

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

NANCY MARIA RODRIGUEZ SANCHEZ

**IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NÃO
PLANEJADA E DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SÃO PEDRO, MUNICÍPIO
JEQUITINHONHA/MINAS GERAIS**

**PEDRA AZUL/ MINAS GERAIS
2016**

NANCY MARIA RODRIGUEZ SANCHEZ

**IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NÃO
PLANEJADA E DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SÃO PEDRO, MUNICÍPIO
JEQUITINHONHA/MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Ivana Montandon Soares
Aleixo

**PEDRA AZUL/ MINAS GERAIS
2016**

NANCY MARIA RODRIGUEZ SANCHEZ

**IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NÃO
PLANEJADA E DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SÃO PEDRO, MUNICÍPIO
JEQUITINHONHA/MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Ivana Montandon Soares Aleixo - Orientadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 16 de Fevereiro de 2016

Dedicatória

Para minhas filhas Nancy Maria e Nathaly.

Para minha mãe.

Para o povo Brasileiro.

Agradecimentos

Agradeço à minha família por ser minha fonte de inspiração.

Agradeço à professora Dra. Ivana Montandon Soares Aleixo que com sua exigência me ajudou na realização deste projeto.

A meus colegas médicos deste município Jequitinhonha, minha gratidão por confiar em mim.

Meu agradecimento a todos os trabalhadores da minha equipe de saúde que assumiram este projeto com altas doses de dinamismo, energia e criatividade; incansáveis e protagonistas desta experiência, uma apreciação sincera e profunda por dar seu tempo para trazer as pessoas, famílias, instituições e comunidades para asáudeeafastá-las da doença.

Aos trabalhadores do Centro Estadístico da Secretaria Municipal de Saúde que me aportaram todos os dados para este projeto.

Por último, e por isso não é menos importante, obrigada ao “Programa Mais Médicos” por dar-me o privilégio de contribuir com a saúde do povo Brasileiro.

A arte da medicina consiste em distrair o
paciente enquanto a natureza cuida da doença.

Voltaire.
França
1694//1778

RESUMO

No Brasil, a gravidez na adolescência é causa frequente de complicações médicas, sobretudo em áreas rurais, como na comunidade de São Pedro de Jequitinhonha Minas Gerais. Depois de realizado um diagnóstico situacional de saúde, identificou-se este problema, como a principal dificuldade de saúde que afeta esta comunidade, sendo que as ações de promoção e prevenção de saúde realizadas pela equipe de saúde são insuficientes. O objetivo deste estudo foi elaborar uma proposta de intervenção com vista à redução da alta taxa de gravidez na adolescência na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família São Pedro, município de Jequitinhonha-MG. Os fatores de riscos encontrados foram a falta de educação em saúde e, o baixo nível de escolaridade. Elaborou-se um projeto de intervenção onde se planejou aumentar o nível de conhecimento da população sobre educação sexual, a adequação da oferta de consulta à demanda agendada e a priorização da linha de cuidado para mulheres adolescentes. Esperamos que a partir do estudo possamos compreender um pouco mais sobre a complexidade o tema; consideramos a abordagem da gravidez na adolescência um desafio, refletindo sobre ações e estratégias que possa minimizar esse problema para uma melhor qualidade de vida desta população.

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

ABSTRACT

In Brazil, pregnancy in adolescence is a common cause of medical complications especially in rural areas, and the community of San Pedro de Minas Gerais Jequitinhonha. After undertaking a situational diagnosis of health, this problem has been identified as the main health problem affecting this community, and the promotion and prevention salute performed by the health team are insufficient. The objective of this study was to prepare a proposal for intervention to reduce the high rate of pregnancy in adolescence in the area covered by the Family Health Strategy of St. Peter, municipality of Jequitinhonha, Minas Gerais. The risk factors were the lack of health education, low educational level. It developed an intervention project which is planned to increase the population's level of knowledge about sexual education, the adequacy of consultation supply and demand and scheduled prioritizing care line for adolescent women. We expect from the study can understand more about the complexity of the issue and consider the approach of teenage pregnancy challenging, reflecting on actions and strategies that can minimize this problem for a better quality of life in this population.

Keywords: Women's Health; Unplanned pregnancy; Family planning; Health strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

TCA - Taxa de Crescimento Anual

TM - Taxa de Mortalidade

TN - Taxa de Natalidade

LISTA DE TABELA E QUADROS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Tratamento da água nos domicílios de Jequitinhonha/MG – 2012 - 2013..... | 14 |
| Quadro 1: Classificação das prioridades para os problemas de saúde identificados no PSF São Pedro | 25 |
| Quadro2: Desenho das operações. | 27 |
| Quadro 3: Operação /projetos..... | 29 |
| Quadro 4: Viabilidade do plano. | 30 |
| Quadro 5: Plano operativo..... | 31 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 2 JUSTIFICATIVA..... | 18 |
| 3 OBJETIVOS..... | 19 |
| 3.1 Objetivo geral..... | 19 |
| 3.1 Objetivos específicos | 19 |
| 4. METODOLOGIA..... | 20 |
| 5. REVISÃO DE LITERATURA..... | 21 |
| 5.1 A gravidez não planejada e suas consequências..... | 21 |
| 5.2 Métodos contraceptivos..... | 22 |
| 5.3 Planejamento familiar..... | 23 |
| 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO..... | 24 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 33 |
| REFERÊNCIAS..... | 34 |

1. INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência tem sérias implicações biológicas, familiares, emocionais e econômicas, além das jurídico-sociais, que atingem o indivíduo isoladamente e a sociedade como um todo, limitando ou mesmo adiando as possibilidades de desenvolvimento e engajamento dessas jovens na sociedade. Devido às repercussões sobre a mãe e sobre o conceito é considerada gestação de alto risco pela Organização Mundial da Saúde (OMS 1977, 1978), porém, atualmente postula-se que o risco seja mais social do que biológico. No Brasil, onde não há controle de natalidade e onde o planejamento familiar e a educação sexual ainda são assuntos pouco discutidos, a gravidez acaba tornando-se, muitas vezes, um problema social grave de ser resolvido. É o caso da gravidez na adolescência (BEHLE, 1991).

