

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

VANESSA MARTINS BARCELOS

**GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA NA ADOLESCÊNCIA, EM SABARÁ –
MINAS GERAIS**

Sabará/ Minas Gerais

2015

Vanessa Martins Barcelos

**GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA NA ADOLESCÊNCIA, EM SABARÁ –
MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Ivana Montandon Soares Aleixo

Sabará/ Minas Gerais

2015

Vanessa Martins Barcelos

**GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA NA ADOLESCÊNCIA, EM SABARÁ –
MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Ivana Montandon Soares Aleixo

Banca Examinadora

Prof^a Ivana Montandon Soares Aleixo (orientadora)

Prof^a _____ UFMG (examinador)

Aprovada em Belo Horizonte _____/_____/_____

AGRADECIMENTO

Gostaria de agradecer a toda equipe da Unidade de Saúde da Família Fátima II – Sabará/MG, que percorreu este trajeto ao meu lado e que tornou a elaboração deste plano de intervenção possível.

RESUMO

A gestação não planejada no período da adolescência apresenta diversas consequências danosas à saúde e futuro do binômio mãe-filho, o que causa impacto na sociedade como um todo. É essencial que as adolescentes tenham acesso à informação e aos métodos contraceptivos e, neste contexto, a ESF assume papel fundamental no vínculo com as adolescentes e divulgação e orientação sobre os métodos disponíveis. O alto número de adolescentes grávidas existentes atualmente na USF Fátima II – Sabará/MG vem gerando a necessidade de intervir nesta incidência. O presente trabalho tem como principal objetivo desenvolver um plano de intervenção e implantação de um programa, a fim de reduzir a incidência de gravidez não planejada na faixa etária da adolescência nesta unidade. Apresentamos uma revisão bibliográfica e análise de evidências científicas sobre o tema e consideramos a abordagem da gravidez na adolescência um desafio, pois suas bases estão enraizadas na cultura da comunidade. Entretanto, é problema importante e que deve ser alvo de medidas no âmbito da saúde, através de ações como planejamento familiar e projetos de conscientização desenvolvidos pela ESF.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Gravidez não Planejada; Planejamento Familiar; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The unplanned pregnancy during adolescence has several harmful consequences to the health and future of mother and child, which impacts on society as a whole. It is essential that adolescents have access to information and contraceptive methods and in this context, the ESF takes key role in connection with the teenagers and disclosure and guidance on available methods. The high number of pregnant adolescents currently at USF Fatima II - Sabara / MG has generated the need to intervene in this incidence. This study aims to develop an action plan and implementation of a program to reduce the incidence of unplanned pregnancy adolescence in this unit. We present a literature review and analysis of scientific evidence on the subject and consider the approach of teenage pregnancy a challenge because its foundations are rooted in the community culture. However, it is important problem that should be acted upon in health, through actions such as family planning and awareness projects developed by the ESF.

Keywords: Women's Health; Unplanned pregnancy; Family Planning; Family Health Strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS: Organização Mundial de Saúde

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PAISM: Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

USF: Unidades de Saúde da Família

DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis

PMDB: Partido do Movimento Democrático Brasileiro

IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

PSF: Programa de Saúde da Família

SUS: Sistema Único de Saúde

ESF: Estratégia em Saúde da Família

DIU: Dispositivo Intra-Uterino

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Pirâmide Etária (IBGE, 2010)

Quadro 2. População do município de Sabará (IBGE, 2010)

Quadro 3. Matrículas por nível, no município de Sabará, Minas Gerais e Brasil (IBGE, 2010)

Quadro 4. População coberta pelo SUS no município de Sabará (SIAB, 2010)

Quadro 5. Apresentação das fontes selecionadas.

Quadro 6. Principais problemas observados na USF Fátima II

Quadro 7. Nós críticos da gravidez na adolescência

Quadro 8. Operações do plano de intervenção

Quadro 9. Recursos essenciais ao plano de intervenção

Quadro 10. Responsável pela ação e prazo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	17
3 OBJETIVOS.....	19
3.1 Objetivo Geral.....	19
3.2 Objetivos Específicos.....	19
4 METODOLOGIA.....	20
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	22
5.1 A gravidez não planejada e suas consequências	
5.2 Métodos contraceptivos	
5.3 Planejamento familiar	
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

A OMS define a adolescência como uma fase do desenvolvimento humano compreendida entre 10 e 19 anos, critério também adotado no Brasil, pelo Ministério da Saúde (2006) e pelo IBGE. Segundo Lima (2012), a “adolescência” é, ainda, um termo geralmente utilizado em um contexto de desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo, sendo determinado por fatores genéticos e ambientais. “Adolescer é uma época rica em manifestações emocionais, caracterizadas pela ambiguidade de papéis (infantil/adulto), pela mudança de valores e por dificuldades frente à busca de independência pela vida” (ALMEIDA, 2007 *apud* MACHADO, 2012).

No Brasil, a população de adolescentes corresponde a 20,8% da população geral, sendo 10% correspondente à faixa de 10 a 14 anos e 10,8% de 15 a 19 anos, com uma população feminina de cerca de 17.491.139 pessoas (IBGE, 2000).

A gravidez na adolescência apresenta proporções significativas. Segundo estatísticas citadas por Manfré (2011), retiradas do “Cadernos da Juventude, Saúde e Desenvolvimento”, do Ministério da Saúde (1999), estima-se que 20 a 25% do total de gestantes no Brasil sejam adolescentes, com uma média de uma adolescente entre cada cinco mulheres grávidas. Estima-se, ainda, que um milhão de adolescentes dá a luz a cada ano, o que corresponde a 20% do total de nascidos vivos, e que haja registro anual do nascimento de mais de 14 milhões de crianças de mães do segmento adolescente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006 *apud* LIMA, 2012).

A gestação não planejada no período da adolescência apresenta diversas consequências danosas à saúde e futuro do binômio mãe-filho, o que causa impacto na sociedade como um todo. A partir de ações propostas pelo Governo, é possível intervir nesta realidade – o PAISM foi elaborado em 1984 e incorporou o planejamento familiar às ações de atenção à saúde da mulher. Esta estratégia possibilita as adolescentes o acesso à informação e aos métodos contraceptivos, o que permite maior poder de escolha e controle de sua fecundidade. Neste contexto, as USF assumem papel fundamental no vínculo com estas adolescentes e divulgação dos métodos disponíveis e conscientização sobre seu uso.

