenho de operações para os "nós" críticos do problema Gravidez na Adolescência na área de abrangência do ESF Edna Mara – Virgem da Lapa /MG

Nó crítico	Operação projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Baixo nível de conhecimento e interesse da população	Sem dúvidas Proporcionar informações sobre sexo e prevenção de gravidez para as adolescentes	Adolescentes orientadas sobre relacionament o sexual, prevenção de doenças e métodos contraceptivos	Capacitação de profissionais Campanha sobre sexo e sexualidade	-Organizacional: elaborar e organizar a agenda da equipe de saúde sobre o projeto -Cognitivo: informação sobre sexo, sexualidade, prevenção de doenças, métodos contraceptivos para adolescentes -Político: conseguir o espaço adequado para realização das atividades

(palestras, dinâmicas)

-Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, (data show, impressos)

Problemas sociais e de relacionamento entre familiares

Unidos como família proporcionar espaço de interação familiar e participação ativa de cada membro no desenvolvimento dos filhos.

Usuários orientados sobre a importância de se falar sobre sexo, prevenção de doenças e métodos contraceptivos

Famílias orientadas; Capacitações entre familiares

Organizacional: para preparar profissionais que atuarão no projeto (psicólogo assistente social, médico, enfermeira)

Cognitivo: para o planejamento e reuniões dos grupos

Financeiro: para montagem de materiais e folders informativos.

<p>Organize-se Refletir sobre a função de cada profissional dentro da unidade de saúde e procurar delimitar suas atribuições que contribuam para as ações com as adolescentes</p>	<p>Profissionais de saúde mais motivados e capacitados para abordar as adolescentes</p>	<p>Processo de Trabalho da ESF</p>	<p>Capacitação das equipes Participação de toda equipe.</p>	<p>Financeiro: para preparação dos profissionais e custeio de novos profissionais Organizacional: organização da equipe e da agenda a fim de adequar o programa ao funcionamento da ESF Político: articulação entre os setores assistenciais de saúde</p>
--	---	------------------------------------	---	---

6.7 Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos

Baixo nível de conhecimento e interesse da população

Organizacional: preparação da equipe de saúde para lidar com a problemática. Planejamento das ações na unidade.

Cognitivo: Proporcionar informações esclarecedoras sobre sexo e prevenção de gravidez para as adolescentes.

Político: articulação entre os setores da saúde e adesão das adolescentes.

Financeiro: Articulação com a secretaria de saúde para aquisição de materiais para que se possa trabalhar em grupos operativos com as adolescentes.

6.8 Oitavo passo: Análise da viabilidade:

Quadro 2 – Viabilidade do plano de intervenção

Operações/Projeto	Recursos Críticos	Controle dos recursos		
		Críticos		
		Ator que controla	Motivação	Ações estratégicas
Sem dúvidas	Organizacional: laborar e organizar a agenda da equipe de saúde sobre o projeto	Secretaria de Assistência Social.	Favorável	Avaliação e apresentação do projeto
Proporcionar informações sobre sexo seguro para as adolescentes	-Cognitivo: informação sobre sexo, sexualidade, prevenção de doenças, métodos contraceptivos para adolescentes.	Secretaria de Saúde		
	-Político: conseguir do espaço adequado para realização das atividades (palestras, dinâmicas)	Secretaria de educação		
	-Financeiro: para			

	aquisição de recursos audiovisuais, (data show, impressos)				
Organize-se	Financeiro: para preparação dos profissionais e custeio de novos profissionais	Secretário de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto	
Refletir sobre a função de cada profissional dentro da unidade de saúde e procurar delimitar as atribuições de cada membro que contribuam nas ações com as adolescentes	Organizacional: organização da equipe e agenda a fim de adequar o programa ao funcionamento da ESF				
	Político: articulação entre os setores assistenciais de saúde				
Unidos como família – Proporcionar espaço de interação familiar e participação ativa de cada membro na educação dos filhos	Organizacional: para preparar profissionais que atuarão no projeto (psicólogo, assistente social, médico, enfermeira).	Secretário de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto	
	Cognitivo: para o planejamento e reuniões dos grupos que atuarão	Secretaria de Assistência Social			
	Financeiro: para montagem de materiais e folders informativos				