Denomina-se gravidez na adolescência a gestação ocorrida em jovens na faixa etária até 21 anos que se encontram, portanto, em pleno desenvolvimento dessa fase da vida – a adolescência. Esse tipo de gravidez em geral não foi planejada, nem desejada e acontece em meio a relacionamentos sem estabilidade. No Brasil os números são alarmantes (CABRERA, 1995).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, conduzida em 2006, mostrou uma relação inversa entre o nível de escolaridade e a ocorrência de gravidez na adolescência que declinou de 40,7% entre as adolescentes não letradas para praticamente zero entre as que tinham 12 ou mais anos de estudo (BRASIL, 2008 *apud* HOGA BORGES; REBERTE, 2010, p 152)

É sabido que a gravidez adolescência pode acontecer com maior frequência nos grupos mais empobrecidos, não se pode negar que o fenômeno acontece em todos os estratos populacionais, porém suas implicações podem ser mais negativas para adolescentes cuja inserção social restringe o acesso a bens materiais e imateriais. Ainda que a ocorrência de uma gravidez na adolescência já tenha sido considerada um evento comum e até mesmo esperado em décadas passadas, atualmente, é concebido como problema de saúde pública, o que tem mobilizado tanto a

sociedade civil como os trabalhadores e pesquisadores da área da saúde a conhecer as causas de sua ocorrência (CHALLEM, 2007).

Segundo Hoga, Borges, Reberte, (2010, p 152) as razões que levam uma adolescente a engravidar sejam bem exploradas pelos pesquisadores e mídia, em geral, pouco se sabe sobre o que pensam os membros da família da adolescente que engravida a respeito das razões deste acontecimento. Pressupõe-se que a família reage de modo especial diante deste fenômeno, não apenas porque vivencia íntima no momento em que ocorre a gravidez com um de seus membros adolescentes, mas também porque colabora na trajetória das pessoas envolvidas. Neste estudo, considerou-se gravidez na adolescência precisa ser conhecida para possibilitar o desenvolvimento de ações específicas, pois é crucial que os profissionais estabeleçam relação entre as necessidades que emanam do contexto social, da família e da própria adolescente grávida e a assistência a ser prestada (FROTA, MARCOPITO, 2004).

O município de Jequitinhonha

O município de Jequitinhonha, com uma área geográfica de 3.514,216 km², situa-se no nordeste do Estado de Minas Gerais e está inserido na região denominada "Vale do Jequitinhonha", precisamente no Baixo Jequitinhonha, onde participa, juntamente com outros municípios, da Associação dos Municípios do Baixo Jequitinhonha, com uma população total estimada para 2014 é de 25.260 habitantes, com densidade demográfica em torno de 6,87 hab./ Km² (IBGE, 2014).

O topônimo Jequitinhonha, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014) significa rio largo, cheio de peixes na linguagem indígena Machacalis ou Pataxós, seus primeiros habitantes, sendo que muitos destes foram exterminados pelas doenças ou invasores que lhes tomaram as terras.

O Povoado que deu origem a atual cidade de Jequitinhonha foi fundada em 29 de setembro de 1811 pelo Alferes Julião Fernandes Leão, que recebera ordem, emanada da Coroa em 1804, no sentido de guarnecer o Rio Jequitinhonha que se supunha ser diamantífero. Inicialmente foram construídas 2 casas, sendo uma no lugar denominado Roda e outra no centro do Povoado, e instaladas as primeiras fazendas de criação e as primeiras lavouras, nas quais se empregavam processos rotineiros e instrumentos primitivos de trabalho. A localização da cidade se prendeu a razões de segurança militar e à circunstância de ali se achar a barra do rio São Miguel, cujo percurso dava fácil acesso ao local em que foram encontrados índios que poderiam ser catequizados (IBGE, 2014,sp).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010 era de 0,615. O valor do rendimento nominal mediano mensal *per capita* dos domicílios particulares permanentes na área rural é de 204,00 reais e na área urbana de 326,00 reais, sendo que a proporção de moradores abaixo da linha de pobreza está abaixo de R\$ 67,00 reais. 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 percapita até R\$ 140,00 (IBGE, 2014; DATASUS/SIAB, 2014).

Em suas atividades econômicas, destacam-se, principalmente, o comércio, a agricultura, a fruticultura, dando ênfase ao plantio de banana e a pecuária.

A água não é em todos os domicílios, o que pode ser observado na tabela 1.

Tabela 1 - Tratamento da água nos domicílios de Jequitinhonha - MG, 2012-2013.

| Tratamento de água do domicílio | Área urbana | Área rural |
|---------------------------------|----------------|-------------------|
| Filtrada | 4, 711—94,69% | 1, 496---- 92,06% |
| Fervura | 37 ----- 0,34% | 9---- 0,55% |
| Cloração | 1 ----- 0,2% | 4---- 0,25% |
| Sem tratamento | 246----4,94% | 136--- 7,14% |

Fonte: DATASUS/SIAB/Censo Demográfico, 2014.