Por ser um evento multifatorial, a gravidez precoce precisa ser analisada em todas as suas dimensões. São necessários programas que tratem de temas como sexualidade, gravidez e prevenção de DST, considerando os aspectos sociais e culturais da comunidade, a fim de que o adolescente possa incluir as informações na sua própria realidade. É importante que sejam utilizados recursos didáticos chamem a atenção dele, além de se discutir os temas de acordo com as demandas apontadas pelos próprios adolescentes, o que os torna agentes ativos no processo de aprendizagem. O reconhecimento da realidade deste grupo, incluindo a visita domiciliar, tem “potência para contribuir na identificação de necessidades de saúde das famílias e, por decorrência, dos adolescentes” (NAVARRO, 2013).

Identificação do município de ação

O município de Sabará está localizado a 25 km de distância da capital Belo Horizonte e faz parte de sua região metropolitana, ocupando uma área de 302,173 km². Localiza-se às margens do Rio das Velhas e faz limites ao norte com Taquaraçu de Minas, a leste com Caeté, ao sul com Raposos e Nova Lima e a oeste com Santa Luzia e Belo Horizonte. A população residente no município consta de 126.269 pessoas (IBGE, 2010). O prefeito atual é Diógenes Gonçalves Fantini, do PMDB, e tomou posse em 1º de janeiro de 2013. A secretária municipal de saúde é a médica Roseli da Costa Oliveira e o coordenador da Atenção Básica é o Frederico Viana.

Sabará tem origem num arraial de bandeirantes que apareceu no fim do século XVII. O povoado cresceu e foi criada a freguesia em 1707, que foi elevada a vila e município em 1711, com o nome de Vila Real de Nossa Senhora da Conceição do Sabará. É cidade desde 1838.

A origem do nome é bastante controversa. Segundo o historiador mineiro Diogo de Vasconcelos, o nome tem a ver com as particularidades geográficas da junção de um rio menor com um rio maior, como ocorre no sítio em que a cidade foi criada, onde o ribeirão Sabará deságua no rio das Velhas.

Sabará é a cidade histórica mineira mais próxima da capital. Uma das características marcantes do lugar é a receptividade de sua gente.

Município que faz parte da região metropolitana de Belo Horizonte, Sabará tem sua economia baseada na indústria siderúrgica e no extrativismo mineral – minério de ferro e ouro, tendo a Companhia Siderúrgica Belgo Mineira com instalações na cidade. O turismo é outro setor da economia da bela Sabará, que atrai muitos visitantes e gera riquezas ao município.

Quanto ao harmonioso conjunto arquitetônico da cidade, várias edificações se destacam: a Matriz de Nossa Senhora da Conceição, com exterior bem simples, em contraste com a riqueza do interior, todo trabalhado em ouro e o teto que é pintado com motivos da ladainha de Nossa Senhora; a Igreja de Nossa Senhora do Carmo, cuja fachada foi talhada pelo Mestre Aleijadinho; a Igreja de Nossa Senhora do Ó, uma construção bem pequena, mas ímpar e com forte influência oriental; e a Igreja do Rosário, que começou a ser construída toda em pedra pelos escravos e tendo sua obra interrompida quando ocorreu a assinatura da Lei Áurea, sendo retomada mais tarde.

Ao visitar Sabará nos meses de outubro e novembro não se pode deixar de ir à saborosa Festa da Jabuticaba, tradição no calendário da cidade. Além disso, o visitante pode apreciar outras festividades como a Semana Santa, a Folia de Reis e a Festa da Padroeira Nossa Senhora da Conceição. Outros eventos também agitam o município ao longo do ano, como a festa da Cachaça, o Festival de Teatro de Palco e Rua e a Festa Junina. O carnaval tem se tornado uma tradição recente em Sabará e esta cidade integra o circuito da folia que atrai muitos turistas.

Aspectos geográficos e socioeconômicos de Sabará

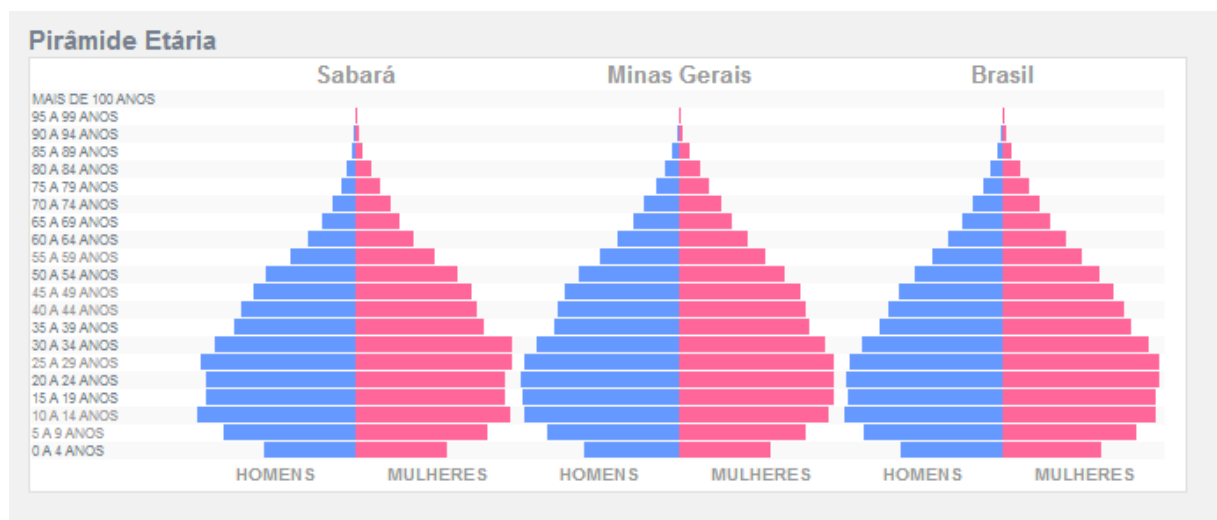
A área da unidade territorial de Sabará é de 302,173 km² e a densidade demográfica é de 417,87hab/km². O número aproximado de domicílios é 41.124 e de famílias é 35.526 (IBGE, 2010).

O IDHM de 2010, segundo Atlas Brasil 2013 Programa Nações Unidas para o Desenvolvimento, é 0,731. A população residente em área urbana é 123.084 pessoas, o que corresponde a cerca de 97,48% da população total. A renda média familiar, per capita, é 680,73 reais na população total; na área urbana corresponde a 679,82 reais e na área rural a 714,20 reais. Sabará tem sua economia baseada na

indústria siderúrgica e no extrativismo mineral – minério de ferro e ouro, tendo a Companhia Siderúrgica Belgo Mineira com instalações na cidade. O turismo é outro setor da economia da bela Sabará, que atrai muitos visitantes e gera riquezas ao município.

