

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

DARIAM SANTANA BASSO

**PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE NOVO CRUZEIRO NO MUNICÍPIO DE MANGA
MINAS GERAIS**

UBERABA - MINAS GERAIS

2016

DARIAM SANTANA BASSO

**PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE NOVO CRUZEIRO NO MUNICÍPIO DE MANGA,
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.

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

UBERABA - MINAS GERAIS

2016

DARIAM SANTANA BASSO

**PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE NOVO CRUZEIRO NO MUNICÍPIO DE MANGA,
MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Prof. Edison José Corrêa - orientador

Prof. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 23/05/2016

DEDICATÓRIA

A minha mãe, por dar-me a vida e por seu apoio incondicional em meu desenvolvimento profissional e humano; devo-lhe tudo o que sou: com seu sacrifício e desvelo cumpri meu sonho de ser médico.

A meus filhos, o maior presente que a vida me deu.

A minha família, por seu apoio incondicional.

A nosso Comandante em Chefe Fidel e à Revolução Cubana.

Aos adolescentes, por terem cooperado com sua participação neste trabalho.

Aos meus professores e tutores, pela atenção e orientação.

AGRADECIMENTOS

Esse trabalho é fruto do empenho e a dedicação de um grupo de companheiros que, ao longo do caminho, tem brindado seu valioso aporte de uma forma ou de outra, sem o que não teria sido possível sua realização.

A meu orientador Prof. Edison José Correa, pelas contribuições essenciais para a concretização deste trabalho. Obrigada pela paciência e estímulo, para a conclusão do projeto.

A toda equipe da Unidade Básica de Saúde Novo Cruzeiro e aos pacientes, motivação desse estudo e plano de intervenção.

Aos amigos, professores brasileiros e colegas cubanos, pela compreensão, respeito e dedicação ao curso.

À Universidade Federal de Minas Gerais / Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) e a todos os professores que fizeram parte da minha formação.

A todas as grávidas que participaram desse trabalho.

Ao povo brasileiro, por esta maravilhosa experiência.

A Deus, por tudo.

Conhecer a nossos adolescentes é uma forma de cuidá-los.

Educá-los é um desafio e orientá-los é uma necessidade de todos os tempos.

Dan Miroslavky.

RESUMO

A adolescência, faixa etária compreendida entre 10 e 19 anos, segundo a Organização Mundial da Saúde é um tempo de descobertas que se caracteriza por profundas e abrangentes mudanças nos aspectos físicos e psicológicos, com repercussões individuais, familiares e sociais. A gravidez na adolescência traz consigo um elevado risco de morbimortalidade materna e infantil e constitui um possível evento desestruturador a vida das adolescentes. As complicações na gestação e no parto têm sido as principais causas de morte de adolescentes entre 15 e 19 anos em diversos países do mundo. O objetivo deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção com a finalidade de reduzir a gravidez na adolescência no município de Manga, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde São José das Traíras, com a finalidade de caracterizar as causas da gravidez na adolescência, identificar projetos relevantes ao tema e apresentar propostas que auxiliem na redução da prevalência da gravidez na adolescência. Utilizou-se o método de Planejamento Estratégico Situacional apontando as repercussões sociais da maternidade na adolescência tais como: evasão escolar, trabalho precoce e desestruturação familiar. Diante desta realidade, do arcabouço teórico e da vontade de se intensificar ações em saúde voltadas para os jovens e adolescentes em situação de vulnerabilidade social realizou-se o delineamento de estratégias e parcerias para o enfrentamento do problema. Os resultados do trabalho confirmam a necessidade de uma relação afetiva e de diálogo entre pais, responsáveis e filhos e a importância do planejamento da Equipe de Saúde da Família para trabalhar de forma consistente com os adolescentes da área de abrangência.

Palavras chaves: Estratégia Saúde da Família. Saúde da Família. Adolescente. Gravidez na adolescência. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Adolescence, age group between 10 and 19 years, according to the World Health Organization it is a time of discovery which is characterized by profound and far-reaching changes in the physical and psychological aspects, with individual, family and social repercussions to teen pregnancy brings with it a high risk of maternal and child morbidity and mortality and is a possible event restructuring the lives of teenagers. Complications during pregnancy and childbirth have been the leading cause of death for teenagers between 15 and 19 years in various countries around the world. The aim of this work was to elaborate a project of intervention with the purpose to reduce teenage pregnancy in the municipality of Mango, in the area of the Health Center Novo Cruzeiro, in order to characterize the causes of teen pregnancy, identify projects relevant to the topic and submit proposals that help in reducing teenage pregnancy. We used the Strategic Planning method pointing out the social repercussions of motherhood in adolescence such as truancy, early work and family disorganization. In the face of this reality, the theoretical and the willingness to intensify health actions aimed at young people and adolescents in social vulnerability situation, aims to outline strategies in partnerships for the confrontation of the problem. The results of the work have confirmed the need for an affective relationship and dialogical between parents, guardians and children and the importance of planning the family health Team to work consistently with the teenagers of the area covered.

Key Words: Family health strategy. Pregnancy. Adolescente. Health education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente(s) Comunitário(s) de Saúde
BA	Bahia
BR	Brasil
CEESF	Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMRS	Índice Mineiro de Responsabilidade Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Nescon	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
PCCU	Prevenção do câncer cervicouterino
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Breve caracterização do município de Manga	11
1.2 Histórico da criação do município de Manga	12
1.3 Situação social do município	13
1.4 Situação local de saúde. Unidade Básica de Saúde Novo Cruzeiro. Equipe de Saúde da Família Novo Cruzeiro	14
1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	18
1.6 Descrição dos problemas	18
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
5.1 Atenção Básica à Saúde e Estratégia Saúde da Família	23
5.2 Adolescência: conceito, base populacional.	24
5.3 Gravidez na adolescência	25
5.4 Fatores de risco na gravidez na adolescência	26
6 CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	34
6.1 Descrição do problema selecionado	34
6.2 Explicação do problema selecionado	34
6.3 Descrição dos nós críticos	35
6.1 Desenho das operações	35
7.4 Diretrizes e metas	39
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) Nova Cruzeiro, município de Manga, em Minas Gerais, território onde trabalha a autora, na Equipe de Saúde da Família Novo Cruzeiro, como em várias UBS no Brasil, são muitos os problemas de saúde da comunidade. Como profissional de saúde e aluna do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, esse TCC cumpre o solicitado de, entre os problemas relatados, apresentar uma proposta de intervenção passível de ser executada pela equipe, com a participação da população.

1.1 Breve caracterização do município de Manga

Manga localiza-se no extremo norte do estado de Minas Gerais, no Alto Médio São Francisco, a uma altitude de 436 m acima do nível do mar. Sua extensão territorial é de 1.950,184 km², sendo de 877 km sua malha rodoviária. Possui dois distritos e 37 comunidades (BRASIL, 2015).

A população de Manga, estimada para 2015, é de 19.622 habitantes, sendo sua densidade populacional de 11,52 habitantes/ km². Há também a população flutuante, aquela de turistas, compradores e vendedores de mercadorias diversas, que é bastante expressiva, principalmente nos fins de semana (BRASIL, 2015).

O acesso a Manga, a partir de Januária, é possível através da BR 135 (sendo que 75 km de asfalto e aproximadamente 26 km de cascalho) ou através da BR 40 (asfalto). Está distante 108 km de Januária (referência microrregional) e 290 km de Montes Claros (referência macrorregional). Distam 720 km de Belo Horizonte (capital do estado) e 1070 km de Brasília (capital do país). Manga faz limites geográficos com os municípios mineiros de Juvenília, Matias Cardoso, São João das Missões, Miravânia, Montalvânia e o município baiana de Malhada.

O município pertence à Gerência Regional de Saúde de Januária, está localizado na Região de Saúde de Manga e na região Ampliada de Montes Claros (MANGA, 2012).

Figura 1 - Localização do município de Manga no estado de Minas Gerais



Fonte: Wikipédia. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Manga_\(Minas_Gerais\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Manga_(Minas_Gerais))

1.2 Histórico da criação do município de Manga

As famosas bandeiras de Antônio Figueiras, Januário Carneiro pisaram o norte mineiro, em meados do século XVII. Tiveram que enfrentar os índios coroados, vermelhos, tapuias, xacriabás, janelas e rodela, habitantes primitivos daquelas regiões que não queriam ceder terreno aos conquistadores. Foi só depois de muita luta que os índios abandonaram suas terras para os sertões goianos. Os bandeirantes puderam então fundar pequenos arraiais e iniciar a procura do ouro e pedras preciosas. Coube à bandeira de Figueira a Fundação do arraial de São Caetano do Guaporé, onde construíram o primeiro engenho de rapadura, cuja inauguração se deu em 1964 (BRASIL, 2015).