No que se refere à educação, a Taxa de Escolarização (TE) é = $2487 / 3924 = 0.6337$, sendo que de 7 a 14 anos na escola em área rural são 831 crianças (78.10%) e em área urbana temos 2279 pessoas (93.67%). De 15 anos e mais alfabetizados em área rural, encontramos 3077 (73.09%) e em área urbana há 10347 (80.63%) (DATASUS/SIAB, 2014).

Jequitinhonha possui 09 escolas na rede estadual e 37 na rede municipal, sendo 35 destas na zona rural atendendo alunos do ensino fundamental e 13 escolas de ensino infantil e creches. Possui uma biblioteca pública municipal.

O município conta também com um aeroporto, quatro agências bancárias, campo de futebol iluminado, três hotéis, assistência técnica em aparelhos eletrônicos, loja de materiais de construção e marmoraria com grande quantidade de mármore e granitos, três clubes de lazer, parque de exposição, quadra poliesportiva, correios,

junta militar, escolas públicas e particulares, Jornal Informativo Jequitinhonha, Rádio Santa Cruz, o Instituto Educacional de Jequitinhonha, Instituto Pirâmide, a Associação Comercial de Jequitinhonha (ACAJE), o Sindicato dos Trabalhadores e Produtores Rurais.

O Vale do Jequitinhonha tem alto potencial energético, solo fértil e grandes plantações de eucalipto. Produz frutas, principalmente bananas, em abundância, uma vez que conta com alta tecnologia de irrigação. Um grupo de fruticultores criou a Associação dos Produtores de Fruticultura Irrigada de Jequitinhonha que comercializa os seus produtos para grandes centros consumidores do Rio de Janeiro, Salvador, Porto Alegre, Belo Horizonte, dentre outras cidades. Conta também com a produção do coco anão, mangas, cachaça (aguardente de cana), mel de abelhas e outras além do setor pecuário bastante desenvolvido.

Para incrementar o progresso e recuperar a economia do município, a Associação dos Produtores de Fruticultura Irrigada de Jequitinhonha montou, com recursos próprios, o maior polo de irrigação privado do estado de Minas Gerais, gerando mais de quatrocentos empregos diretos e mil empregos indiretos. Afora essas condições, a cidade de Jequitinhonha, especialmente, possui um rico casario edificado no início do século vinte, que se caracteriza por um conjunto arquitetônico eclético de rara beleza e esplêndida harmonia. No território do município, nas imediações do Povoado do Caju encontra-se ainda inexplorado um rico sítio rupestre. Recentemente grande parte do território do município, situado na margem esquerda do Rio Jequitinhonha foi declarada pelo Governo Federal como área de utilidade pública para fins de implantação da Reserva Florestal da Mata Escura, intocado pedaço da Mata Atlântica, com mais de 50 000 hectares. Essa reserva abriga uma rica fauna e se constitui na segunda concentração de floresta de pau-brasil ainda existente no País (MONTEIRO, 2011, sp.).

Sistema de Saúde do município

A Estratégia Saúde da Família (ESF), introduzida no Brasil em 1997, foi implantada no município com oito equipes no município e uma cobertura de 100% (BRASIL, 1997). Cada equipe é composta por pelo menos um médico, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem e quatro a doze agentes comunitários de saúde; cada equipe conta com um cirurgião dentista e um técnico em saúde bucal.

O município conta com 23 médicos e 32 enfermeiros, vinculados à ESF, com carga horária semanal de 40 horas e os médicos de plantão fazem 16 horas por semana.

A cidade tem oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas nas áreas urbanas e rurais. Fornecem atendimento básico em diferentes especialidades como pediatria, ginecologia, urologia, neurologia, oftalmologia, endocrinologia, entre outros centros, também apoiam nas áreas rurais à realização de vacinação, citologia vaginal. Cada centro tem um total de 21 trabalhadores, integrando: um médico, um dentista, três enfermeiras, três auxiliares de enfermagem, três funcionários de serviços gerais e um técnico em saúde bucal; os agentes comunitários de saúde variam dependendo das comunidades que atende cada USB.

Há uma UBS localizada no centro da comunidade com acesso a toda a população, funcionando durante a semana, no horário normal de trabalho. A cidade tem um sistema médico de emergência em hospital municipal, conta com uma ambulância do Sistema de Atenção de Urgência Médica (SAMU) e quatro ambulâncias da Prefeitura disponíveis para situações de emergência em nosso município.

O sistema de transporte é distribuído a todas as áreas rurais há um carro disponível para o transporte de pacientes em casos de emergência, uma rede de transporte interno para atividades programadas pela cidade, dois ônibus para o encaminhamento de pacientes em hospitais ou instituições terciárias.

Quanto à rede de média complexidade, possui o Centro Viva Vida de Referência Secundária (CVVRS), Centro de HIPERDIA, Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS); rede urgência e emergência Hospitalar Nível IV, uma USB. Alta Complexidade conta com a rede hospitalar do município de Teófilo Otoni e o Serviço de Hemodiálise em Itaobim- MG. Outros recursos da comunidade, incluindo área de saúde são os hospitais, clínicas, laboratórios, como o Hospital São Miguel de Jequitinhonha, um hospital com atendimento médico e odontológico e algumas clínicas particulares.

Diagnóstico situacional de saúde

A estratégia de saúde da família de São Pedro está localizada na área rural com 3.778 habitantes, em torno de 700 famílias e funcionando durante a semana, no horário normal de trabalho. A população tem um nível de alfabetização regular, sendo que 3.778 pacientes tem idade de trabalhar. Os principais postos de trabalho

estão fora da comunidade, na cidade de Jequitinhonha segundo a fonte de informação: estatística municipal / SIAB.