O município de Sabará apresenta uma distribuição populacional bastante semelhante ao estado de Minas Gerais e ao Brasil, apresentando maior longevidade e redução da fecundidade (Quadro 1). Consequência disto é a grande concentração populacional na faixa adulto jovem e adulto. Entretanto, o contingente populacional na faixa etária entre 10 e 19 anos é bastante expressiva – cerca de 20% da população sabarense, o que torna evidente a importância da abordagem deste grupo de indivíduos (Quadro 2).

Quadro 1 - Pirâmide Etária (IBGE, 2010)

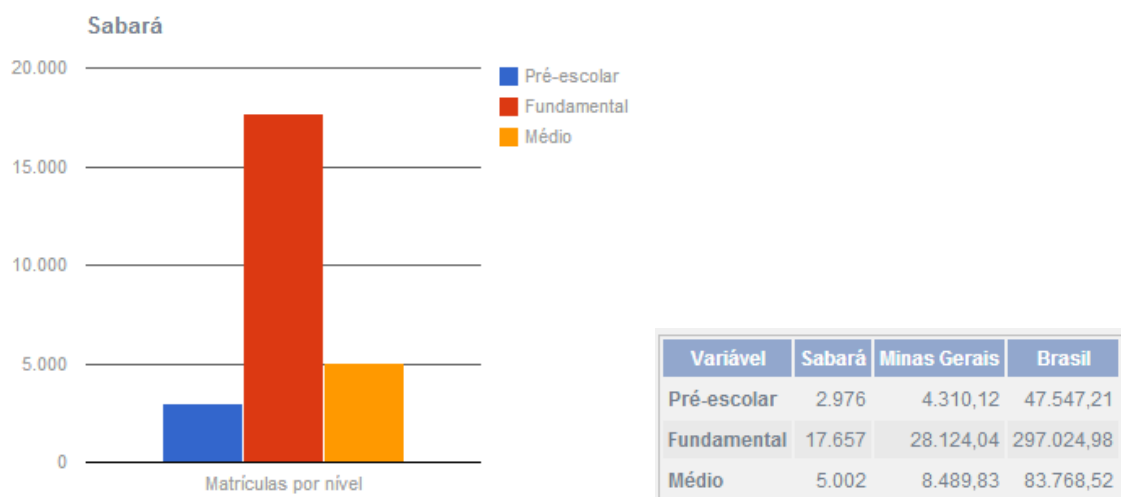


Quadro 2 - População do município de Sabará (IBGE, 2010)

Município: Sabará										
Total da população: 126269										
Nº de indivíduos	<1	1 – 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 39	40 - 59	60 e +	Total
Homens	890	3452	4934	5919	5591	5593	15564	13916	4969	60828
Mulheres	837	3433	4938	5783	5601	5596	16563	15614	7076	65441
Total	1727	6885	9872	11702	11192	11189	32127	29530	12045	126269

A taxa de escolarização é indicador sensível do desenvolvimento socioeconômico de uma população, o que tem relação estrita com a ocorrência de gravidez na adolescência. Segundo Coelho (2012), mulheres de baixa escolaridade e baixa renda familiar, devido à restrição ao acesso à informação e poder de negociação do uso de métodos contraceptivos com seus parceiros, estão mais expostas a uma gestação não planejada. Em Sabará, é possível observar que, apesar da população entre 15 e 19 anos ser, segundo dados do IBGE (2010), de 11192, a matrícula em nível de ensino médio é de 5002, o que corresponde a menos de 45% (Quadro 3). Isto revela que os adolescentes estão, em sua maioria, fora das escolas, o que aumenta a susceptibilidade à doenças sexualmente transmissíveis e a uma gravidez inesperada.

Quadro 3 - Matrículas por nível, no município de Sabará, Minas Gerais e Brasil (IBGE, 2010)



Ao se avaliar a população do município coberta pelo SUS, observa-se um crescimento do modelo de atenção PSF em relação à abrangência populacional (Quadro 4). Apesar de ainda estar em processo de crescimento, concentra-se nas regiões de periferia e, portanto, próximos à população de maior risco. Desta forma, é instrumento fundamental para o desenvolvimento e implementação de ações voltadas à saúde da mulher e da adolescente, contribuindo para reduzir a incidência da gestação não planejada.

Quadro 4 - População coberta pelo SUS no município de Sabará (SIAB, 2010)

Ano	Modelo de Atenção	População coberta ⁽¹⁾	% população coberta pelo programa	Média mensal de visitas por família ⁽²⁾
2004	PACS	3.953	3,1	0,07
	PSF	-	-	-
	Outros	-	-	-
	Total	3.953	3,1	0,07
2005	PACS	4.793	3,6	0,08
	PSF	14.118	10,7	0,10
	Outros	-	-	-
	Total	18.911	14,4	0,09
2006	PACS	5.247	3,9	0,08
	PSF	17.862	13,3	0,09
	Outros	-	-	-
	Total	23.109	17,2	0,09
2007	PACS	5.270	3,8	0,08
	PSF	18.016	13,1	0,09
	Outros	-	-	-
	Total	23.286	17,0	0,09
2008	PACS	-	-	0,11
	PSF	23.169	18,5	0,10
	Outros	-	-	-
	Total	23.169	18,5	0,10
2009	PACS	-	-	-
	PSF	23.557	18,7	0,09
	Outros	-	-	-
	Total	23.557	18,7	0,09

A unidade de saúde Fátima II se localiza na Rua Sacramento, nº 01 - Bairro Nossa Senhora de Fátima, Sabará – MG. A unidade apresenta um acesso dificultado pelo relevo da região em que se localiza, havendo muitos declives em sua proximidade. Funciona de 07hs às 17hrs, de segunda à sexta-feira.

Atualmente trabalham na unidade 16 funcionários: 2 médicos, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem, 5 agentes comunitárias de saúde, 1 farmacêutica, 1 auxiliar farmacêutica, 1 recepcionista e 1 faxineira. O horário de trabalho diverge para os diferentes funcionários; de 07 às 16 horas trabalham 1 médico, 1 auxiliar de enfermagem, 1 agente comunitária de saúde, 1 recepcionista e 1 faxineira. A farmacêutica trabalha de 07 às 13 horas às terças, quintas e sextas-feiras. Os demais funcionários apresentam como jornada de trabalho o horário de 08 às 17horas.

A unidade apresenta um bom espaço físico e consta, hoje, de uma recepção com dois ambientes, uma sala de vacinas, uma farmácia, duas salas para

atendimento médico, uma sala para atendimento da enfermagem, uma sala para ginecologia/obstetrícia e coleta de preventivos, uma sala de curativos, uma sala de observação, uma sala de triagem, uma sala para as agentes comunitárias, a cozinha, banheiros e lavanderia, com um quintal. Atualmente está em reforma e algumas mudanças ocorrerão na disposição destes ambientes.