6.9 Nono passo: Cronograma de operacionalização da proposta.

Quadro 3 – Plano operativo do projeto de intervenção

Operações	Responsável	Prazo
-----------	-------------	-------

Sem dúvidas	Equipe de saúde(ESF + NASF)	Dois meses para o início das atividades
	Médico da Unidade Enfermeira e Agentes comunitários de saúde	
Organize-se	Médico/ Enfermeira	Três meses para o início das atividades
Unidos entre família	Médico da Unidade + Enfermeira + Psicólogo + assistente social (NASF)	Início em quatro meses e término em 6 meses

6.10 Décimo passo: Gestão do Plano

Os custos previstos para esta proposta de intervenção serão de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Virgem da Lapa. Será realizada uma reunião juntamente ao gestor para que se possa apresentar o projeto, objetivos, relevância na comunidade e o orçamento necessário.

O acompanhamento do projeto deverá ser feito através de relatos a cada encontro, seguido de discussões em grupos com toda a equipe de saúde da Estratégia saúde da Família (médicos, enfermeira, técnica em enfermagem, agentes comunitários em saúde, odontólogo) e também contando com a participação da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, como psicólogo, assistente social.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando-se que a gravidez na adolescência tem um forte impacto na qualidade de vida das adolescentes causando complicações para a mãe e o futuro filho, gerando grandes e subestimados efeitos para as famílias, é necessário conferir ações efetivas, integradas, sustentáveis, longitudinais e baseadas em evidências para a prevenção e controle da gravidez na adolescência. É preciso grande empenho por parte dos governantes e dos líderes em saúde para superar esse desafio.

Espera-se que este projeto seja implantado e que possa contribuir para o empoderamento sobre sexualidade e métodos contraceptivos dos adolescentes, visando com isso à diminuição da gravidez na adolescência. Para tanto, recomenda-se o enriquecimento da equipe de profissionais no Posto de Saúde e também nas escolas, incluindo psicólogos especializados nesse campo para promover a prática desses conhecimentos adquiridos.

É evidente que apenas o atendimento ginecológico não supre as necessidades das jovens futuras mães. Programas educacionais destinados a pais e adolescentes, com enfoque multidisciplinar, precisam ser realizados e avaliados para assegurar efetivamente a prevenção da gravidez precoce.

Em relação a vida escolar recomenda-se adaptações curriculares em função do conhecimento sobre a gravidez, mediante trabalho individualizado, envolvendo todo o corpo docente e evitando, inclusive, a evasão escolar em função desse acontecimento. Sugere-se a Estratégia de Saúde da Família realizar um acompanhamento mais cuidadoso das adolescentes grávidas, especialmente por esta ser uma gestação de risco.

REFERÊNCIAS

BORDENAVE, J.D.; PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino/aprendizagem**. 24ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002. 312 p.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 2.583 de 10 de outubro de 2007**. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2583-\[2833-120110-SES-T\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2583-[2833-120110-SES-T].pdf)>. Acesso em: 05 mar. 2015.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010

CANOS, M. A. T., FERRIANI, M. G. C., & GOMES, R. **Sexualidade na adolescência**: Um estudo bibliográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(2), 18-24.

CEPAL: **Preocupa alta tasa de embarazo en adolescentes**. Del 26 de mayo al 1 de junio de 2011, La mujer en el mundo, NotiMujer, Publicado en No. 459, www.mujeres.cubaweb.cu/articulo.asp?

CHAVEZ, M. **Embarazo adolescente; problema sin resolver**. Rev. Mujeres, La Habana No 430. del 26 de Mayo al 1 de Junio 2011.