A população de São Pedro quase não tem mudanças na dinâmica familiar, quase todas as pessoas têm baixos ingressos econômicos e pouco nível de escolaridade. As condições de construção das casas são precárias. Algumas não têm banheiro, não têm água tratada e utilizam da água do rio Jequitinhonha para suas necessidades. Tem colheita de resíduos sólidos pelo carro de lixo três vezes por semana.

A população vive da colheita do milho, feijão, mandioca e árvores frutíferas. Fazem pão e derivados em sua casa com farinha de mandioca e outros alimentos que compram.

A comunidade está situada em São Pedro de Jequitinhonha, tem uma escola, um posto médico, três igrejas católica, evangélica e testemunha de Jeová. Tem eletricidade, água, telefonia fixa, correio e internet.

O ESF está formado por 15 trabalhadores. Uma médica uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, uma cirurgiã dentista, uma assistente odontológica, uma recepcionista uma técnica em fisioterapia e um auxiliar de limpeza.

De acordo com os registros da nossa área de abrangência em 2013, foram identificados, quanto às doenças crônicas não transmissíveis, 906 pacientes com hipertensão arterial sistêmica, 234 com diabetes *mellitus*. As principais causas de internação no ano de 2013 foram: grávidas a término ou com doenças descompensadas, descompensações estas causadas pela diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, neoplasia em fase terminal e doenças respiratórias complicadas. Principais causas de óbitos foram: acidentes de trânsito e cânceres terminais. A cobertura vacinal da população menor de cinco anos é de um 100 %. (Fonte de informação: estatística municipal / SIAB)

2. JUSTIFICATIVA

A equipe de saúde PSF São Pedro de Jequitinhonha realizou levantamento e diagnóstico dos principais problemas, sendo priorizado o aumento dos casos de gravidez na adolescência no município Jequitinhonha.

No município do Vale do Jequitinhonha temos 5.934 mulheres em idade fértil, destas 157 são gestantes das quais 49 são adolescentes correspondentes a um valor 31,21% da população (Fonte: estatística municipal/ SIAB).

Na ESF São Pedro há 1.110 mulheres em idade fértil entre 15 e 49 anos, sendo no total 20, e deste total 11 gestantes são adolescentes para um 55% correspondente a um valor 31,21% da população adolescente (Fonte de informação: estatística municipal / SIAB).

“Esta condição de saúde é passível de intervenções, sendo possível a realização de ações de promoção, prevenção, buscando a redução dos riscos e complicações nos casos presentes“(SOLIS, 2015, p19).

A equipe após análise da situação levantada considerou que no nível local apresenta recursos humanos e materiais para realização do Projeto de Intervenção, considerando o projeto viável na atenção prevenção da gravidez não planejada.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um Projeto de Intervenção com vistas à redução da incidência da gravidez em adolescentes, na equipe de saúde da família do município Jequitinhonha, 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 e identificar fatores de risco associados com a alta incidência da gravidez na adolescência.

- * Realizar uma caracterização geral da comunidade abrangência com vista à redução da gravidez na adolescência através do plano de intervenção.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema.

Vamos realizar o Plano de Intervenção seguindo passos para culminar com a realização de um Plano de Ação. A seleção foi feita a partir da análise de determinados critérios. Na UBS no município Jequitinhonha, a equipe identificou vários problemas e o problema aumento dos casos de gravidez na adolescência e foi selecionado como prioridade 1. Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa foi à descrição do problema selecionado.

Para descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe a traves das diferentes fontes de obtenção dos dados. Foram selecionados indicadores da frequência de alguns dos problemas relacionados aos mesmos, além disso, da ação da equipe frente a esse problema e também indicadores. “Cabe aqui ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.61).

Antes, porém, fez-se pesquisa bibliográfica narrativa para maior conhecimento e sustentação científica das ações propostas. A busca do material bibliográfico se processou na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores: gravidez na adolescência, anticoncepção, equipe de saúde da família.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 A gravidez não planejada

A época de ser adolescente é rica em manifestações emocionais, caracterizadas pela ambiguidade de papéis, pela alteração de valores e por controvérsias na busca pela vida independente. Os adolescentes representam de 20 a 30% da população mundial, e no Brasil estima-se que essa proporção seja de 25% (BEZERRA, COLLI, CAVALCANTI, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a gravidez na adolescência como uma gestação de alto risco devido a repercussões sobre a mãe e ao recém-nascido (RN), além de acarretar problemas sociais e biológicos (COSTA; SENA; DIAS, 2011).

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

“A gravidez na adolescência se constitui como tema atual, cuja existência não pode ser ignorada, por possuir fortes implicações morais, físicas, emocionais e psicossociais”(SOUZA, NOBREGA E COUTINHO, 2012, p.588). 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.

A gravidez não planejada pode trazer uma carga emocional, psíquica, e social para a via em desenvolvimento da adolescente, contribuindo para alterações no seu projeto futuro de vida. “A instabilidade econômica contribui para uma reação em cadeia. Primeiro a adolescente abandona os estudos para desempenhar outras responsabilidades decorrentes do novo papel que assume, o de mãe” (MANFRÉ, QUEIRÓZ, MATTHES, 2010,P 52). Assim, a baixa escolaridade e grau de instrução precário levam à dificuldade de introdução no mercado de trabalho, bem como causam comprometimento da estabilidade conjugal e do estado de saúde da

adolescente e de seu filho, especialmente na ausência do suporte da família (PARAGUASSÚ *et al*,2005).

A barreira psicossocial sem dúvida é um impedimento na relação dos adolescentes com o sistema de saúde e é representada pela dificuldade deles em conversar sobre sexualidade com profissionais do sexo oposto. Geralmente as adolescentes grávidas preferem ser atendidas por profissionais do mesmo sexo e esse aspecto deve ser levado em consideração pela equipe de saúde (CARVACHO; SILVA; MELLO, 2008).

