

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

**ZADIS ALFONSO REYNA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO VISANDO A REDUÇÃO DE  
GESTAÇÕES NÃO PLANEJADAS EM IDADES DE RISCO EM  
CANAFÍSTULA - ALAGOAS**

**MACEIÓ - AL  
2016**

**ZADIS ALFONSO REYNA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO VISANDO A REDUÇÃO DE  
GESTAÇÕES NÃO PLANEJADAS EM IDADES DE RISCO EM  
CANAFÍSTULA - ALAGOAS**

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. Milene Arlinda de Lima Mendes

**MACEIÓ - AL  
2016**

**ZADIS ALFONSO REYNA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO VISANDO A REDUÇÃO DE  
GESTAÇÕES NÃO PLANEJADAS EM IDADES DE RISCO EM  
CANAFÍSTULA - ALAGOAS**

Banca examinadora

Profa. Milene Arlinda de Lima Mendes- orientadora

Prof<sup>a</sup> Patrícia de Cássia da Silva Bezerra

Aprovado em Belo Horizonte, em 28 de abril de 2016.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico em primeiro lugar a meu esposo pela compreensão durante o tempo que estou trabalhando no Brasil.

A minha família em Cuba por apoiar-me em todos os meus projetos.

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço a toda equipe do Núcleo de Educação e Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) pela ajuda durante este processo de desenvolvimento profissional, em especial a minha orientadora Milene Mendes, que ajudou na conclusão do mesmo com paciência e carinho.

## RESUMO

Segundo Buendgens e Zampieri (2012 *apud* MENEZES, 2014, p.36) a gravidez na adolescência no Brasil é enxergada como uma situação de crise individual e um risco social, devido a sua magnitude. Gonsalves (2012) em suas pesquisas entende que não em contraposição à gravidez em idades precoces, a gestação em idades tardias da vida reprodutiva da mulher, também é considerada de risco. Os serviços de saúde também padecem em decorrência de ambas as situações, pois recursos públicos são destinados ao atendimento de complicações durante a gestação nessas duas fases da vida, que podem acarretar sérios problemas de saúde tanto para mãe quanto para o seu rebento, ou até mesmo a morte. Em Canafístula, no município de Arapiraca, no primeiro trimestre de 2014, de um total 28 grávidas, 08 delas tinham idade inferior a 18 anos (28,5 %) e 9 tinham mais de 35 anos (32,1 %), e nenhuma dessas gestações foram planejadas, além disso, 24 grávidas (85,7 %) com história obstétrica de abortos, referiram que foram espontâneos (ALAGOAS, 2014). O presente projeto é orientado à redução de gestações não planejadas em idades de risco (adolescência e maior de 35 anos de idade) na Equipe de Saúde da Família 03 de Canafístula. Para fundamentar o plano foram realizadas pesquisas na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Google Acadêmico com os descritores: Gravidez na adolescência, Gravidez tardia, Planejamento familiar. Também se pesquisou na Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais e documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca. Pretende-se com a intervenção fomentar ações educativas que envolvam questões sobre o uso de anticoncepcionais, os riscos e as complicações das gestações não planejadas, a importância do planejamento familiar, bem como, buscar aumentar a oferta de outros métodos anticoncepcionais, além dos hormonais e o acesso aos métodos definitivos de contracepção.