Havia um lugarejo chamado Manga, que ficava perto desse arraial, que dispunha de um porto no Rio São Francisco. Ali se construiu a primeira igreja católica da região. Uns dizem que a igreja foi construída pelos padres jesuítas. O lugarejo progrediu muito desde o princípio, graças à grande quantidade de pastagem existente nas redondezas. O lugar teve uma série de nomes primitivos: Manga dos Cachorros, Manga do Amador, Santo Antônio de Manga, finalmente Manga.

No século XIX, o povoado conheceu uma fase de grande desenvolvimento, quando se tornou centro de intelectuais e padres. Nessa época, lá morou o célebre português Manoel Nunes Vieira, considerado o primeiro ditador da América do Sul.

Este era figura de destaque na época, pois era mascate. Foi ele quem comandou a revolta dos Emboabas (BRASIL, 2015).

1.3 Situação social do município

O município tem 90% de sua economia no setor primário, destacando-se a agropecuária, através de propriedades rurais: fazendas e sítios que têm como principal fonte de produção a horticultura, fruticultura (irrigadas e sequeiras) e a pecuária de corte e leite. Há também a feira de comércio informal com produtos típicos da região. As formas de trabalho baseiam-se na mão-de-obra empregada nas propriedades rurais, comércio local, microempresas e órgãos públicos. O setor secundário é representado por pequenas indústrias de transformação, tais como: cerâmica, serralherias, fabricação de aguardente, rapadura, moagem de café e posto de resfriamento de leite, etc. O setor terciário é representado por alguns estabelecimentos que operam no atacado e varejo. A Prefeitura ainda é a maior empregadora do município (MANGA, 2012).

De acordo com o Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS), em 2010 a renda *per capita* do município era de R\$397,62; abaixo da renda *per capita* do estado de Minas Gerais, que era de R\$641,00 (MANGA, 2012).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é igual a 0,603, sendo classificado como médio, e um Índice Mineiro de Responsabilidade Social – IMRS igual a 0,545 (MANGA, 2012).

O município de Manga possui sete creches, nove escolas públicas estaduais, 25 municipais, uma privada, uma filantrópica e uma faculdade particular – Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), oferecendo os cursos de Administração, Assistência Social, Ciências Contábeis e Pedagogia. Os níveis escolares oferecidos são: ensino infantil, fundamental, médio e superior. A taxa de analfabetismo no sexo feminino encontrado na faixa etária de 25 a 59 anos (23,2%) está acima do nível aceitável internacionalmente (MANGA, 2012).

A poluição ambiental é causada por veículos automotores, fábrica de tijolos (cerâmica e ardósia) e queimadas. Há também o uso de agrotóxicos nas plantações. (MANGA, 2012).

Em relação ao abastecimento de água, 72,2% das residências são abastecidas por água tratada, 23,1% faz uso de água de poço ou nascente e uma pequena proporção dos domicílios possui outra forma de abastecimento (4,4%). O fornecimento e tratamento de água são realizados pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA) (MANGA, 2012).

1.4 Situação local de saúde. Unidade Básica de Saúde Novo Cruzeiro. Equipe de Saúde da Família Novo Cruzeiro

A Atenção Primária à Saúde compreende um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, que engloba a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação e constitui o primeiro nível da atenção do Sistema Único de Saúde (MANGA, 2012).

O município de Manga possui cadastradas e em funcionamento oito equipes de Saúde da Família (ESF), com cobertura de 100% do município. Na zona urbana são cinco equipes: ESF Osvaldo Bandeira, ESF Central, ESF Tamua, ESF Arvoredo e ESF Novo Cruzeiro (à qual pertence a autora).

Na zona rural são três equipes (ESF São José, ESF Nhandutiba e ESF Dr. Renato).

As equipes de Saúde da Família desenvolvem as seguintes ações na Atenção Primária à Saúde: imunização, pré-natal, acompanhamento de hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose, portadores de hanseníase, notificação e investigação de agravos de notificação compulsória, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de cinco anos, triagem neonatal (teste do pezinho) e planejamento familiar.

A assistência odontológica é prestada por cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), que cobrem 82,7% do município. Desenvolvem ações de prevenção, educação em saúde, escovação dentária nas escolas, aplicação de flúor, e tratamento clínico. O município pretende implantar mais duas UBS modalidade II, nas ESF Dr. Renato e São José das Traíras, aumentando para 100% a cobertura no município.

O município implantou em 2013 a primeira equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) o que representa um avanço para a assistência na atenção primária, com o apoio ao desenvolvimento das ações prestadas pelas ESF.

A assistência de urgência e emergência do município é ainda considerada precária. Existe apenas o pronto-atendimento do hospital, de pequeno porte, que atende apenas o básico. O hospital não dispõe de recursos necessários para um melhor atendimento. Os casos graves são encaminhados para os hospitais de referência conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS) que são em Janaúba, Hospital Regional, Montes Claros, Hospital Universitário, Santa Casa da Misericórdia, Hospital Dílson Godinho e Hospital Aroldo Tourinho e em Janaúria o Hospital Municipal.

A Equipe de Saúde da Família Novo Cruzeiro, que tem como ponto de referência a Unidade Básica de Saúde Novo Cruzeiro. É composta por um médico do Programa Mais Médicos para O Brasil (PMMB), uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, nove agentes comunitários de saúde (ACS).

Os Programas realizados são: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Mental, Saúde do Adulto e Saúde do Idoso. Os serviços prestados: visitas domiciliares de toda a equipe de saúde, consultas médicas, consultas de enfermagem, nebulização, imunização (vacina) e teste do pezinho, alguns procedimentos (curativo, lavagem de ouvido, retirada de pontos, glicemia capilar, aferição de pressão arterial), grupos de educação em saúde, planejamento familiar, dispensação de anticoncepcionais e preservativos, triagem Manchester, acompanhamento de gestante (pré-natal) e criança (puericultura), exame de prevenção de câncer cervicouterino (PCCU), atendimento com psicólogo e nutricionista.

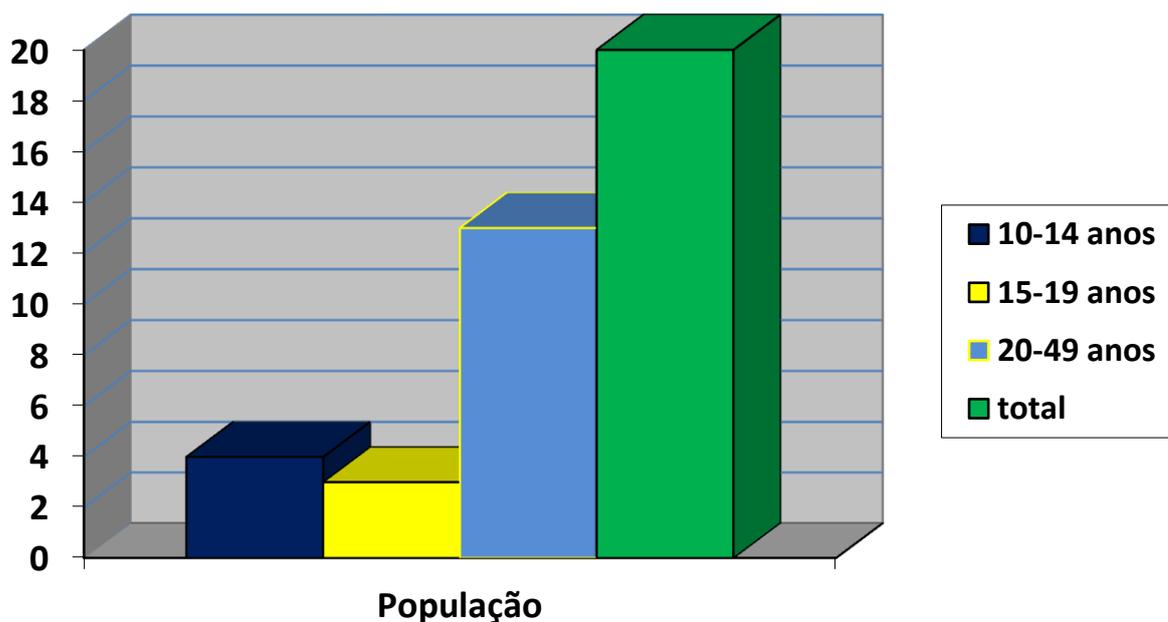
A UBS Novo Cruzeiro A Equipe de Saúde da Família Novo Cruzeiro atende a uma população de 2.713 pessoas sendo destas 1.025 do sexo feminino e 1.688 do sexo masculino (Quadro 1 e Figura 2), por idade fértil (15 a 49 anos, 1.038 pessoas, ou 38% da população), da Equipe Novo Cruzeiro e demonstra que a maioria da população feminina encontra-se na faixa etária de 20- 49 anos de idade (21,6%).