2 JUSTIFICATIVA

Em Sabará, município em que se localiza a USF em que atuo – Fátima II, vários são os problemas que podem ser identificados quando se faz uma análise de dados. Um dos principais problemas da área de abrangência da minha USF, inclusive que me foi apresentado desde que iniciei minhas atividades nesta unidade, é a alta incidência de gravidez na adolescência, o qual pode ser analisado com base em alguns dados levantados sobre o município.

A análise dos dados permite identificar uma quantidade considerável de adolescentes (indivíduos na faixa etária entre 10 e 19 anos) no município, o que apresenta um impacto importante ao se planejar ações em saúde pública. Além disso, quando se avalia o nível de escolaridade da população, identifica-se baixa taxa de escolarização e de matrículas no nível do ensino médio. A partir destes dados, pode-se identificar uma realidade sociocultural em Sabará que pode ser projetada na comunidade em que se localiza minha USF: grande quantidade de adolescentes fora da escola. Por conseguinte, estes adolescentes iniciam cedo atividades laborativas e, deste modo, responsabilidades familiares, o que influencia o modo que são vistos na sociedade e a posição que ocupam nela. Desta forma, a gestação passa a ser considerada um processo natural para uma adolescente que já abandonou os estudos e tem como responsabilidade cuidar da casa, o que causa impacto na incidência de gestação nesta faixa etária.

O problema da gravidez na adolescência tem bases culturais, o que significa uma difícil abordagem, agravada pelo fato de uma parcela importante destes adolescentes não frequentarem a escola, o que dificulta o acesso à informação sobre sexualidade e contracepção. Além disso, a adolescência é uma fase em que não existe uma preocupação com prevenção e promoção de saúde, o que dificulta atrair este grupo populacional para orientação na USF. Exemplo disso é a baixa adesão por adolescentes às consultas de planejamento familiar realizadas pela enfermeira da unidade, em que se discute métodos contraceptivos, sendo que esta faixa etária deveria ser o principal alvo, uma vez que nela se iniciam as atividades sexuais.

A escolha deste tema deve-se ao fato da autora do trabalho estar inserida em um PSF, onde foi observado grande número de adolescentes grávidas, gerando a necessidade de intervir nesta incidência. O presente estudo se dedica, assim, a criar um instrumento que auxilie na prevenção da gravidez não planejada na adolescência, na comunidade adscrita à USF Fátima II.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de ação que vise reduzir incidência de gravidez não planejada na faixa etária da adolescência na USF Fátima II, Sabará/ Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

- Realizar uma pesquisa bibliográfica e análise de evidências científicas sobre a contribuição do planejamento familiar da ESF na prevenção da gravidez não planejada;
- Criar vínculo com as adolescentes do território adscrito ao PSF através da proposta de intervenção;
- Orientar sobre sexualidade e métodos contraceptivos e conscientizar sobre planejamento familiar, através da proposta de intervenção.

4 METODOLOGIA

Neste estudo elaborou-se uma proposta de intervenção, a partir das informações levantadas na revisão de literatura. A metodologia utilizada é de abordagem qualitativa, descrita, feita por meio de uma revisão de literatura. Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas bases de bancos nacionais da saúde como CAPES, Medline, SciELO. Para busca dos artigos, utilizaram-se os seguintes descritores: ‘gravidez na adolescência’, ‘anticoncepção’, ‘equipe de saúde da família’.

Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português; artigos que retratassem sobre planejamento familiar da ESF na prevenção da gravidez não planejada, que foram indexados nos referidos bancos de dados entre os anos de 2002 a 2014.

Análise dos Resultados

Após o levantamento dos artigos nos bancos de dados foram identificados 13 artigos, no entanto, após a leitura dos mesmos, foram selecionados 11. Todo o material bibliográfico foi analisado e discutido, com o objetivo de descrever sobre a contribuição do planejamento familiar na prevenção da gravidez não planejada, conforme o quadro 5.

Quadro 5 - Apresentação das fontes selecionadas

Autores	Ano	Título	Gênero textual
CAPUTO, V.G.; BORDIN, I. A.	2008	Gravidez na adolescência e uso freqüente de álcool e drogas no contexto familiar.	Artigo
COELHO, E. A. C.; ANDRADE, M. L. S.; VITORIANO, L. V. T.; SOUZA, J. J.; SILVA, D. O.; GUSMÃO, M. E. N.; NASCIMENTO, E. R.; ALMEIDA, M. S.	2012	Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família	Artigo
DATASUS	2014	Sabará - MG	Relatório DTASUS

FERREIRA, R. A.; FERRIANI, M. G. C.; MELLO, D. F.; CARVLHO, I. P.; CANO, M. A.; OLIVEIRA, L. A.	2012	Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência	Artigo
GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C.	2002	Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda	Artigo
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE	2014	Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais	Relatório IBGE
Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP	2011	Estatísticas do IDEB 2011	Relatório INEP
LIMA, A. S.; OLIVEIRA, M. F. A.	2012	Anticoncepção e Gravidez na Adolescência: Elaboração de um vídeo para os adolescentes	Artigo
MACHADO, A. A.; ALVES, F. A.	2012	Gravidez na adolescência na perspectiva do cuidado humanizado em centro de saúde	Artigo
MANFRÉ, C. C.; QUEIRÓZ, S. G.; MATTHES, A. C. S.	2011	Considerações atuais sobre gravidez na adolescência	Artigo
Ministério da Saúde	1996	Lei nº 9.263	Legislação
Ministério da Saúde	2014	Portal da Saúde	Texto explicativo
NAGAHAMA, E. E. I.	2009	Avaliação da implantação de serviços de saúde reprodutiva no Município de Maringá, Paraná, Brasil	Artigo
NAVARRO, D. G. G.	2013	Gravidez na adolescência na estratégia saúde da família: um estudo das práticas	Tese Mestrado
Prefeitura de Sabará	2014	Histórico do município	Texto expositivo
SOUZA, A. X. A.; NÓBREGA, S. M.; COUTINHO, M. P. L.	2012	Representações sociais de adolescentes grávidas sobre a gravidez na adolescência	Artigo
YAZLLE, M. E. H. D.	2006	Gravidez na adolescência	Artigo

Fonte: autora

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 A gravidez não planejada e suas consequências

De acordo com Souza *et al* (2012), “a gravidez na adolescência se constitui como tema atual, cuja existência não pode ser ignorada, por possuir fortes implicações morais, físicas, emocionais e psicossociais”. Devido às suas consequências, pode ser considerada como um problema social e de saúde pública. Entretanto, a gravidez pode ser bem tolerada pelas adolescentes, desde que elas recebam assistência pré-natal adequada durante todo o período gestacional (LAO, 1997 *apud* YAZLLE, 2006), além de boa alimentação, cuidados higiênicos necessários e apoio emocional.