**Palavras-chaves:** Gravidez na adolescência, Gravidez tardia, Planejamento familiar.

## ABSTRACT

According Buendgens and Zampieri (2012 apud Menezes, 2014, p.36) teenage pregnancy in Brazil is enxergada as an individual crisis and a social risk, due to its magnitude. Gonsalves (2012) in their research understands that not as opposed to pregnancy at an early age, pregnancy in late ages of reproductive life of a woman it's also considered risky. Health services also suffer the result of both situations, because public resources was used in the treatment of complications during pregnancy in these two phases of life, which can cause serious health problems for both mother and for her offspring, or even the death. In Canafistula in the city of Arapiraca in the first quarter of 2014, a total 28 pregnant women, 08 of them were younger than 18 (28.5%) and 9 were over 35 years old (32.1%), and no these pregnancies were planned, in addition, 24 pregnant women (85.7%) with obstetric history of abortions, said it was spontaneous (ALAGOAS, 2014). This project is aimed at reducing unplanned pregnancies at risk of ages (teens and older than 35 years old) in the Family Health Team 03 Canafistula. To support the plan it's were carried out research in the Scientific Electronic Library Online database (SCIELO), Google Scholar with the descriptors: Teenage pregnancy, late pregnancy, family planning. Also searched the Virtual Library of the Community Health Education Center (NESCON) of the Federal University of Minas Gerais and documents of the Municipal Arapiraca Health. The aim of the intervention foster educational actions involving questions about the use of contraceptives, the risks and complications of unplanned pregnancies, the importance of family planning, as well as seek to increase the supply of other contraceptive methods, in addition to hormonal and access to definitive methods of contraception.

Keywords: Adolescent pregnancy, late pregnancy, family planning.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1. Operações sobre o problema “nó crítico 1” Insuficiente conhecimento dos riscos e das complicações das gestações não planejadas na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3 de Canafístula, Arapiraca, Alagoas. ....p.22
- Quadro 2. Operações sobre o problema “nó crítico 2” Inadequado uso dos anticoncepcionais e/ou abandono dos mesmos na população feminina sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, Canafístula, Arapiraca, Alagoas. ....p.24
- Quadro 3. Operações sobre o problema “nó crítico 3” Baixa cobertura de outros métodos anticoncepcionais (além dos hormonais) e baixo acesso aos métodos definitivos de contracepção na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, Canafístula, Arapiraca, Alagoas. ....p.25



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AMA	Associação dos Municípios Alagoanos
AMC	Associação dos Moradores de Canafístula
CAPS	Centro de Atenção Psicológico e Social Psicossocial
CASAL	Companhia de Saneamento de Alagoas
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PMS	Plano Municipal de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SCNES	Sistema de Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	10
2. JUSTIFICATIVA .....	14
3. OBJETIVOS .....	16
3.1 Objetivo geral .....	16
3.2 Objetivos específicos .....	16
4. METODOLOGIA.....	17
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	18
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	22
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	29
REFERÊNCIAS.....	31

## 1. INTRODUÇÃO

O município de Arapiraca tem seu nome proveniente de uma árvore típica do agreste e do sertão. E foi a sombra de uma Arapiraca, localizada as margens do Riacho Seco que Manoel André Correia dos Santos, precursor da cidade, parou para descansar. Na ocasião ele teve a ideia de construir uma cabana naquele lugar. Passados alguns anos, com a chegada de outras famílias, a árvore Arapiraca ficou rodeada por um povoado. A região começou a ser povoada na primeira metade do século XIX (IBGE, 2010; AMA, 2014).

Em 1864 a esposa de Manoel André faleceu e em sua homenagem ele resolveu edificar sobre sua sepultura a capela de Santa Cruz, elegendo como padroeira Nossa Senhora do Bom Conselho, que permanece até os dias atuais. Já em maio de 1924, por meio da lei estadual nº. 1009, Arapiraca é elevada a categoria de município, desmembrando-se do distrito de Limoeiro (IBGE, 2010; AMA, 2014).

No final do século XIX foi introduzida por Francisco Magalhães a cultura do fumo. Em 1930, a cultura do fumo passa a ser desenvolvida em currais, aumentando as áreas de cultivo e partir de 1945 torna-se a principal cultura da região. Na década de 50 houve um avanço na extensão do plantio e esse fato culminou na instalação de empresas de fumo na cidade. A produção do fumo no Brasil alcançou o seu ápice produtivo entre os anos de 1960 e 1970. Arapiraca ganhou destaque, sendo intitulada “Capital Brasileira do Fumo” (ALAGOAS, 2013a; AMA, 2014).