Quadro 1 - População segundo a faixa etária na área de abrangência da Unidade Básica de Novo Cruzeiro, município de Manga, Minas Gerais, 2014.

Faixa etária	Total da população			
	Feminina	Masculina	Total	%
Menor que 1 ano	12	8	20	0,73
1 a 4 anos	89	103	192	7,0
5 a 9 anos	48	165	213	7,8
10 a 14 anos	175	269	444	16,3
15 a 19 anos	103	286	389	14,3
20 a 49 anos	294	294	588	21,6
50 a 59 anos	188	333	521	19,2
Igual ou maior que 60 anos	116	230	346	12,7
Total	1025	1688	2713	100,0

Fonte: Cadastro da população, UBS Novo Cruzeiro, 2014.

Figura 2 - População em idade fértil segundo a faixa etária na área abrangência da Unidade Básica Novo Cruzeiro, município de Manga, Minas Gerais, 2014.



Fonte: Cadastro da população, Novo Cruzeiro, 2014.

A estrutura de saneamento básico na comunidade ainda tem muito que melhorar principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário. Parte da comunidade vive

em moradias bastante precárias. A fossa séptica é a forma mais encontrada de escoamento de dejetos. Em relação ao lixo a situação é mais positiva, tem depósitos para a coleta de lixo, distribuídos na cidade, mas algumas das residências, que ficam mais longe do centro, têm descarte a céu aberto e poucos queimam ou enterram o lixo.

A população desta área de abrangência da ESF vive basicamente da agricultura, (da "roça"), quase todos trabalham na companhia Agropasto Agricultura e Pecuária Ltda., onde plantam milho, mandioca, tomate, feijão, soja. Plantam também, mamões e banana. A população que mora na comunidade urbana tem um nível médio de escolaridade. Os dados da população relativos à morbidade estão apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 - Morbidade referida na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Novo Cruzeiro, município de Manga, 2014.

	Feminina	Masculina	Total
Hipertensão arterial sistêmica	96	91	187
Diabetes melito	10	19	29
Asma	21	16	37
Epilepsia	13	12	25
Cardiopatias	19	17	36
Doenças de Chagas	3	5	8
Tuberculose	0	0	0
Hanseníase	0	1	1
Doença de Parkinson	1	2	3
Esquizofrenia	6	2	8
Deficiências físicas	8	15	23
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)	1	2	3

Fonte: Cadastro da população, UBS Novo Cruzeiro, em Manga, Minas Gerais, 2014.

1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Em toda área de abrangência do PSF existem pacientes com problemas crônicos, dentre os quais se destaca a hipertensão arterial. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou:

- Alta incidência de hipertensão arterial.
- Alta incidência de gravidez na adolescência.
- Alta incidência de asma brônquica
- Alta incidência de doença cardiovascular.
- Dificuldade com o abastecimento de água.
- Presença de fossas sépticas como forma de escoamento de dejetos.
- Alta prevalência de verminoses.

1.6 Priorização dos problemas

Para os problemas definidos como crítico foi aplicado um processo de classificação e seleção de um problema que fosse considerado prioritário para a proposição de um plano de intervenção. Foram utilizados os indicadores apontados no método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), considerando a importância dos problemas, a urgência em sua resolução e a capacidade de enfrentamento e resolução pela Equipe de Saúde da Família Novo Cruzeiro (Quadro 3).

Optamos por construir um plano de intervenção sobre a alta incidência da gravidez na adolescência. Em nossa atividade profissional, como médico na Unidade Básica de Atenção à Saúde da Família Novo Cruzeiro, observamos um grande número de grávidas muito jovens, na maioria aos 13, 14 e 15 anos, o que nos levou a realizar esta proposta de Projeto de Intervenção na área da unidade de saúde.

Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família Novo Cruzeiro, Unidade Básica de Saúde Novo Cruzeiro, município de Manga, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alta incidência de hipertensão arterial.	Alta	5	Total	2
Alta incidência de gravidez na adolescência.	Alta	10	Total	1
Alta incidência de asma brônquica	Media	3	Total	4
Alta incidência de doença cardiovascular	Alta	4	Total	3
Dificuldade com o abastecimento de água.	Media	2	Fora	6
Presença de fossas sépticas como forma de escoamento de dejetos.	Media	2	Parcial	7
Alta prevalência de verminoses.	Media	2	Parcial	5

*Alta, média ou baixa.

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Pela classificação de prioridades destaca-se que a “Alta incidência de gravidez na adolescência” representa o problema de maior relevância, neste momento, para se fazer uma intervenção.

2 JUSTIFICATIVA

A realização deste trabalho busca, não somente contribuir pela relevância social do tema, mas também a possibilidade de sugerir modificações que atingirão o atendimento a esta clientela, diminuindo a demanda e complicações inerentes a esta faixa etária.

A proposta de uma intervenção educativa poderá contribuir para a prevenção da gravidez em adolescentes. Centra-se na proposta de intervenção educativa, com ações preventivas para adolescentes, a família e a escola. As ações foram definidas considerando-se os fatores predisponentes que afetam este problema de saúde e direcionadas para a execução pela equipe de saúde. O que se visa é uma atitude responsável na promoção da prevenção da gravidez na adolescência, na área de abrangência da UBS Novo Cruzeiro, município de Manga.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção com estratégias que visem à redução da gravidez na adolescência, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Novo Cruzeiro, município de Manga, Minas Gerais.

3.2 Específicos

Propor processo de capacitação de profissionais ligados ao atendimento dos adolescentes para proferirem palestras, encontros e oficinas, sobre os riscos da atividade sexual precoce sem proteção para doenças e gravidez.

Propor processo de treinamento para a equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para fazerem uma busca ativa das adolescentes em suas residências e agendamento na Unidade Básica de Saúde da Família e ações na escola pública.

Propor ações para melhor processo de trabalho da equipe de saúde da Família, em relação à saúde do adolescente e mecanismos, junto aos gestores, de ampliação do fornecimento de anticoncepcionais e preservativos, sem restrições e limitações quantitativas.

4 METODOLOGIA

Para elaboração do Plano de Intervenção utilizou-se o Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido pelo Professor Carlos Matus. Segundo ele, “planejar é preparar-se para a ação”. Todo método de planejamento apresenta etapas com uma sequência lógica de ações ou atividades a serem desenvolvidas, passos que devem ser seguidos de forma cronológica para que não prejudique o resultado final para cada problema diagnosticado em um território. Os problemas foram definidos por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família de Novo Cruzeiro, no município Manga, com estimativa rápida como método de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento. Tomou-se como referência o módulo Planejamento e avaliação das ações em saúde, do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

Para fundamentar conceitualmente as questões abordadas na construção da proposta de intervenção foram realizadas pesquisas de publicações acerca da gravidez na adolescência em periódicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) bem como consultas a documentos do Ministério da Saúde e do Sistema de informação da Atenção Básica (SIAB) do município Manga. Os termos de consulta foram os descritores em ciências da saúde (DeCS) adolescente, gravidez na adolescência e educação em saúde (BRASIL, 2015b)..

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção Básica à Saúde e Estratégia Saúde da Família

A Atenção Básica à Saúde, ou Atenção Primária à Saúde, integra a Política Nacional de Saúde que define os princípios pelos quais devem trabalhar as equipes de Saúde da Família, na Estratégia Saúde da Família. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é assim caracterizada pelo Ministério da Saúde:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2007, p.22).

Estratégia Saúde da Família (ESF), portanto, é o nome que se dá atualmente a uma das mais bem-sucedidas iniciativas brasileiras em saúde das últimas décadas. Foi concebida em 1993, com o nome de Programa de Saúde da Família (PSF), a partir de iniciativas brasileiras e algumas iniciativas internacionais mais adiantadas (como o “general practitioner” britânico e o médico de família cubano). Em seus primeiros anos, o então PSF foi implantado nos municípios do “Mapa da Fome”, sob o comando quase direto de Brasília, mas depois passou a ficar sob o comando dos municípios, ocupando um papel cada vez mais importante no sistema de saúde, e passou a ser aberto a todos os municípios do Brasil. Em 1998, quando os repasses federais para a atenção básica passaram a ser por habitante, e não por número de procedimentos, a estratégia Saúde da Família começou a se expandir vertiginosamente. Em outubro de 2008, de acordo com o Ministério da Saúde, a ESF

estava presente em 94% dos municípios brasileiros e atendia a 93,1 milhões de brasileiros. O resultado tem sido a melhoria de vários indicadores de saúde, e o aumento da satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses fatos foram destacados pela Organização Mundial da Saúde em seu Relatório Mundial da Saúde de 2008, que citou o Brasil como um exemplo a ser seguido.