5.2 Métodos contraceptivos

O uso de métodos contraceptivos regulamente é um fator que contribui para estruturação do sistema de planejamento familiar; muitas vezes, o método contraceptivo pode estar disponível, mas o adolescente não sabe como usá-lo corretamente (SANTOS JÚNIOR, 1999). Para TAKIUTI (1998), ao nível consciente a adolescente pode até citar vantagens e desvantagens de cada método, mas por falta de maturidade emocional, pelo sentimento de culpa em relação a sua sexualidade ativa e por uma série de imagens que produzem medo nas adolescentes (faz mal à saúde, engorda, produz câncer, deixa estéril), a utilização de muitos métodos contraceptivos se torna complicada, ameaçando a disposição para assumir qualquer um que seja.

A utilização inadequada de métodos contraceptivos, a orientação inadequada, a precocidade da atividade sexual, juntamente com a desinformação sobre sexualidade tem elevado o crescimento da gravidez na adolescência. É importante que as pessoas que lidam com adolescentes tenham sensibilidade para perceber o adolescente em sua totalidade física e psicológica respeitando seus preconceitos e suas origens (PONTE JUNIOR, 2004).

A contracepção na adolescência é um trabalho complexo que exige abordagem conjunta: orientação e assistência; interligação dos setores da sociedade (educação, saúde, família). A orientação deve-se iniciar em idades cada vez mais precoces, tendo como objetivo atuar no comportamento sexual dos adolescentes. Todos os médicos que lidam com adolescentes devem ser conscientizados de que sua participação é essencial para um eficaz trabalho de prevenção da gravidez na adolescência. Diante deste quadro os profissionais da área ligados aos adolescentes

devem estar capacitados a orientá-los em relação a temas relacionados com sexualidade e aos métodos contraceptivos, assim como prescrever esses métodos.

Ainda é importante conversar, perguntar, compreender a própria sexualidade e a do parceiro sexual; investir em comunicar corretamente e educar para o desenvolvimento de responsabilidade e respeito entre os parceiros e entre os adolescentes e os profissionais do sistema de saúde. Construir uma relação saudável que envolva os diversos aspectos do que consideram como: amor, afeto, tesão ou sexo é também tomar decisões conjuntas e dividir responsabilidades, escolhendo o método contraceptivo mais adequado para a proteção de si mesmo e do parceiro, e assim poder expressar com tranquilidade novas emoções e sensações, mas, além de tudo, preservar a vida e evitar uma gravidez não planejada (BRASIL, 2002).

5.3 Planejamento familiar

A ampliação do acesso de mulheres e homens à informação e aos métodos contraceptivos é uma das ações imprescindíveis para que possamos garantir o exercício dos direitos reprodutivos no país. Para que isto se efetive, é preciso manter a oferta de métodos anticoncepcionais na rede pública de saúde e contar com profissionais capacitados para auxiliar a mulher a fazer sua opção contraceptiva em cada momento da vida. Os profissionais de saúde devem empenhar-se em bem informar aos usuários para que conheçam todas as alternativas de anticoncepção e possam participar ativamente da escolha do método. Considerando que a AIDS vem se tornando uma das principais causas de morte entre mulheres jovens, é fundamental que se estimule a prática da dupla proteção, ou seja, a prevenção simultânea das doenças sexualmente transmissíveis (DST), inclusive a infecção pelo HIV/AIDS e a gravidez indesejada. Isso pode se traduzir no uso dos preservativos masculino e feminino ou na opção de utilizá-los em associação a outro método anticoncepcional da preferência do indivíduo ou casal. As atividades clínicas devem ser realizadas levando-se em conta que todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde deve ser utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação da sua saúde (BRASILIA-DF, 2002).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Inicialmente nos demos à tarefa de estudar o método de Estimativa rápida para obter de forma, mais simplificada os problemas existentes na área de abrangência da equipe de saúde e priorizá-los e dar-lhe solução oportuna. O método constitui-se importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo, sendo um método de coleta e análise de informações que subsidiam a elaboração de um plano de ações(CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Primeiro Passo: Identificação dos problemas:

Para obter os dados e identificar os problemas utilizamos as três fontes principais de coleta do método estimativa rápida.

1-Observação ativa na área.

2-Entrevistas.

3-Registros.

(1) Desenvolvida com o próprio trabalho no PSF tanto do médico, da equipe de enfermagem, como os ACS, que tanto conhecem a população pertencente ao município incluindo as zonas rurais.

(2) Para isso escolhemos informantes chave dentro das comunidades como aqueles ativos dentro das comunidades que gostam conhecer tudo, falar de todos os temas, alfabetizados, que trabalhem na prefeitura e nas secretarias.Também donas de casas, aposentados e pessoas que trabalham em as diferentes áreas do município, líderes comunitários, religiosos, trabalhadores das escolas, comerciantes lideranças informais. Utilizou-se questionário curto elaborado pela própria equipe de saúde.

(3) Utilizamos os prontuários médicos, plano de saúde municipal, feito recentemente, diagnóstico de saúde anterior ou travessia de saúde, e demais registros existentes na UBS, assim como registros dos hospitais.

Fizemos um cronograma de trabalho, realizamos um roteiro com a organização adequada. Com ajuda dos registros de informações os principais problemas que são os seguintes:

1-Aumento de casos de gravidez na adolescência.

2- Incremento dos casos de doenças não transmissíveis como HAS e Diabetes.