Desta forma, a gestação na adolescência não se constitui como um problema em si, mas é danosa por se associar, com frequência, a um contexto de vulnerabilidade social e ser, muitas vezes, indesejada e de forma desestruturada.

De acordo com Ferreira (2012), a gravidez na adolescência é considerada problema de saúde pública a partir da década de 70, pelo o aumento proporcional da fecundidade em mulheres com menos de 19 anos de idade. No período entre 1965 a 2006, a fecundidade geral reduzir aproximadamente de 6,0 para 1,8 filhos por mulher. “Ao contrário da fecundidade geral, a fecundidade adolescente aumentou sua participação relativa, no mesmo período, passando de 7,1%, em 1970, para 23%, em 2006” (BRASIL, 2008 *apud* FERREIRA, 2012).

Observa-se, porém, redução nas taxas de gestação na adolescência a partir de 2009, relacionada ao aumento do grau de escolaridade, à ampliação do mercado de trabalho para as mulheres e às campanhas em relação ao uso de preservativos. Entretanto, este processo “não ocorre de maneira uniforme, mas apresenta desigualdades, de acordo com o desenvolvimento social do território, sendo menor nas classes sociais mais excluídas” (BRASIL, 2008 *apud* FERREIRA, 2012).

De acordo com Yazlle (2006), é importante conhecer os fatores predisponentes da gravidez na adolescência, a fim de se criar estratégias para sua prevenção. Alguns destes fatores predisponentes são: baixa auto-estima, dificuldade escolar, abuso de álcool e drogas – o “uso frequente de drogas ilícitas por familiar

residente no domicílio é um fator fortemente associado à gravidez na adolescência, independentemente dos demais” (CAPUTO, 2008).

Além destes, podem ser citados a baixa escolaridade paterna, comunicação familiar escassa, conflitos familiares, violência física, psicológica e sexual e rejeição familiar pela atividade sexual. Tem sido ainda referidos: separação dos pais, amigas grávidas na adolescência, mães que engravidaram na adolescência, falta de informação, falta de acesso a serviços específicos para atender essa faixa etária, o início cada vez mais precoce de experiências sexuais e a insegurança do adolescente em utilizar métodos contraceptivos.

O desenvolvimento psicológico ocorre após o orgânico, o que pode conduzir a adolescente à maturidade reprodutiva, sem ainda ter amadurecimento emocional para administrar o próprio corpo e lidar com a sua sexualidade, como defendido por Manfré (2011). Tal fato pode resultar em comportamentos de risco, tanto para gravidez quanto para a contaminação por doenças sexualmente transmissíveis (DST), principalmente se faltar educação sexual de qualidade - seja pela dificuldade de abordagem do assunto no núcleo familiar, seja pela ausência de programas educativos em escolas e serviços de saúde. Neste contexto, a iniciação sexual precoce desprotegida tem sido mencionada como uma das causas de gravidez não desejada, pois as transformações vivenciadas pelos adolescentes fazem com que vivam intensamente, e sem responsabilidade, sua sexualidade.

A escolaridade está bastante associada à incidência da gravidez nessa faixa etária.

“[...] Boa parte dessa população vive na periferia, integrando famílias de baixa renda e de baixa escolaridade, fator que reflete nas possibilidades de inserção dos jovens no mercado de trabalho e no acesso a bens e serviços. Muitas vezes adolescentes e jovens são convocados a assumir prematuramente responsabilidades para as quais não estão preparados.” (CAVASIN et al, 2010 apud FERREIRA, 2012, p.318)

A análise desta realidade evidencia que a vulnerabilidade social integra a gestação na adolescência e, como citado por Ferreira (2012), inclui mães com

menos de oito anos de estudo e sem ocupação ou com ocupação que exige apenas o nível fundamental, os quais coincidem com os fatores que permeiam a morbimortalidade infantil.

A gravidez neste momento da vida pode acrescentar pesada carga biopsossocial em um indivíduo em desenvolvimento e maturação. Pode ser associada à maior morbimortalidade materno-fetal, chance de os filhos adoecerem, sofrerem acidentes e de apresentarem baixo rendimento escolar, como defendido por Machado (2012). Associa, segundo Manfré (2011), a início tardio do pré-natal e número de consultas abaixo do recomendado, além de “prematuridade, baixo peso ao nascer e maior incidência de pré-eclâmpsia” (MANFRÉ, 2011). Outras complicações citadas pelo autor são o abortamento, anemia, distócias de parto e hipertensão arterial específica da gravidez. Repercute, ainda, a fatores como menor escolaridade materna, maior tendência à construção de famílias numerosas e de separações. “Gestantes adolescentes também mostram maior frequência de hábitos de fumo e drogas ilícitas na gestação” (GAMA *et al*, 2002).

A maternidade precoce pode dificultar o desenvolvimento educacional e social da adolescente e, como resultado, “observa-se uma taxa maior de evasão escolar, desajustes familiares e dificuldade de inserção no mercado de trabalho” (MANFRÉ, 2011). Cerca de “53% das adolescentes que engravidam completam o segundo grau, enquanto que, entre as adolescentes que não engravidam, essa cifra corresponde a 95%” (BLUM, 1998 *apud* YAZLLE, 2006). Esses dados revelam as possíveis repercussões psicossociais geradas pela gestação nesta faixa etária, pois “torna difícil a profissionalização e ingresso na população economicamente ativa, com agravamento das condições de vida de pessoas já em situação econômica desfavorável” (UPCHURCH, 1990; STEVENS-SIMON, 1995; PHIPPS, 2003 *apud* YAZLLE, 2006). É importante considerar que estratégias de prevenção da gestação nesta faixa etária devem incluir a averiguação dos fatores que influenciam no abandono escolar: pressão da família, vergonha devido à gravidez, rejeição da própria escola e achar que não existe mais necessidade de continuar a vida escolar. Como discute Lima (2012), os sistemas convencionais de ensino não apresentam, ainda, estrutura adequada para acolher uma adolescente grávida, o que pode contribuir com a interrupção da escolarização.