Quanto à prática de ações de prevenção e promoção da saúde desenvolvidas pelos médicos e enfermeiros no serviço de atenção aos adolescentes, referem-se que estas geralmente são individuais, mas quando desenvolvidas em grupo, realizadas na comunidade e na escola, estamos criando vínculos com eles através do contato na comunidade escolar. A partir do momento em que os profissionais da estratégia reorganizam suas atividades, as necessidades e ações de saúde irão sobressair, e não serão os problemas de saúde que determinarão as ações, bem como o modo de organização do serviço corresponderá às necessidades de saúde, contemplando dupla dimensão, a individual e a coletiva do processo de saúde-doença, ampliando o campo da atenção e do cuidado. Nesse sentido, ao ampliar o campo de atenção e cuidado, pode-se contemplar o adolescente realmente na agenda do serviço de saúde, favorecendo o aumento da procura e, conseqüentemente, o aumento da oferta do serviço nas unidades básicas de saúde (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2008, *online*).

5.2 Adolescência: conceito, base populacional.

A Organização Mundial de Saúde (1997) define a adolescência como o período da vida correspondente à faixa etária entre 10 e 20 anos, período em que aparecem as características sexuais secundárias para a maturidade sexual. Distingue-a em adolescência inicial (10 a 14 anos) e adolescência final (15 a 19 anos), Manifestam-se processos psicológicos e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta, ocorrendo à transição de um estado de dependência para outro, de relativa independência.

O Dossiê Adolescente: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, lançado pela Rede Feminista de Saúde (2004), citam que, conforme o IBGE (2000), a população brasileira é constituída de, aproximadamente, 175.000.000 de habitantes, dos quais

21% encontram-se na faixa dos 10 aos 19 anos: 10% entre 10 e 14 anos e 11% entre 15 e 19 anos. Do total, 50,4% são do sexo masculino e 49,5% do sexo feminino. Quanto à cor/ raça, 50% dos (as) adolescentes se consideram brancos (as), 43% pardos (as), 6% pretos (as), totalizando 49% de negros (as), 0,4% indígena e 0,3% amarelo (a) (Rede Feminista de Saúde) (2004).

5.3 Gravidez na adolescência

Terci (2008, *online*), citando Belo e Silva (2001), relata

[...] no início do século XX, o casamento e a maternidade eram os papéis sociais claramente destinados às jovens. Mudanças ocorridas na segunda metade deste século, como o advento da revolução sexual, o aparecimento dos anticoncepcionais orais e o movimento *hippie*, contribuíram para modificar e ampliar o papel social esperado para a Juventude, incluindo períodos mais prolongados para a realização dos estudos e posterior profissionalização. A liberação sexual e o sexo pré-marital, fenômenos da época, também contribuíram para retardar o momento do casamento para após o término dos estudos. As novas responsabilidades atribuídas às mulheres jovens, como a sua inserção no trabalho fora do lar, passaram a competir com a maternidade.

Também Terci (2008) refere que, em seu estudo, Brandão e Heilborn (2006) relatam que.

[...] nas últimas décadas, o percurso entre a infância e a idade adulta foi profundamente alterado nas sociedades ocidentais modernas, em que a extensão da escolarização e as dificuldades de inserção e permanência no mercado de trabalho acentuam a dependência dos jovens em relação aos pais, tornando a residência no domicílio familiar mais longa que outrora. No entanto, esta dependência não impede o exercício da autonomia nessa fase da vida, na qual a sexualidade tem grande relevância. Para as gerações jovens atuais, a conquista da independência se coloca cada vez mais tardia, o que não impede que a autonomia seja uma aspiração cada vez mais precoce. Nas gerações passadas, tal autonomia estava fortemente condicionada pela emancipação financeira e residencial dos pais (TERCI, 2008, *online*).

Estes mesmos autores consideram que

[...] parir antes dos 19 anos, décadas atrás, não se constituía em assunto de ordem pública. As alterações no padrão de fecundidade da população feminina brasileira, as redefinições na posição social da mulher, gerando novas expectativas para as jovens, no tocante à escolarização e profissionalização e o fato da maioria destes nascimentos ocorrerem fora de uma relação conjugal despertam atenção para o fato” (BRANDÃO e HEILBORN, 2006, p. 1.422, *apud* TERCI, 2008, *online*).

5.4 Fatores de risco na gravidez na adolescência

A gravidez na adolescência impõe riscos às adolescentes devido à sua imaturidade física e psicológica, o que aumenta o risco de complicações gestacionais. O que é ainda agravado pela falta de assistência ao pré-natal e à inexistência de sistemas de apoio social. A adolescente grávida pode não concluir os seus estudos, o que, por fim, afeta sua qualidade de vida, suas oportunidades de emprego, progresso e construção de estabilidade financeira (LIRA; DEMENSTEIN, 2004. *Apud*, Silva, 2011).

[...] A gravidez em adolescentes pode resultar em um aumento da mortalidade materna, pré-eclâmpsia, eclâmpsia. Os bebês podem ter pouco peso ao nascer, anemia, morbidade e mortalidade perinatal. O trabalho de parto chega a ser mais prolongado e o número de cesáreas também é mais alto nas adolescentes do que nas mulheres com 20 anos ou mais. Não obstante, todas as dificuldades e considerações médicas sobre a gravidez das adolescentes ainda se complementam com outros problemas tais como os emocionais, sociais, culturais e econômicos, que fazem da gravidez na adolescência uma problemática de amplo espectro (PAUCAR, 2003, *Apud* TERCI, 2008, *online*).

Terci (2008, *online*) ainda apresenta vários registros de autores, sobre o tema.

[...] Waissman (2006) comenta a razão de mortalidade materna em gestantes adolescentes e constata que as complicações da gravidez, parto e puerpério figuram entre as 10 principais causas de mortalidade entre adolescentes, representando 4% dos óbitos de mulheres entre 10 a 19 anos. Quando se limita à faixa etária de 15 a 19 anos os óbitos correspondem a 6,14% do total, passando a sexta causa de morte.

Oliveira (1998), que de acordo com a OPAS, os filhos de mães adolescentes têm maior probabilidade de morte do que os filhos de mães acima dos 20 anos ou mais.

Waissman (2006) [...] não são desprezíveis as consequências econômicas decorrentes destas constatações. Estima-se um gasto

de R\$ 107,9 milhões / ano com complicações referentes à gravidez e ao parto em adolescentes. Ou seja, no Brasil, 53% do total de 203,3 milhões de reais que o SUS gastou com internações, nesta faixa etária foram com problemas relativos à gravidez na adolescência.

Com relação a gestações sucessivas na adolescência, a tese de Rosa (2007), que estudou 49 adolescentes em Rondonópolis – MT relata que 12,5% das adolescentes pesquisadas engravidaram pela segunda vez antes dos 16 anos, 16,7% entre 19 e 20 anos. Já a terceira gravidez aconteceu em 83,3% dos casos entre 18 anos e 18 anos e 11 meses. Se para 47% das mães adolescentes a primeira gravidez foi desejada/planejada, a segunda assim foi para apenas 28,6%. Já a terceira gravidez, nenhuma delas disse tê-la desejado/planejado.

No trabalho de Persona *et al.* (2004), foram pesquisadas 18 adolescentes com repetição da gravidez. A idade das adolescentes concentrou-se nos 17 anos (44%). A idade média da menarca foi 12 anos, o que nos remete a uma idade ginecológica atual de 5 anos para a segunda ou terceira gestação. Todas tiveram sua primeira relação sexual após a menarca, o que ocorreu em média aos 14 anos. A primeira gestação teve maior incidência aos 15 anos (72,22%). Dentre as adolescentes, 66,67% referiram não ter planejado a primeira gestação e 77,78% que não planejaram a gestação atual era sua primeira relação sexual após a menarca, o que ocorre, em média, aos 14 anos. A primeira gestação teve maior incidência aos 15 anos para um 72,22%. Dentre as adolescentes 66,67% referiram não ter planejado a primeira gestação e 77,78% que não planejaram a gestação atual. O autor comenta da investigação de 264 prontuários de adolescentes, na qual se verificou que ao se matricularem no programa de planejamento familiar, 73,5% já possuíam uma gestação, 24,2% duas e 2,3% três. Deste total de gestações, 11% abortaram e 89% tiveram, em média, 1,4 filhos. As jovens engravidaram cerca de um ano após o início da vida sexual ou no seu decorrer, uma vez que, em média, a primeira relação ocorre aos 15 anos e a primeira gestação aos 16,1 anos. O que se conclui quanto à reincidência da gravidez na adolescência nos artigos selecionados, é que se para a maioria delas a primeira gestação não foi planejada, quanto menos a segunda ou mais gestações.