3- Incrementos das demandas do atendimento dos pacientes por diferentes doenças.

Segundo Passo: Priorização dos Problemas:

Para fazer esta etapa utilizamos critérios como: importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento, segundo Campos, Faria e Santos (2010)

Utilizamos este roteiro para dar valor ou pontuação aos problemas, exemplo:

-Atribuindo valor “alto, médio ou baixo” para a importância do problema.

-Distribuindo pontos conforme sua urgência.

- Definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto.
- Numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios.

Apresentamos no quadro 1 a classificação de prioridades observadas na ESF para os problemas de saúde identificados no PSF São Pedro, 2014.

Quadro 1: Classificação das prioridades para os problemas de saúde identificados no ESF São Pedro, 2014.

| Principais Problemas | Importância | Urgência | Capacidade de enfrentamento | Seleção |
|--|--------------------|-----------------|------------------------------------|----------------|
| Aumento de os casos de gravidez na adolescência | Alta | 8 | Parcial | 1 |
| Incrementos das demandas do atendimento dos pacientes por diferentes doenças | Alta | 7 | Parcial | 2 |
| Incremento dos casos de doenças não transmissíveis como HTA Diabetes | Alta | 7 | Parcial | 3 |

Fonte: autora

Depois de estabelecer a ordem de prioridade ficaram assim os problemas:

Prioridade1- Aumento dos casos de gravidez na adolescência.

Prioridade 2-Incremento das demandas do atendimento dos pacientes.

Prioridade 3-Incremento dos casos de doenças não transmissível como HTA e Diabetes.

Terceiro Passo: Descrição do Problema:

Aumento dos casos de gravidez na adolescência.

A adolescência , segundo Silva e Tonete (2006, p.199), citando Hercowitz (2002), é: a fase de transição entre a infância e a idade adulta, quando o desenvolvimento da sexualidade reveste-se de fundamental importância para o crescimento do indivíduo em direção à sua identidade adulta, determinando sua autoestima, relações afetivas e inserção na estrutura social.

O principal aspecto que nos levou a priorizar o problema o aumento dos casos de gravidez na adolescência, foi a dificuldade dos trabalhadores de saúde para enfrentar este problema; apesar de serem qualificados não temos uma abordagem estruturada para a realização das atividades de prevenção e promoção na área rural, nem tempo entre a realização de consultas de demanda espontânea e visitas domiciliares pela alta demanda de pacientes no EPS.

Quarto Passo: Explicação do problema:

A equipe acredita que este fato acontece em Jequitinhonha, um município que tem uma estrutura econômica, social e cultural, tem baixo nível de escolarização e poucas possibilidades de emprego, e por tanto não satisfazem suas necessidades básicas e sua expectativa de vida é frustrante, unidos a um baixo nível de informação por parte do paciente, a estrutura dos serviços de saúde que não ajudam unindo a pouco poder de gestão das políticas públicas da administração municipal. Além disso, as ações de promoção e prevenção de saúde realizada são insuficientes, a consequência do trabalho dirigido ao atendimento de demanda espontânea pela carga assistencial deste tipo de atendimento, motivado por equipe de saúde com população maior que a estabelecida para o programa provocado por que a estrutura passada pelo Ministério de Saúde para esta unidade básica é de só uma equipe. Tudo isto constitui um círculo vicioso, segundo os dados da estatística municipal / SIAB no município de Jequitinhonha temos 5.934 mulheres em idade fértil, destas 157 são gestantes, das quais 49 são adolescentes para um valor total de 31,21% da população específica.

Quinto passo: Identificação dos nós críticos:

- Nível de informação.
- Estrutura dos serviços de saúde.
- Processo de trabalho da equipe de Saúde da família é inadequado.
- Pobres opções de lazer e divertimento.

Sexto passo Desenho das operações:

Em este passo é importante:

1-Descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como nos críticos.

2-Identificar os produtos e resultados para cada operação definida.

3-Identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

Apresentamos quadro 2 com os desenhos das operações sugeridas:

Quadro 2: Desenho das operações.

| Nó crítico | Operação/ Projeto | Resultados esperados | Produtos | Recursos necessários |
|---------------------------------|---|---|---|--|
| Nível de informação | Saiba mais sobre gravidez na adolescência | População mais informada sobre Gravidez na adolescência (50%). | Programa de informação a população | Cognitivo: Conhecimentos sobre estratégias de comunicação Organizacional: Organizar agenda Político: conseguir o espaço de difusão por automóvel falante. Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos. |
| Estrutura dos serviços de saúde | Projeto melhor cuidado | Garantia das consultas especializadas e conselho para adolescentes e suas famílias (70%). | Capacitação de Pessoal Consultas especializadas Compra de medicamento | Políticos: Decisão de recursos para estruturar o serviço Financeiros: Garantir os recursos para a pesquisa Cognitivo: Elaboração da adequação. |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <p>Processo de trabalho da equipe de Saúde da família inadequado para enfrentar o problema</p> | <p>Linha de cuidado Projeto: A anticoncepção adequada</p> | <p>Cobertura de 100% das famílias com adolescentes tanto homem como mulheres.</p> <p>A equipe será capaz de orientar as adolescentes</p> | <p>Linha de cuidado para suspeita de adolescentes com vida sexual ativa.</p> <p>Protocolos implantados Recursos humanos capacitados Gestão de linha de cuidado</p> <p>Palestras e cursos de capacitação</p> | <p>Cognitivo: Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos Político; Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Organizational Adequação de fluxos (referência e contra referências).</p> |
| <p>Pobres opções de lazer e divertimento</p> | <p>Realizar atividades educativas e culturais com grupo de adolescente.</p> | <p>Participação de todos os integrantes do grupo de adolescente.</p> | <p>Atividades culturais. Atividades educativas.</p> | <p>Político: articulação entre os setores da saúde e adesão das profissionais mobilizações sociais, Inter setorial com a rede.</p> <p>Financeiros: recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos) vídeos, distribuição de preservativos.</p> |

Sétimo passo Identificação dos recursos críticos de cada operação.