Ainda de acordo com Manfré (2011), a gravidez precoce e não planejada pode resultar em sobrecarga psíquica e emocional para o desenvolvimento da adolescente, o que contribui para alterações no seu projeto de vida futura. Associa, ainda, a “risco aumentado de ideação suicida durante a gestação e pós-parto, paralelamente a uma grande incidência de depressão e percepção negativa da rede de apoio social” (VASQUEZ, 1997 *apud* MANFRÉ, 2011). Entre adolescentes que apresentam ideação suicida, a “maioria é constituída de adolescentes solteiras e que contam com pouco apoio social, independentemente da idade gestacional” (MONTEIRO, 2007 *apud* MANFRÉ, 2011). Também é possível observar a “desestruturação pessoal e familiar, a adoção e o abandono do bebê” (SOUSA, 2009 *apud* MANFRÉ, 2011).

A gravidez no período da adolescência demanda, portanto, atenção e intervenção por parte do governo, sociedade, profissionais da educação e da saúde. É importante considerar sobre as “questões associadas à gravidez precoce e não planejada, destacando-se entre elas a sexualidade dos adolescentes e a educação sexual, o uso de métodos contraceptivos, as doenças sexualmente transmissíveis e o abandono escolar” (SOUZA, 2012).

A falta de um ambiente acolhedor nos lares de muitos adolescentes, associada à ausência de serviços de saúde que tenham programas específicos para atender à demanda dos adolescentes, faz com que eles procurem obter informações em fontes nem sempre corretas, como revistas e amigos. Esta ideia é defendida por Manfré (2011), que completa que a atenção à saúde da adolescente deve ser responsabilidade dos profissionais de saúde, pois a falta de conhecimento sobre anticoncepção, anatomia e sexualidade invariavelmente implica em gravidez não programada.

O cuidado ao adolescente deve “ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor e classe social” (FONSECA & BORTOLI, 2009 *apud* MACHADO, 2012)). O autor Machado (2012), citando Vasconcelos (1999), expõe que “a Educação em Saúde é o campo de práticas e de conhecimentos do setor da saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação, o pensar e o fazer cotidiano da população.” O cuidado em saúde prescinde de aspectos não-

técnicos (humanos, éticos, organizacionais, sociais, econômicos, culturais, políticos), “constituindo-se em espaços de escuta, diálogo e relação ética e dialógica” (SANTOS, 2012 *apud* MACHADO, 2012, p.80). Assim, não se pode desconsiderar a Educação em Saúde quando abordamos o adolescente, o que requer a aproximação entre usuários e profissionais e o desenvolvimento do vínculo durante estas interações.

É necessário evitar incorporar atitudes de julgamento e reprovação durante a abordagem aos adolescentes, sendo indispensável que os profissionais de saúde se capacitem e criem espaços acolhedores, que possibilitem a reflexão e discussão dos temas, para uma abordagem humanizada na atenção aos adolescentes.

Por conseguinte, a atuação dos profissionais de saúde frente à gravidez na adolescência não se trata de apenas ensinar sobre os métodos contraceptivos, mas de “assumir a prática educativa sistemática de orientação e, principalmente, reflexão sobre a sexualidade, com ética, inclusão social e respeito à diversidade. Talvez seja este o caminho para construir conhecimento, cidadania e mudança social” (MACHADO, 2012, p.81).

5.2 Métodos contraceptivos

Segundo Manfré (2011), a avaliação do conhecimento sobre anticoncepcionais hormonais, entre adolescentes que já ficaram grávidas, mostrou que aproximadamente 98% das adolescentes apresentaram baixo conhecimento tanto objetivo (aquilo que o indivíduo realmente sabe a respeito) quanto percebido (relação de confiança da pessoa com o conhecimento que julga ter).

Em contraponto, Lima (2012), desenvolveu um estudo em que foram aplicados questionários às adolescentes a fim de se reconhecer quais os métodos contraceptivos que elas conhecem. Cerca de 80% relatou conhecer a camisinha; 64,7%, a pílula anticoncepcional; 19,6%, o DIU; 7,8%, o diafragma; 7,8%, a tabelinha e 11,7% não conhecem nenhum método contraceptivo. Segundo o autor do estudo, a maioria das adolescentes grávidas conhece ou já ouviu falar de métodos contraceptivos, sendo a pílula anticoncepcional e a camisinha os mais conhecidos. Ainda que reconheçam os métodos contraceptivos, resultados desta

pesquisa e de outros estudos revelam que a maioria das adolescentes não faz uso dos métodos contraceptivos (BRANDÃO & HEILBORN, 2006 *apud* SOUZA, 2012).

O trabalho de um estudo citado por Lima (2012) revela que as adolescentes não usam os métodos adequadamente, porque não acreditam na possibilidade de engravidar, acham os contraceptivos difíceis de serem obtidos, incômodos, antinaturais, perigosos - principalmente a pílula “que *vai engordar*” e por medo dos pais descobrirem o anticoncepcional e das represálias (ARCANJO *et al.*, 2007 *apud* LIMA, 2012).

Desta forma, evidencia-se a necessidade de abordar os métodos contraceptivos com os adolescentes, mas que esta ação isolada e puramente biológica pode não ter o efeito de prevenção desejado. “O simples conhecimento sobre contracepção não garante que a prevenção seja promovida e aponta questionamentos sobre a qualidade dos programas voltados para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes” (SOUZA, 2012, p.589).

O Ministério da Saúde financia e realiza, atualmente, a distribuição dos medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher. Segundo a Portaria nº 1555, de 30 de julho de 2013 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014), são disponibilizados pelo governo o acetato de medroxiprogesterona 150mg/ml (injetável trimestral), enantato de noretisterona 50mg + valerato de estradiol 5mg (injetável mensal), etinilestradiol 0,03mg + levonorgestrel 0,15mg (pílula combinada), levonorgestrel 0,75mg (pílula de emergência), misoprostol 25mcg e 200mcg, noretisterona 0,35mg (mini-pílula), anéis medidores de diafragma + diafragma, dispositivo intra-uterino e preservativos (masculino e feminino).

5.3 Planejamento familiar

É fundamental reconhecer que, socialmente, “a gravidez representa realização, saúde e maturidade para a mulher e, nos ambientes nos quais há poucas possibilidades de atingir esse reconhecimento por outras vias, a maternidade pode ser uma saída para as adolescentes” (MANFRÉ, 2011). A percepção da falta de alternativas educacionais, profissionais e afetivas é, muitas vezes, um fator motivador para a maternidade precoce, pois esta pode ser compreendida como

alternativa para conseguir estabilidade com o parceiro ou independência de seus pais, por exemplo. Neste contexto, como defendido por Machado (2012), mais da metade das adolescentes engravidam por outras causas, e não pelo desejo da maternidade em si. São fatores incentivadores o desejo de não perderem o namorado, de saírem da casa dos pais devido a um clima familiar desfavorável; a fim de encontrar nos cuidados com o filho um objetivo para a vida. Em um estudo citado por Machado (2012), “mais da metade (53%) das adolescentes atribuiu o desejo de engravidar como única motivação para a gestação na adolescência, como uma consequência normal de um relacionamento que se estende” (BARRETO *et al*, 2011 *apud* MACHADO, 2012).