Paraguassú *et al.* (2005), de acordo com Terzi (2008) descrevem, quanto ao aborto, que é uma prática ilegal na maior parte dos países da América Latina. No Brasil é proibido, salvo em duas situações: feto concebido como resultado de estupro e gravidez que acarreta risco de vida para a mulher. As estatísticas são difíceis, os dados podem não refletir a realidade, tendo em vista que, além da proibição, é uma temática polêmica que envolve preconceitos, crenças, entre outros aspectos relacionados a fatores socioculturais. Outra questão levantada por diversos autores

é a questão da menarca, ou seja, idade da primeira menstruação. Ximenes Neto (*et al.* (2007, *apud* TERCI, 2008)) relatam que.

[...] a menarca nas adolescentes apresenta atualmente uma tendência de queda. No seu estudo 55,1% (119) das adolescentes tiveram sua menarca entre 12 e 13 anos. No início da adolescência as transformações de caráter hormonal e biológico levam à primeira menstruação e a capacidade reprodutiva. Com isto, ocorre um aumento da curiosidade e do instinto sexual. Quanto à primeira relação sexual, 62% (134) das adolescentes tiveram sua sexarca entre 14 e 16 anos. Sabe-se, que quanto mais cedo ocorrer a sexarca; maiores serão as chances de engravidar, devido a: vulnerabilidade devido à falta de métodos contraceptivos; pelo não poder de compra e receio na busca pelo serviço de saúde; desconhecimento de práticas preventivas; e possível não fortalecimento emocional durante as chantagens, que o parceiro (muitas vezes anos mais velho) faz, buscando provas efetivas do amor da adolescente para si, que vão desde o defloramento do hímen, até o sexo sem preservativo ou outros métodos contraceptivos. Neste caso o parceiro chantageia emocionalmente a adolescente para que a mesma dê provas de seu amor para com o mesmo, com o intuito de usá-la sexualmente. Outra questão levantada por diversos autores é a questão da menarca, ou seja, idades da primeira menstruação.

Terci (2008), baseando-se em Ximenes Neto (2007), comenta o fato de muitas adolescentes apresentarem um “pensamento mágico” (fantasioso, abstrato), inerente ao desenvolvimento psicológico desta fase, achando que não irão engravidar com facilidade, ocorre à primeira, a segunda... e outras gestações.

A categorização dos motivos que levaram as adolescentes à gravidez, englobando quatro aspectos principais. A primeira categoria está relacionada ao desejo de ser mãe, 44,9% (*Queria muito ter um filho, ser mãe*). A segunda envolve a não utilização de práticas preventivas (*Engravidar por não me prevenir*, 12,9%). O terceiro motivo está associado à falta de cuidados (*Por acidente/descuido*, 10,1%); e, 7,8% referem que planejaram com o marido (XIMENES NETO *et al.*, 2007, *apud* TERCI, 2008, *online*).

Pinto *et al.* (2005) descreve um dado importante que merece ser observado que é o questionamento feito a essas gestantes sobre quem melhor as orientou sobre sexo antes de sua primeira relação sexual. Foi possível constatar que 59,1% das

gestantes adolescentes já haviam recebido orientação sobre sexo de suas mães ou de outros familiares, um número importante se comparado com as demais gestantes dentre as quais 40,4% não haviam recebido qualquer tipo de orientação antes da primeira relação sexual. Os profissionais de saúde foram responsáveis por orientar essas gestantes antes da primeira relação sexual em apenas 8,7% dos casos. Além disso, constatou-se que 27,7% das gestantes não adolescentes foram pela primeira vez a um serviço de ginecologia após os 19 anos de idade, ou seja, após a adolescência. Entre as gestantes adolescentes 54,5% só decidiram procurar um serviço de ginecologia quando suspeitaram da gravidez (PINTO *et al.*, 2005, *apud* TERCI, 2008, on line).

No tocante ao conhecimento e uso dos métodos anticoncepcionais, destaca-se:

[...] Das adolescentes que não usaram qualquer método na primeira relação sexual (45,5%), as principais razões alegadas foram: não pensaram “nisso” na hora (32,4%), não esperavam ter relação sexual naquele momento (12,7%), não conheciam nenhum método anticoncepcional (11,3%), 8,5% afirmaram que os parceiros não quiseram usar, 8,5% não se importavam em ficar grávida, 5,6% confiavam no parceiro, 5,6% achavam caros ou inconvenientes para usar, 5,6% tinham dificuldade de acesso, 2,8% não tinham experiência e não pensaram nisso na hora, 2,8% não tiveram cuidado, 2,8% achavam o uso de contraceptivo desnecessário e 1,4% foi vítima de agressão sexual (BELO; SILVA, 2004, *apud* TERCI, 2008).

Estes mesmos autores relatam que preservativo (99,4%) e anticoncepcional oral hormonal (98%) foram os métodos anticoncepcionais mais conhecidos. Cerca de 67,3% não estavam utilizando qualquer método antes de ficar grávida. O principal motivo isolado alegado para o não uso foi o desejo de engravidar (24,5%). As adolescentes múltiparas, ou seja, as que tiveram mais de uma gestação usaram com maior frequência o contraceptivo, antes de ficar grávidas (BELO; SILVA, 2004, *apud* TERCI, 2008).

Terci (2008) ainda se referencia aos seguintes trabalhos:

[...] Sabroza *et al.* (2004) dizem que poucas adolescentes relataram usar algum tipo de método contraceptivo, e entre as mais jovens a ausência dessa prática era ainda mais acentuada, 81,8%, quando comparadas às de mais idade, 74,4%.

Paraguassú *et al.* (2005), no tocante ao planejamento familiar constataram que, antes da gravidez, 91,2% (395) das adolescentes não procuraram este serviço, com proporções semelhantes entre os dois grupos (pré e pós-gestacional). No período pós-gestacional, observou-se mudança significativa no comportamento sendo verificado aumento da frequência de procura do planejamento familiar, 43,7% (191). Analisando o uso de métodos contraceptivos antes da gravidez, relata que 60,9% (260) das adolescentes não faziam uso, com proporções de 66,8% (131), na faixa etária de 10 a 16 anos e 55,8% (129) naquelas de 17 a 19 anos. No período pós-gestacional, estas proporções aumentaram de forma significativa, com 70,8% (303) das mulheres relatando o uso de algum tipo de contraceptivo. Quanto ao método utilizado, o anticoncepcional oral mostrou as maiores proporções nas duas faixas etárias, nos períodos estudados. O uso do preservativo, por sua vez, teve uma redução considerável, do período pré-gestacional, 42,0% (70), para o período pós-gestacional, 19,0% (57). A pílula foi o método contraceptivo mais utilizado pelas adolescentes estudadas por Persona *et al.* (2004), num total de 55,55%, durante o período entre o último parto ou aborto e o início da gestação atual, seguido pelo hormônio injetável (22,23%). Somente 27,78% das adolescentes utilizaram o preservativo. A ausência de método contraceptivo apareceu em 11,11% das adolescentes. O grau de escolaridade não influenciou o uso do contraceptivo que foi indicado para a maioria, pelo profissional médico (82,35%). Dentre as gestantes adolescentes 86,4% que já haviam feito uso de algum anticoncepcional até a data da pesquisa, e embora 50 dessas adolescentes não desejassem engravidar nesse momento de suas vidas, apenas 36,4% delas faziam uso de métodos contraceptivos no momento em que engravidaram. Esses números não destoam muito dos encontrados entre as gestantes não adolescentes; também entre elas 53,2% não desejavam engravidar e apenas 19,1% faziam uso de anticoncepcional. É importante observar que foram considerados métodos contraceptivos para fins da pesquisa: preservativo masculino, preservativo feminino, diafragma, anticoncepcional oral e DIU. Entre as adolescentes grávidas, 72,7% encontravam-se na primeira gestação, enquanto apenas 31,9% das gestantes não adolescentes aguardavam seu primeiro filho (PINTO *et al.*, 2005, p.209 - 210).

Percebe-se que a maioria dos estudos apresentou um significativo número de adolescentes que não se utilizaram e não utilizam métodos anticoncepcionais, e que quando utilizado o anticoncepcional oral é o mais citado, dado este que se torna alarmante no tocante as doenças sexualmente transmissíveis e principalmente a AIDS.

[...] Além disso, bebês de mães adolescentes têm maior risco de apresentar baixo peso ao nascer, prematuridade e, conseqüentemente, maior chance de morte do que filhos de mães adultas. Esses riscos se devem em parte a fatores biológicos como a

imaturidade fisiológica e o desenvolvimento incompleto da pelve feminina e do útero das adolescentes (AQUINO; CUNHA, 2002).