Neste passo apontamos os recursos para o enfretoamento dos nós críticos apresentados através das operações e projetos

Descritores: Gravidez, adolescência, Equipe do PSF.

Recursos humanos: Os médicos, enfermeiro, ACSs, pessoas da escola, líderes formais e informais.

Recursos materiais: utensílios de limpeza, banners, flyers, folhetos educativos, material audiovisual, computador com PowerPoint, lâminas ilustrativas, quadro, vídeos, maquetas, flipchart, data show, local para desenvolver atividades de promoção, conhecimento e habilidades do pessoal.

Quadro 3 apresenta a operações:

Quadro 3 Operações /projetos

| | |
|---|--|
| <p>Saiba mais de gravidez na adolescência. Referente ao nível de informação</p> | <p>Político- conseguir o espaço de difusão por automóvel falante. Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos. Informações sobre o tema</p> |
| <p>Contribuímos com seu melhor cuidado Referente a estrutura dos serviços de saúde</p> | <p>Político– decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiros: Garantir os recursos para a pesquisa.</p> |
| <p>Linha de cuidado Referente ao trabalho da equipe de Saúde da família</p> | <p>Político– decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.</p> |
| <p>Grupo operativo Referente ao trabalho da equipe de Saúde da família e as opções de lazer e divertimento</p> | <p>Político– articulação entre os setores da saúde e adesão das profissionais mobilizações sociais, Inter setorial com a rede. Financeiros – recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos) vídeos, distribuição de preservativos.</p> |

Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano

Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente foram identificadas três variáveis fundamentais, segundo Campos, Faria e Santos (2010, p.70-71):

- Quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano.

- Quais recursos cada um desses atores controla.
- Qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano.

Identificamos os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados.

O quadro 4 apresenta a viabilidade do plano.

Quadro 4: Viabilidade do plano.

| Operação/Projeto | Recursos críticos | Controle dos recursos críticos | | Ação estratégica |
|---|---|--------------------------------|-----------|--|
| | | Ator que controla | Motivação | |
| Saiba mais de gravidez na adolescência. | Político- conseguir espaço na divulgação local. | Setor de comunicação social | Favorável | Avaliação e apresentação do projeto Apoio das associações |
| | Financeiro- para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos. | Secretário de Saúde | | Apresentar projeto Apoio das associações |
| Contribuímos com seu melhor cuidado Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado | Político- decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço Financeiros- recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e consultas especializadas). | Perfeito municipal | Favorável | Apresentar projeto |
| | | Secretário Municipal de Saúde | Favorável | |
| | | Fundo Nacional de Saúde | Favorável | |
| Linha de cuidado | Político- articulação entre os setores assistenciais da saúde | Secretário Municipal de Saúde | Favorável | |

Nono passo: Elaboração do plano operativo

Na elaboração do plano operativo é necessário designar os responsáveis pelas operações e ações estratégicas e estabelecer os prazos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Ele tem como objetivos principais:

designar os responsáveis por cada operação; e
definir os prazos para execução das operações.

Quadro 5 apresenta o plano operativo.

Quadro 5: Plano operativo

| Operações | Resultados | Ações estratégicas | Responsável | Prazo |
|---|--|---|----------------------|---|
| Saiba mais de gravidez na adolescência. | População mais informada sobre gravidez na adolescência (50%). | Realização de Palestras de risco de gravidez na adolescência em cada micro área. Reprodução de Material audiovisual de gravidez na adolescência, seus riscos, métodos anticoncepcionais na sala de espera do EPF. | Enfermeira do ESF | Quatro Meses após a apresentação do projeto |
| Contribuímos com seu melhor cuidado | Adequação da oferta de consulta à demanda (70%). | Definir os protocolos de atendimento de famílias com adolescente Atenção pré-natal especializada a adolescentes grávidas até termino de gravidez. | Médico do ESF | Três Meses após a apresentação do projeto |
| Linha de cuidado | Cobertura de consultas na USF e coordenação da avaliação por | Linha de cuidado para adolescentes com suspeita de vida sexual ativa. | Médico ginecologista | Três Meses após a apresentação do projeto |

| | | | | |
|--|---|------------------------------|--|--|
| | especialistas dos 100% de pacientes com suspeita de gravidez na adolescência. | Recursos humanos capacitados | | |
|--|---|------------------------------|--|--|

Décimo passo: Elaboração da Gestão do plano

Esta etapa tem como objetivos, segundo Campos, Faria e Santos (2010, p.75):

“1-Desenhar um modelo de gestão do plano de ação.

2-Discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos”.

Esse momento é crucial para o êxito do processo de planejamento. Isto porque não basta contar com um plano de ação bem formulado e com garantia de disponibilidade dos recursos demandados. É preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.75).

Realizaremos uma avaliação da execução do plano de ação para verificar o êxito do processo, dando um prazo médio para seu cumprimento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho foi realizado com o objetivo de contribuir para uma reflexão sobre como desenvolver meu plano de intervenção com ações que possam atuar diretamente sobre o problema, visando reduzir ou minimizar a incidência de gravidez não planejada na faixa etária da adolescência.