DADORIAN, E. **Abordagem ao aumento significativo da gravidez na adolescência**. Revista Latinoamericana de enfermagem. No16 de 22 de mayo do ano 2003.

EQUIPO DAPHNE. **2ª Encuesta Schering de sexualidad y anticoncepción en la juventud española**. Revisado: 1 de Diciembre del 2009. Disponible en: <http://www.equipodaphne.es/mediosampliada.php?id=52>

FERNANDEZ,L. **Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia**. Rev. Cubana Enfermer v.25 n.1-2 Ciudad de la Habana ene.-jun. 2009

Federación Latinoamericana de sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) **Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe**. Lima, Perú, enero 2011.

GONZALEZ, A. y CASTELLANO, B. **Sexualidad y géneros**. Alternativas para su educación ante los retos del siglo XXI. Editorial Científico-Técnica .La Habana, 2003. ISSN: 1561-3194 Rev. de Ciencias Médicas, febrero 2012; 16(1)

GOLDENBERG, P.; FIGUEIREDO, MCT; SILVA, RS. **Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil**. Cad. Saúde Pública, v.21 n.4, p.1, 1077-1086, julho/agosto 2005

GONÇALVES, M. **Gravidez na adolescência: Enfrentamento na Estratégia de Saúde da Família**. TCC. Universidade de Minas Gerais. Andreia Couto Domingos. 2010.

GUIMARAES, E. A., & WITTER, G. P. (2007). **Gravidez na adolescência: Conhecimentos e prevenção entre jovens**. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 27(2), 167-18

GURUCHARY CA. **Adolescência: Aspectos Psicosociales**. Rev. Soc. Argentina de Ginecol.2005; 1. ISSN: 1561-3194. Rev. de Ciências Médicas, citada em febrero 2012; 16(1).

HENRIQUES, S.; SINGH; WULF. **Fatores que influenciam a gravidez na adolescência**. Disponível em: <http://66.102.1.104/scholar?hl=pt-BR&lr=&q=cachê:kaY5S-xD N Y QJ:www.scielo.br/scielo.php%3Fpid%3DS0101-32621 9980 002000 04% 26scrip %3Dsci_arttext% 26tIng%3Des++fatores +que+influenciam+a+gravidez +na+ adolescência>. Acesso em: 12 set. 2009.

MANDU, Edir Nei Teixeira. **Gravidez na adolescência com antecedentes gestacionais**. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 645-65418 - Sousa, M. C. R., & Gomes, K. R. O. (2009).

Michelle Ribeiro de Assis, Leila Rangel da Silva, Ana ma. Moreira Pinho, Lilia Elaine de Oliveira Moraes, Adriana Lemos. **Gravidez na adolescência e sua relação com a prática de sexo seguro**. Artigo. Rev. Enferm. UFPE online, Recife 7(4): 1073-80, abr, 2013.

RAMOS, Flávia.SOUZA, R.**Conhecimento objetivo e percebido sobre Adolescência: um problema?** Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEN/Governo Federal, 2000.

RODRIGUEZ, A. SAFORA O. **Embarazo en la adolescencia**, Revista Cubana de enfermeria.La Habana.Editorial Científico Técnica,numero 4, abril 2009.

SABROZA, A. R., LEAL, M. C., SOUZA Jr., P. R., & GAMA, S. G. N. (2004). **Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do município do Rio de Janeiro (1999-2001)**. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(sup.1), s130-s137.

SANTOS, P.(2003) **Repercussões da gravidez sobre o corpo humano das adolescentes**. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(sup.1), s151-s157.

SOUZA, M. C. R., & GOMES, K. R. O. (2009). **Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais**. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 645-654.

U.S. **Teenage Pregnancy Statistics: Overall Trends, Trends by Race and Ethnicity and State- by- State Information**. New York, NY: The Alan Guttmacher Institute; January 2010.