Ao mesmo tempo, a imaturidade emocional do adolescente pode levar dificuldades em estabelecer relações afetivas com o seu filho, baixa autoestima e despreparo no cuidado da criança, que podem aumentar os riscos de agravos à saúde física e emocional da adolescente e do bebê (MOOCELLIN; COSTA, 2010, *online*).

No que concerne à gravidez na adolescência, atualmente no Brasil e nos países em desenvolvimento, ela é considerada um risco social e um grave problema de saúde pública, devido, principalmente, a sua magnitude e amplitude como também aos problemas que dela derivam. Dentre estes se destacam: o abandono escolar, o risco durante a gravidez, este derivado muitas vezes pela não realização de um pré-natal de qualidade, pelo fato de a adolescente esconder a gravidez ou os serviços de saúde não estarem qualificados para tal assistência. Além disso, tem importância os conflitos familiares que surgem após a confirmação e divulgação da positividade da gravidez, que vão desde a não aceitação pela família, o incentivo ao aborto pelo parceiro e pela família, o abandono do parceiro, a discriminação social e o afastamento dos grupos de sua convivência, que interferem na estabilidade emocional da menina mulher adolescente (XIMENES NETO; KOWAL; ARAÚJO, 2007, *apud* TERCI, 2008).

Se, para a adolescente, a gravidez significa reformulação dos planos de vida e necessidade de assumir papel para o qual, talvez, ainda não esteja preparada, para seus pais tal experiência é marcada por sentimentos de surpresa e pelo questionamento: "onde foi que eu errei?". O fato denuncia um fenômeno muitas vezes ignorado no ambiente familiar, que é a educação quanto à sexualidade na adolescência (FERNANDES; SANTOS; ROSA, 2012, *online*).

Portanto, existe uma grande preocupação do poder público com as consequências que a maternidade precoce pode acarretar à saúde da mãe, do recém-nascido, 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 (MANFRÉ; QUEIRÓZ; MATTHES, 2010, *online*), o que pode torná-los marginalizados, agravando o quadro de pobreza do país.

Com isso, alguns autores consideram a gravidez na adolescência como sendo uma das complicações da atividade sexual precoce. Acredita-se que os riscos da gravidez durante a adolescência sejam mais determinados por fatores psicossociais relacionados à estrutura familiar, ao ciclo da pobreza e educação existente, e fundamentalmente, à falta de perspectivas na vida dessas jovens sem escola, saúde, cultura, lazer e emprego; para elas, a gravidez pode representar a única maneira de modificarem seu status na vida (BUENO, 2003 *apud* TERCI, 2008).

O enfoque de risco aparece fortemente associado a esta faixa etária por meio das expressões como gravidez de risco, risco para DST e AIDS e por usar drogas ilícitas. Assim, o risco generalizado parece definir e circunscrever negativamente esse período da vida, gerando expressões, ações e posturas em relação aos adolescentes (BUENDGENS; ZAMPIERI, 2012, *apud* TERCI, 2008).

Diante da relevância do problema, a implementação das políticas públicas tem se intensificado nos últimos anos no Brasil e no mundo (MOOCELLIN; COSTA, 2010, *apud* TERCI, 2008).

Observa-se ainda que a gravidez na adolescência venha sendo motivo de discussões controvertidas, onde se nota uma importante mudança no panorama da fecundidade no Brasil, com uma redução da taxa de fecundidade entre as gestantes adultas e um aumento entre as adolescentes na classe econômica mais baixa (AMORIM *et al*, 2009). A redução da taxa de fecundidade total no Brasil de 6,16 passou para 1,86 em 2010 e a fecundidade no grupo de 15 a 19 anos de idade aumentaram 0,14 (IBGE/IPEA, 2006, *apud* TERCI, 2008).

Dentre os fatores que têm contribuído para o aumento da gravidez na adolescência, destacam-se o início precoce da vida sexual associado à ausência do uso de métodos contraceptivos, além da dificuldade de acesso a programas de planejamento familiar.

Estima-se que, no Brasil, um milhão de adolescentes dá a luz a cada ano, o que corresponde a 20% do total de nascidos vivos. As estatísticas também comprovam que, a cada década, cresce o número de partos de meninas cada vez mais jovens em todo mundo (SILVA; TONETE, 2006, *apud* TERCI, 2008).

6 CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Realizado e discutido o diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe de Novo Cruzeiro, do município de Manga-MG, foi necessária a realização e a construção de um plano de ação que foi implementado passo a passo conforme descrito a seguir.

6.1 Descrição do problema selecionado

Em Novo Cruzeiro, município Manga, foi registrado um número significativo de gravidez na adolescência no ano 2013, totalizando 38 nascidos vivos de mães menores de 19 anos, sendo este um dos principais problemas de saúde pública enfrentado pelo município (DATASUS, 2013).

Anteriormente realizaram-se ações para reduzir os riscos da gravidez na adolescência, mas de caráter transitório e que não foram sistematizadas na prática médica. Tais ações não foram baseadas em um diagnóstico de riscos e que possibilitasse uma intervenção educativa e de promoção da saúde dos adolescentes.

(descrever)

6.2 Explicação do problema selecionado

A gravidez na adolescência é um dos problemas mais frequentes. Sendo assim, torna-se necessária a realização de ações que diminuam sua alta incidência neste território, o que foi caracterizado e como problema prioritário.

Ressalta-se que a adolescência é uma fase de transição do desenvolvimento humano, que possui características próprias. Esta fase de amadurecimento do desenvolvimento social exige um cuidado por parte dos familiares, educadores e profissionais de saúde.

Neste sentido, a abordagem realizada pelos familiares responsáveis pela educação desses jovens deve considerar características complexas, como a diferença de gerações, grau de instrução, vivência e características de abordagem, relacionamento e convivência, entre outros. O mesmo deve ser considerado na

forma de atuar de educadores e profissionais de saúde. Esses fatores influenciam o grau de amadurecimento e podem auxiliar na forma de aprendizado e assimilação de valores e comportamento pelo adolescente.

Para os jovens a gravidez na adolescência os leva a se depararem com uma situação complexa que exigirá um amadurecimento, face aos problemas econômicos, gastos com saúde, moradia, interrupção dos estudos. Assim, as sérias complicações geradas por uma gravidez precoce, tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, têm implicações para a saúde.

Nesse sentido, torna-se importante o estudo de estratégias para a redução da gravidez na adolescência na área da Unidade Básica de Saúde Novo Cruzeiro.

6.3 Descrição dos nós críticos

Foram propostos os seguintes nós críticos:

1. Baixo nível de informação da comunidade sobre gravidez na adolescência.
2. Necessidade de melhor estrutura dos serviços de saúde.
3. Melhorar o processo de trabalho da equipe de saúde.

6.4 Desenho das operações

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema “prevenção da gravidez na adolescência”, na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da unidade Básica de Saúde Novo Cruzeiro, no município de Manga, estado de Minas Gerais, estão descritos nos quadros 2 a 5, a seguir.

Quadro 4 - Operações sobre os nós críticos relativos à “alta incidência da gravidez na adolescência na área de abrangência da Atenção Primária à Saúde Novo Cruzeiro do município de Manga-MG, 2015”. Ações para o nó crítico 1: Baixo nível de informação da comunidade sobre gravidez na adolescência e suas complicações.

Nó crítico 1	Baixo nível de informação da comunidade
Projeto	Saiba mais sobre gravidez na adolescência
Operação	Estabelecer, para a comunidade, processo de educação em saúde sobre gravidez na adolescência.
Resultados esperados	População em geral, e adolescentes em particular, mais informada sobre como evitar a gravidez na adolescência.
Produtos	Programa de educação em saúde para a população.
Recursos necessários	Político: comunidade mobilizada Cognitivo: material educativo selecionado e disponibilizado. Organizacional: <u>agenda estabelecida; equipe intersetorial participante.</u>
Recursos críticos	Político – apoio do setor de comunicação social para conseguir o espaço de difusão Financeiros – recursos para aquisição de meios audiovisuais, folhetos educativos\ Cognitivo: Bom material educativo
Controle dos recursos críticos - ator que controla	Setor de comunicação social, Secretário de Saúde.
Controle dos recursos críticos / motivação	Desfavorável
Controle dos recursos críticos - ação estratégica	Apresentar projeto
Ações previstas	Palestras sobre gravidez na adolescência em cada micro área. Reprodução de material audiovisual da gravidez na adolescência na sala de espera da UBS
Responsável	Enfermeira do ESF
Prazo	Início: dois meses / Desenvolvimento - dois meses?
Sistema de avaliação e acompanhamento	Periódico, serão feitas palestras e encontros de participação e avaliação com a população adolescente da área, uma vez por mês.