Ao desenvolver um plano de ação para prevenir e/ou minimizar a gravidez na adolescência, 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 grandes problemas econômicos, as doenças sexualmente transmissíveis, o nascimento prematuro do bebê, mortalidade neonatal aborto, depressão pós-parto, desestruturação do vínculo mãe-bebê, dentre outros.

Consideramos positiva a vontade de uma equipe de saúde em trabalhar para reduzir o número de adolescentes que concorrem à gravidez, em ao menos 5%. Acreditamos que temos muito labor educativo, prevenção e promoção de saúde por fazer no PSF.

Nesta direção promover o uso dos métodos anticoncepcionais com incremento do trabalho educativo na população adolescente, melhorar a identidade familiar, diminuir o abandono escolar, aumentar conhecimento sobre a gravidez na adolescência, melhorar abordagem religiosa; e diminuir a permanência de menores em locais de risco em horários de risco, são aspectos fundamentais e preocupações constantes. Incluem-se também entre esses aspectos: diminuição do consumo de drogas sexualmente indutoras, diminuição de parceiros e de relações sexuais, oportunizando o bem-estar físico, psíquico e social tendo. Desta maneira, espera-se possibilitar importante impacto na saúde da mulher e da criança.

Destaca-se, portanto a gravidez na adolescência 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.

Conclui-se que é de suma relevância da ESF para a realização de ações que priorizem o Programa de Saúde da Família, proporcionando, desta forma, uma assistência de qualidade.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ARAÚJO FPO. Situação sociodemográfica e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de adolescentes, Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva.** , v.10, n.2, p.373-80, 2005.

BARREIRO A, O.G. Gravidez na adolescência: seus entornos, suas peculiaridades e o ponto de vista da adolescente. **Rev Bras Med Fam Com.** 2005; 1(3): 60- 71.

BEHLE, I. **Reflexões sobre fatores de riscos na prevenção primária da gestação na adolescência.** In: Maakaroun, M. F.; Souza, R. P.; Cruz, A. R. Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro, Cultura Médica. 1991.

BEZERRA, V. L. V. A.; CAMPOS, D.; SALOMON, J. B. R. Crescimento e desenvolvimento no adolescente. **Arch. Latinoam. Nutr.** 1973; 23 (4): 465-83.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A adolescente grávida e os serviços de saúde do município.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4a edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.**

CABRERA, R. R. La prevención del embarazo en adolescentes: un compromiso con la vida. Una propuesta de coordinación para la promoción de la salud adolescente. *Revista Niños.* Caracas, v. 29, n. 7, p. 408-414, 1995.

CARVACHO IE, SILVA JLP, MELLO, M.B. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública,** v.42, n.5, p.886-94, 2008

CAVALCANTI, R, C. Adolescência. In: Comissão Nacional de Estudos sobre a Adolescência. **Adolescência hoje.** São Paulo: Roca, 2005; 198p.

CHALEM E, MITSUHIRO SS, FERRI CP, BARROS MCM, GUINSBURG R, LARANJEIRA R. Gravidez na adolescência: perfil sócio demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** 2007; 23(1): 177-86

COLLI, A. S. - Crescimento e desenvolvimento físico. In: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Comissão de Saúde do adolescente. Adolescência e Saúde.** São Paulo: Paris Editorial, 1988, p. 43-58.

COSTA, L. E; SENA, F. C. M; DIAS, A. Gravidez na adolescência - determinante para prematuridade e baixo peso. *Comunicação em Ciências da Saúde*. n. 22, (sup.1) p. 183-187, 2011.

DATASUS. Sistema de Informação da Atenção Básica: Cadastramento Familiar. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?Siab/cnv/SIABFMG>. Def. Acesso em 20 de dez. de 2014.

FARIA, H.P.et al. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, pág.110, 2010.

FROTA DAL, MARCOPITO LF. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes. **Rev Saúde Pública** 2004 fev; 38(1): 85-92.

HERCOWITZ, Andréa. Gravidez na adolescência. **Pediatria Moderna**, v.28, n.8, p.392-5, 2002.

HOGA, Luiza Akiko Komura; BORGES, Ana Luiza Vilella; REBERTE, Luciana Magnoni. Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativas dos membros da família. **Esc. Anna Nery**, v.14, n.1, p.151-157, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades Minas Gerais. 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313580&search=minas-gerais|jequitinhonha> Acesso em: 20 dez. 2014.

MONTEIRO, L. Discursos e Notas Taquigráficas. 12 de maio 2011. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/internet/sitaqweb/TextoHTML.asp?etapa=3&nuSessao=107.1.54.O&nuQuarto=64&nuOrador=1&nuInsercao=2&dtHorarioQuarto=00:16&sgFas eSessao=OD%20%20%20%20%20%20%20%20%20&Data=12/05/2011&txApelido=LEONARDO%20MONTEIRO&txEtapa=Com%20reda%C3%A7%C3%A3o%20final>

PARAGUASSÚ ALCB, COSTA COM, SOBRINHO CLN, PATEL BN, FREITAS JT, PONTE JUNIOR, GERARDO MAGELA; XIMENES NETO, FRANCISCO ROSEMIRO GUIMARAES - Gravidez na adolescência no município de Santana do Acaraú – Ceará – Brasil: uma análise das causas e riscos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 01, 2004.

SANTOS JÚNIOR, J. D. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência; vulnerabilidade e maternidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Política de Saúde. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília, 1999. v. 1, p.223-29.

SILVA, Lucia; TONETE, Vera Lúcia Pamplona. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.14, n.2, p.199-206, 2006.

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.

TAKIUTI, A.D. Gravidez na Adolescência: Ai, como eu sofri por te amar. Rio de Janeiro. **Rosas dos Tempos**; 1998. 125p.