Segundo Manfré (2011), o grande número de uniões consensuais em consequência da gravidez precoce demonstra que existe pressão social para que a adolescente e seu parceiro formalizem uma união, mesmo sem ter uma independência financeira. Assim, eles passam a morar com as famílias de origem, originando vários núcleos familiares num mesmo espaço físico, onde dividem a renda e a organização familiar. Este fato impacta economicamente estas famílias, com a perpetuação da desvantagem social. Além disso, ao assumir o papel de mãe e dona de casa, as adolescentes distanciam ainda mais dos estudos e de sua inserção no mercado de trabalho, perpetuando a dependência financeira dos pais ou passando a depender do companheiro.

É importante, portanto, promover ações educativas e preventivas para a garantia de acesso destas adolescentes às informações, como os meios e técnicas disponíveis para a regulação da fertilidade, como impõe a Lei n.9263, de 12 de janeiro de 1996, a qual regulamenta o Planejamento Familiar. Esta lei estabelece, ainda, que o planejamento familiar é direito de todo cidadão e que é parte integrante do programa de atenção integral à saúde.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A gravidez não planejada na adolescência é um dos grandes problemas vivenciados pela equipe de saúde da família da USF Fátima II, o que repercute na qualidade de vida de toda a população adscrita à unidade. A intervenção sobre esta incidência é prioridade, uma vez que acarreta impacto biopsicossocial na adolescente e toda a comunidade que a cerca.

Outros problemas também são observados na unidade (Quadro 6). O envelhecimento populacional, no município de Sabará, acarreta aumento da necessidade de assistência domiciliar a grande parte dos usuários, o que dificulta o trabalho da equipe que tem que dividir seu tempo com ações na unidade e nos domicílios. Além disso, o sumiço dos documentos dos pacientes dentro do centro de saúde merece destaque como uma deficiência no processo de trabalho da equipe, alertando para a necessidade de mudanças quanto à organização destes papéis.

Quadro 6 - Principais problemas observados na USF Fátima II

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Gravidez não-planejada na adolescência	Alta	5	Parcial	1
Necessidade alta de visita domiciliar	Alta	5	Parcial	2
Relevo da USF	Média	4	Fora	4
Falta às consultas programas	Média	3	Parcial	3
Sumiço dos documentos	Alta	5	Dentro	2
Uso abusivo de BZD	Média	4	Parcial	2

Fonte: autora

Ao se analisar o problema da gestação não planejada na faixa etária entre 10 e 19 anos, pode-se concluir a existência de alguns nós críticos que acarretam em aumento da incidência desta taxa e, portanto, devem ser muito bem conhecidos para se intervir com efetividade (Quadro 7). O baixo conhecimento sobre a sexualidade é um dos principais problemas que levam a uma gestação precoce e não planejada, uma vez que muitos adolescentes ainda não são maduros para conciliar sua sexualidade e a responsabilidade pelas consequências de seus atos. É fundamental que este tema seja abordado pela equipe, sempre livre de preconceitos e

juízos de valores, a fim de criar intimidade entre profissionais de saúde e adolescentes e permitir a estes que exponham suas principais dúvidas e anseios. Outro nó crítico que deve ser abordado como prioridade, pelo fato de dificultar a abordagem ao adolescente, é o acolhimento deficiente a este grupo. A unidade, atualmente, não apresenta nenhum programa ou grupo para os adolescentes e estes procuram à unidade apenas sob livre demanda, quando apresentam doenças. Mudar esta realidade é elemento chave para se alcançar os objetivos deste plano de ação.

Quadro 7 - Nós críticos da gravidez na adolescência

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Baixo conhecimento da sexualidade	Orientar sobre a sexualidade	Adolescentes melhor informados sobre sua sexualidade	Palestras em escola Folhetos distribuídos Cartazes fixados em escolas e USF	Financeiro: para recursos audiovisuais, cartazes, folhetos Organizacional: para as palestras Cognitivo: informação de especialistas no assunto e equipe do PSF Político: conseguir o local, mobilização social, intersetorial com a rede
Baixa adesão aos métodos contraceptivos	Conscientizar sobre a importância dos métodos, DST's e planejamento familiar	Maior adesão aos métodos, de forma consciente	Grupos operativos Cartazes em USF	Financeiro: para recursos audiovisuais, cartazes, folhetos, manequins Organizacional: para os grupos Cognitivo: informação da equipe do PSF, conhecimento sobre estratégias de comunicação Político: mobilização social, intersetorial com a rede
Acolhimento deficiente nas	Melhorar o acolhimento dos	Aumentar o comparecimento	Espaço na agenda reservado para	Financeiro:

USF's	adolescentes nas unidades	dos adolescentes à unidade, não somente por agravos agudos	adolescentes	cartazes, folhetos Organizacional: para as consultas Político: mobilização social
-------	---------------------------	------------------------------------------------------------	--------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: autora

A abordagem da gestação na adolescência será feita através de quatro metodologias: palestras em escolas, fixação de cartazes em escolas e unidades de saúde e distribuição de folhetos aos alunos e usuários dos centros de saúde, elaboração de grupo operativo cujo público alvo serão jovens de 12 a 19 anos (melhor aceitação pela comunidade) e disponibilização de horário da agenda dos profissionais de saúde (médico e enfermeiro) para atendimentos aos adolescentes que demonstrarem interesse em conversar com mais privacidade (Quadro 8).

Quadro 8 - Operações do plano de intervenção

Operação/Projeto	
Palestras	Político: articulação intersetorial (espaço nas escolas) Cognitivo: trazer especialistas para ministrar
Cartazes/Folhetos	Financeiro: financiamento dos cartazes e folhetos
Grupo operativo	Político: mobilização social, intersetorial com a rede Financeiro: recursos necessários para manequins, vídeos, distribuição de preservativos
Acolhimento dos adolescentes	Organizacional: espaço na agenda para acolhimento

Fonte: autora

A realização destas ações depende de recursos políticos, financeiros, cognitivos e organizacionais. A equipe de saúde não é autônoma e depende, desta forma, do apoio das Secretarias de Educação e Saúde, além do Conselho Municipal (Quadro 9). Por isso, integra o plano de ação a apresentação deste trabalho a estes órgãos, a fim de elucidar a importância do tema e o impacto que esta intervenção acarreta na saúde da mulher e de toda a comunidade. Esta apresentação é a base inicial para o projeto e será realizado, principalmente, pela enfermeira, uma vez que esta possui maior contato com os gestores. A atribuição das tarefas referentes a esta etapa inicial do plano de intervenção e os prazos em que se espera que possam ser concluídos são apresentados no quadro 10.