Quadro 5 - Operações sobre os nós críticos relativos à “alta incidência da gravidez na adolescência na área de abrangência da Atenção Primária à Saúde Novo Cruzeiro, do município de Manga-MG, 2015”. Ações para o nó crítico 2: Necessidade de melhor estrutura dos serviços de saúde.

Nó crítico 2	Necessidade de melhor estrutura dos serviços de saúde
Projeto	Contribuímos com seu melhor cuidado
Operação	Organizar e implantar agenda da equipe de acordo com as orientações do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde.
Resultados esperados	Melhorar o acompanhamento dos adolescentes
Produtos	Identificação e estratificação de risco de 100% dos adolescentes; Agenda organizada e implantada.
Recursos necessários	Político: Decisão de recursos para estruturar o serviço. Financeiros; Garantir os recursos para a pesquisa. Cognitivo: Elaboração da adequação.
Recursos críticos	Político: conseguir o apoio das entidades políticas Financeiro; Necessidades de recursos materiais são pra as reformas da área. Cognitivo: uso de meios de difusão massiva pra fomentar a promoção da saúde nessa faixa etária
Controle dos recursos críticos Ator que controla	Secretaria de saúde
Controle dos recursos críticos Motivação	favorável
Controle dos recursos críticos Ação estratégica	Apresentar o projeto
Ações previstas	Definir os protocolos de atendimento. Administrar as condições para fazer exames necessários para avaliação das adolescentes
Responsável	(Secretaria de saúde)
Prazo	Início em três meses Dois meses Dois meses
Sistema de avaliação e acompanhamento	Dois meses

Quadro 6 - Operações sobre os nós críticos relativos à “alta incidência da gravidez na adolescência na área de abrangência da Atenção Primária à Saúde Novo Cruzeiro do município de Manga-MG, 2015”. Ações para o nó crítico 3: Melhorar o processo de trabalho da equipe de saúde no cumprimento das novas propostas de estratégia saúde

Nó crítico 3	Melhorar o processo de trabalho da equipe
Projeto	Linha de cuidado
Operação	Organizar e implantar agenda da equipe de acordo com as orientações do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde
Resultados esperados	Padronização do manejo clínico adequado; processo de trabalho organizado.
Produtos	Linha guia de atenção à saúde das adolescentes implantada; profissionais da equipe capacitados para uso da linha guia Gestão de linha de cuidado.
Recursos necessários	Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Cognitivo: Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos Organizacional: adequação de fluxos (referência e contra referência).
Recursos críticos	Cognitivo: necessidade do conhecimento da importância do problema existente na população Organizacional: impor taça as vinculação da equipe no trabalho em conjunto?
Controle dos recursos críticos - Ator que controla	Médico Enfermeira
Controle dos recursos críticos - Motivação	Favorável
Controle dos recursos críticos - Ação estratégicas	Apresentar o projeto
Ações previstas	Implantar Linha de cuidado para adolescentes grávidas Capacitar recursos humanos
Responsável	Médica d da ESF e Secretária de Saúde
Prazo	Início em dois meses
Sistema de avaliação e acompanhamento	Dois meses: planificação de reunião de e equipe cada dois meses para avaliar o trabalho e tratar novas estratégias

7.4 Diretrizes e metas

O projeto visa nortear a implantação e implementação de ações de promoção à saúde e prevenção de agravos na adolescência, visando reduzir a vulnerabilidade de adolescentes às doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez não planejada entre os jovens, por meio de desenvolvimento articulado entre escolas, saúde, famílias, comunidade, unidade básica de saúde e outras secretarias e instituições (Organizações da Sociedade Civil, Conselhos, Secretarias da Cultura, Ação Social, Esporte e Lazer, entre outras) que desenvolvam atividades junto à população jovem.

Portanto, os atores responsáveis pela implantação e implementação do projeto no âmbito local devem fomentar estratégias que promovam e garantam ações contextualizadas, continuadas e com participação de todos os segmentos envolvidos. A resposta da articulação dos setores da educação e da saúde é de fundamental importância, pois permite ampla cobertura, atuação em rede e, fundamentalmente, cria condições para a formação de uma cultura de prevenção no cotidiano das escolas e das famílias, favorecendo, desse modo, a adoção de práticas sexuais saudáveis e consequente melhoria na qualidade de vida dos jovens.

Destaca-se a importância da criação de um grupo gestor com representação dos profissionais envolvidos para orientar e gerir a promoção da saúde reprodutiva e sexual dos adolescentes. Criar ainda, espaços consultivos, tais como: fóruns, reuniões ampliadas, grupos de trabalho para que os diferentes segmentos comunitários sejam contemplados na interlocução com o grupo gestor.

Neste contexto, o êxito das ações e consolidação do projeto, depende do compromisso de gestores profissionais de saúde e educação, da escola, dos familiares e da participação ativa da população jovem da comunidade.

Definiram-se e com principais metas:

- a) Profissionais da área da saúde, educação e assistência sociais capacitados para serem multiplicadores, de modo, a permitir à implantação, implementação e incorporação das ações do projeto em política pública.
- b) 70% de aumento na adesão aos contraceptivos reversíveis e no uso de preservativos entre os adolescentes e jovens.

- c) 70% dos jovens e adolescentes conscientes, quanto aos fatores de riscos e proteção às doenças e agravos na adolescência.
- d) 100% das ações monitoradas mensalmente e avaliadas a cada semestre, visando melhoria e o impacto das ações na redução da gravidez na adolescência.

E, como resultados esperados:

- Capacitação de sensibilização e conscientização para educadores Sociais e profissionais da saúde realizadas.
- Acesso dos adolescentes aos métodos contraceptivos reversíveis garantidos.
- Espaço dialógico criado, como forma de promover o empoderamento para a tomada de decisão.
- Monitoramento e avaliação do impacto das ações realizadas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maternidade é, sim, uma benção, uma coisa maravilhosa na vida de uma mulher, mas é também uma responsabilidade imensa. Por isso, deve ocorrer na hora certa, com maturidade. A gravidez precoce pode causar muitos transtornos para a adolescente, sua família e para o bebê.

Sendo assim, o monitoramento e avaliação do Plano de Intervenção ocorrerão por meio de uma planilha de acompanhamento das ações propostas, bem como, por meio da avaliação do indicador de incidência da gravidez no grupo etário de 10-19 anos.

A adolescência é uma fase da vida caracterizada por transformações físicas, psicológicas e sociais e pela descoberta da sexualidade sendo assim período marcado por sentimentos de medo, dúvidas e ansiedade o que a torna mais complexa no advento de uma gravidez.

São muitos os fatores que envolvem a gravidez na adolescência, considerando que as repercussões na vida dos adolescentes são distintas e determinadas pelo contexto social no qual os mesmos estão inseridos, o que torna essencial a materialização da Política de Saúde do Adolescente de forma efetiva como também da articulação de outras políticas públicas. Assim, a gravidez na adolescência se apresenta como uma expressão da questão social presente no cotidiano da sociedade e que, portanto, precisa fazer parte da reflexão contínua dos profissionais da atenção básica à saúde a fim de que possam construir respostas efetivas.

Atuações junto às Equipes de Saúde da Família e a outros atores sociais permitirá um entendimento da problemática real do município e ajudarão a definir as melhores formas de intervenção, com a participação de todos os atores envolvidos, com propostas articuladas para obtenção de melhores níveis de saúde com foco nas implicações da gravidez precoce e de um novo modelo de atenção aos adolescentes e jovens, tornando assim o projeto uma política pública municipal.

A proposta não é apenas de caráter educativo e informativo sobre sexualidade, gravidez, relação sexual, contracepção, entre outros. A participação ativa dos adolescentes, através de dinâmicas e oficinas é importante no sentido de incorporar

o sentimento de pertença e realmente interiorizar reflexões que promovam a construção da autonomia pessoal.

No lugar de ouvintes e meros expectadores, buscar-se-á colocá-los como protagonistas de seus processos de vida. O importante é que o instrumento metodológico possa ser um instrumento transformador da realidade social desses jovens e adolescentes e que eles sejam agentes multiplicadores na comunidade junto ao público jovem.

A construção da proposta prevê o conhecimento do contexto em que o problema está situado, a articulação de ações da ESF, comunidade, família e adolescentes e outros setores na execução de parcerias, a reflexão sobre a causalidade e as consequências do problema central, a elaboração de ações permanentes de promoção da saúde com utilização de todo o conhecimento e recursos disponíveis no serviço de saúde e na comunidade, que possam ter impacto sobre o mesmo.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M. R. *et al.* Fatores de Risco para Gravidez na Adolescência, em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controlado. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol. 31 no. 8. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032009000800006&script=sci_arttext. Acesso em: 18 out. 2015

BELO, M.; A.; V.; SILVA, J; L.; P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Revista de Saúde Pública**, 38(4): 479-87 2004. *Apud* TERCI, T. Estratégias para redução da gravidez na adolescência no estado do Paraná. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialista em Formulação e Gestão de Políticas Públicas, da UNIOESTE – Campus de Cascavel/Escola de Governo do Paraná. Disponível em: http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/artigos/saude/estrategias_para_reducao_da_gravidez_na_adolescencia_no_estado_do_parana.pdf. Acesso em: 7 maio 2016.

BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(7): 1421-1430, julho, 2006. *Apud*: TERCI, T. Estratégias para redução da gravidez na adolescência no estado do Paraná. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialista em Formulação e Gestão de Políticas Públicas, da UNIOESTE – Campus de Cascavel/Escola de Governo do Paraná. Disponível em: http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/artigos/saude/estrategias_para_reducao_da_gravidez_na_adolescencia_no_estado_do_parana.pdf. Acesso em: 7 maio 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE@Cidades. Minas Gerais. Manga. Brasília [online], 2015. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?Lang=&codmun=313930&search=%7Cmanga>. Acesso em: 18 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)**. Brasília, [online] 2015b. Disponível em: <http://decs.bvs.br/P/decsweb2015.htm>. Acesso em: 18 out.2015.

BUENDGENS, B, B; ZAMPIERI, M, A. A adolescente grávida na percepção de médicos e enfermeiros da atenção básica. **Anna Nery Ver de Enf.** n. 16, n. 1, p. 64 – 72 jan - mar, 2012. Disponível em: Acesso em: 1 de abr de 2014

BUENO, G, M. **Variáveis de risco para a gravidez na adolescência**, dissertação de mestrado, 2003. Campinas, São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=245>. Acesso em: 18 maios 2016.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_aval_iacao_das_acoes_de_saude_2/3

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. Introdução à metodologia: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>. Acesso em: 18 out. 2015.

DATASUS. **Indicadores e dados básicos**. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm> Acesso em: 7 nov 2008.

FERNANDES, A. O; SANTOS JÚNIOR JÚNIOR, H. P. O. ROSA GUALDA, D. M. Gravidez na adolescência na Percepção das Mães de Gestantes Jovens. **Actua Paul Enferm**. São Paulo, v. 25, n. 1, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100010. Acesso em: 11 de junho de 2012.

IRA, J.B.; DEMENSTEIN M. Adolescentes avaliando um projeto social em uma unidade básica de Saúde. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.9, n.1, p.37, jan/abr.2004. *Apud*: SILVA, M.F. **Sexualidade e Gravidez na Adolescência**, Minas Gerais, 2011. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização estratégia Saúde da Família. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3005.pdf>> Acesso em: 11 de julho de 2012.

MANFRÉ; QUEIROZ; MATTHES. Considerações Atuais sobre Gravidez na Adolescência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Ribeirão Preto (SP) n.17, v.5, 2010, p. 48 – 54. Disponível em: www.unoeste.br/. Acesso em: Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 48-54, jan./dez. 2010.

MANGA. Prefeitura de Manga. Secretaria Municipal de Manga, Relatório de Gestão. Manga, 2012.

MOOCELLIN; COSTA. A Gravidez na Adolescência, **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, n.4, v.10, 2010, Outubro/Dezembro. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/> Acesso em: 2010 Outubro/Dezembro

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Necessidades de salud de los adolescentes. Informe de on Comitê de Expertos de la OMS. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 1997. (Serie de Informes Técnicos 609). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000115&pid=S0102-311X200400070001200016&lng=en. Acesso em: 1 maio 2016.

PARAGUASSÚ, A.L. C. B. *et al.* Situação sociodemográfica e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de adolescentes, Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(2): 373-380 2005. *Apud*: TERCI, T. Estratégias para redução da gravidez na adolescência no estado do Paraná. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialista em Formulação e Gestão de Políticas Públicas, da UNIOESTE – Campus de Cascavel/Escola de Governo do Paraná. Disponível em: http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/artigos/saude/estrategias_para_reducao_da_gravidez_na_adolescencia_no_estado_do_parana.pdf. Acesso em: 7 maio 2016.

PAUCAR, L. M. O. **Representação da gravidez e aborto na adolescência: estudo de casos em São Luís do Maranhão**. Tese (doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP 2003. *Apud*: TERCI, T. **Estratégias para redução da gravidez na adolescência no estado do Paraná**. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialista em Formulação e Gestão de Políticas Públicas, da UNIOESTE – Campus de Cascavel/Escola de Governo do Paraná. Disponível em: http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/artigos/saude/estrategias_para_reducao_da_gravidez_na_adolescencia_no_estado_do_parana.pdf. Acesso em: 7 maio 2016.

PERSONA *et al.* Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendida num ambulatório de pré-natal. Revista Latino-americana de Enfermagem, 2004 setembro-outubro; 12(5): 745-50. TERCI, T. **Estratégias para redução da gravidez na adolescência no estado do Paraná**. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialista em Formulação e Gestão de Políticas Públicas, da UNIOESTE – Campus de Cascavel/Escola de Governo do Paraná. Disponível em: http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/artigos/saude/estrategias_para_reducao_da_gravidez_na_adolescencia_no_estado_do_parana.pdf. Acesso em: 7 maio 2016.

PINTO, L. F. *et al.* Perfil social das gestantes em unidades de saúde da família do município de Teresópolis. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(1): 205-213 2005. *Apud*: TERCI, T. Estratégias para redução da gravidez na adolescência no estado do Paraná. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialista em Formulação e Gestão de Políticas Públicas, da UNIOESTE – Campus de Cascavel/Escola de Governo do Paraná. Disponível em: http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/artigos/saude/estrategias_para_reducao_da_gravidez_na_adolescencia_no_estado_do_parana.pdf. Acesso em: 7 maio 2016

ROSA, A. J. Novamente grávida: adolescentes com maternidades sucessivas em Rondonópolis – MT. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. *Apud*: TERCI, T. **Estratégias para redução da gravidez na adolescência no estado do Paraná**. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialista em Formulação e Gestão de Políticas Públicas, da UNIOESTE – Campus de Cascavel/Escola de Governo do Paraná. Disponível em: http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/artigos/saude/estrategias_para_reducao_da_gravidez_na_adolescencia_no_estado_do_parana.pdf. Acesso em: 7 maio 2016.

SABROZA, A. R. *et al.* Perfil sociodemográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 1:S112-S120, 2004. *Apud*: TERCI, T. Estratégias para redução da gravidez na adolescência no estado do Paraná. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialista em Formulação e Gestão de Políticas Públicas, da UNIOESTE – Campus de Cascavel/Escola de Governo do Paraná. Disponível em: http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/artigos/saude/estrategias_para_reducao_da_gravidez_na_adolescencia_no_estado_do_parana.pdf. Acesso em: 7 maio 2016.

SILVA, TONETE. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: Compartilhando Projetos de vida e Cuidado. **Revista. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP) n.2 v. 14, março, 2006.

Situação de Saúde. Brasília, 2010. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 11 de junho de 2012.

TERCI, T. Estratégias para redução da gravidez na adolescência no estado do Paraná. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialista em Formulação e Gestão de Políticas Públicas, da UNIOESTE – Campus de Cascavel/Escola de Governo do Paraná. Disponível em: http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/artigos/saude/estrategias_para_reducao_da_gravidez_na_adolescencia_no_estado_do_parana.pdf. Acesso em: 7 maio 2016.

WAISSMAN, A. L. Análise dos fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência. *Apud*: TERCI, T. Estratégias para redução da gravidez na adolescência no estado do Paraná. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialista em Formulação e Gestão de Políticas Públicas, da UNIOESTE – Campus de Cascavel/Escola de Governo do Paraná. Disponível em: http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/artigos/saude/estrategias_para_reducao_da_gravidez_na_adolescencia_no_estado_do_parana.pdf. Acesso em: 7 maio 2016.

XIMENES NETO *et al.* Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem.* , Brasília. 2007 maio-junho; 60(3): 279-85. Gravidez na Adolescência: Motivos e Percepções do Adolescente. *Apud:* TERCI, T. Estratégias para redução da gravidez na adolescência no estado do Paraná. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialista em Formulação e Gestão de Políticas Públicas, da UNIOESTE – Campus de Cascavel/Escola de Governo do Paraná. Disponível em: http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/artigos/saude/estrategias_para_reducao_da_gravidez_na_adolescencia_no_estado_do_parana.pdf. Acesso em: 7 maio 2016,