Quadro 9 - Recursos essenciais ao plano de intervenção

Operações/Projetos	Recursos Críticos	Ator que controla	Motivação	Ações estratégicas
Palestras nas escolas	Político	Secretaria da	Indiferente	Apresentar o

	Cognitivo	Educação, Direção das escolas Secretaria de Saúde	Indiferente	projeto Apresentar o projeto
Cartazes/Folhetos	Financeiro	Secretaria de Saúde, Fundo Nacional de Saúde	Indiferente	Apresentar o projeto
Grupos Operativos	Político Financeiro	Associação de moradores, Secretaria de Saúde Secretaria de Saúde, Fundo Nacional de Saúde	Indiferente Indiferente	Apresentar o projeto Apresentar o projeto
Acolhimento na USF	Organizacional	Equipe de PSF da USF	Favorável	Não é necessária

Fonte: autora

Quadro 10 - Responsável pela ação e prazo

Operações	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Palestras nas escolas	Apresentar o projeto	Enfermeira/ médica	Até 3 meses para apresentar projeto e até 6 meses para iniciar projeto
Cartazes/folhetos	Apresentar o projeto	Enfermeira	Até 3 meses para apresentar projeto e até 6 meses para inicia-lo
Grupo Operativo	Apresentar o projeto	Enfermeira/ médica/ auxiliar de enfermagem do conselho municipal de saúde/ ACS	Até 2 meses para apresentar projeto e até 4 meses para inicia-lo
Acolhimento na USF		ACS	Início em 4 meses

Fonte: autora

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo envolveu compreender e desenvolver ações que possam atuar diretamente em um plano de intervenção, visando reduzir ou minimizar a incidência de gravidez não planejada na faixa etária da adolescência na Unidade de Saúde da Família – USF Fátima II, Sabará/ Minas Gerais. Ao fim deste, constatou-se que a gravidez não planejada tem como consequências diversos fatores que colocam em risco tanto a mulher como o bebê, destacando-se os problemas socioeconômicos, as doenças sexualmente transmissíveis, o nascimento prematuro do bebê, mortalidade neonatal, aborto, depressão pós-parto, desestruturação do vínculo mãe-bebê, dentre outros.

A abordagem da gravidez na adolescência é um desafio, porque suas bases estão enraizadas na cultura da comunidade. Contudo, representa um problema importante e que deve ser alvo de ações no âmbito da saúde, pois influencia sobremaneira a qualidade de vida de toda a população.

Nesta direção, o planejamento familiar é considerado um mecanismo eficiente de conscientização da reprodução feminina, pois beneficia a prevenção da gravidez não planejada, oportunizando o bem-estar psicossocial e, desta maneira, apresenta importante impacto na saúde da mulher e da criança.

Destaca-se, portanto, a importância da ESF para a realização de ações que priorizem o Programa de Saúde da Família, onde foi observado grande número de adolescentes grávidas, gerando a necessidade de intervir nesta incidência. Conclui-se que é de suma relevância a formação e capacitação do profissional da ESF para o desenvolvimento de um planejamento familiar adequado, proporcionando, desta forma, uma assistência de qualidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE.

Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. 2014.

Disponível em:

<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=315670&search=|in|in|fogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em 18 maio. 2014.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS

ANÍSIO TEIXEIRA. INEP – **Estatísticas do IDEB 2011**. Disponível em:

<<http://portal.inep.gov.br/web/portal-ideb/planilhas-para-download>>. Acesso em 18 maio. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Texto explicativo – Portal da Saúde. 2014.

Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/1058-sctie-raiz/daf-raiz/componente-basico-da-assistencia-farmaceutica/l4-componente-basico-da-assistencia-farmaceutica/15078-saude-da-mulher>>. Acesso em 02 dez. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 9.263**, de 12 de janeiro de 1996. Brasília, 15 jan 1996. Seção 1, p. 1-3 Disponível em: <

<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/plajlei9263.htm>>. Acesso em 02 dez. 2014.

CAPUTO, V.G.; BORDIN, I. A. Gravidez na adolescência e uso freqüente de álcool e drogas no contexto familiar. **Rev Saúde Pública**. 2008;42(3):402-10.

COELHO, E. A. C.; ANDRADE, M. L. S.; VITORIANO, L. V. T.; SOUZA, J. J.; SILVA, D. O.; GUSMÃO, M. E. N.; NASCIMENTO, E. R.; ALMEIDA, M. S. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paul. Enferm**. São Paulo , v. 25, n. 3, p. 415-422, 2012.

DATASUS. Disponível em: <<http://ftp.datasus.gov.br>>. Acesso em 18 maio. 2014.

FERREIRA, R. A.; FERRIANI, M. G. C.; MELLO, D. F.; CARVLHO, I. P.; CANO, M. A.; OLIVEIRA, L. A. Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p.313, 2012.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, p.153-61, 2002.

LIMA, A. S.; OLIVEIRA, M. F. A. Anticoncepção e Gravidez na Adolescência: Elaboração de um vídeo para os adolescentes. **Revista Práxis**, v. 0, n.8, 2012.

MACHADO, A. A.; ALVES, F. A. Gravidez na adolescência na perspectiva do cuidado humanizado em centro de saúde. **Revista Práxis**, v. 0, n. 7, 2012.

MANFRÉ, C. C.; QUEIRÓZ, S. G.; MATTHES, A. C. S. Considerações atuais sobre gravidez na adolescência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 5, n. 17, p.48, 2011.

NAGAHAMA, E. E. I. Avaliação da implantação de serviços de saúde reprodutiva no Município de Maringá, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s279-s290, 2009.

NAVARRO, D. G. G. **Gravidez na adolescência na estratégia saúde da família: um estudo das práticas**. 2013. Tese de Mestrado. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-11092013-093311/>>. Acesso em 18 maio. 2014.

Prefeitura de Sabará. Disponível em: <http://sabara.mg.gov.br/site_pms/sabara>. Acesso em 18 maio. 2014.

SOUZA, A. X. A.; NÓBREGA, S. M.; COUTINHO, M. P. L. Representações sociais de adolescentes grávidas sobre a gravidez na adolescência. **Psicologia e Sociedade**, v. 24, n.3, p.588, 2012.

YAZLLE, M. E. H. D. Gravidez na adolescência. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 8, p. 443, 2006.