A partir do final da década de 90, por inúmeros fatores, houve o declínio do ciclo do fumo. A distribuição da riqueza produzida não ocorreu de maneira igualitária, beneficiando tanto a cidade como o meio rural, e, além disso, não proporcionou ao setor público recursos compatíveis com a circulação de riquezas. O declínio do ciclo do fumo colaborou para o desenvolvimento de um modelo mais diversificado de economia (ALAGOAS, 2013a).

De acordo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), Arapiraca é a principal cidade do agreste alagoano e a segunda maior do estado, tendo uma área de 345, 655 km<sup>2</sup> e dista 120 quilômetros da capital, Maceió. Limita-se ao norte com o município de Igaci, ao sul com o município de São Sebastião, a leste com os municípios de Coité do Noia e Limoeiro de Anadia, a oeste com os

municípios de Lagoa da Canoa, Girau do Ponciano e Feira Grande, a noroeste com o município de Craíbas e a sudeste com o município de Junqueiro.

O município possui aproximadamente 214.006 habitantes, dos quais 101.884 são do sexo masculino e 112.122 do sexo feminino, 181.481 residem na zona urbana e 32.525 na zona rural. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,649 e a taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade é de 22,5% (IBGE, 2010; AMA, 2014).

Conforme o Plano Municipal de Saúde (PMS, 2014-2017), o município de Arapiraca não possui sistema público de esgotamento sanitário, somente pequenos sistemas coletivos independentes, que atendem aproximadamente 5,5% da população, o restante fazem uso de sistemas individuais, como fossas sépticas com sumidouros, ocorrendo também o lançamento de águas nas vias públicas. Por vários anos não houve investimentos neste setor. Na zona rural, a população faz uso do sistema alternativo de esgotamento sanitário que não é operado pela Companhia de Saneamento de Alagoas (CASAL), com uso de fossas negras, onde comumente os esgotos são lançados a céu aberto.

Em se tratando de abastecimento de água, o sistema coletivo do Agreste implantado em 1973 e ampliado em 1996 atende aproximadamente a 80,9% da população urbana, o que equivale a cerca de 240 mil habitantes, o restante da população utiliza fontes alternativas (ALAGOAS, 2013a).

No que tange a organização do Sistema Municipal de Saúde, Arapiraca é município pólo da 2ª Macrorregião, que perfaz 46 municípios, sendo sede da 7ª região de saúde, composta por 17 municípios. É referência para aproximadamente 56 municípios no atendimento para Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. A rede de saúde no município é estruturada com cento e nove Estabelecimentos de Saúde cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), prestadores de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Deste montante, cento e um estão sob gestão municipal e oito estadual (ALAGOAS, 2013a).

Dos vários serviços de saúde que Arapiraca dispõe destacam-se: 02 Centros de Atenção Psicossocial, 34 Centros de Saúde/Unidades Básicas Municipais, 01 Pronto Socorro Geral, 06 Postos de Saúde, 02 Hospitais Especializados, 01 Centro de Atenção a Hemoterapia e/ou Hematologia, 01 Central de Regulação de Serviços

de Saúde, 19 Unidades de Apoio Diagnóstico e Terapia, além do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (ALAGOAS, 2013a).

Canafístula é um povoado antigo, fundado por Domingos Nunes Barbosa, que o progresso transformou num populoso bairro de Arapiraca. O bairro Canafístula tem o nome originário de uma árvore da família das acácias, que existia em grande quantidade na região. Está localizado na periferia da cidade de Arapiraca, sendo um bairro tradicional, tendo seus primeiros habitantes oriundos das cidades de Anadia, Feira Grande e Palmeira dos Índios, iniciaram a povoação no começo do século passado (ZEZITO, 1999; ALAGOAS, 2013b).

Canafístula foi um dos mais potentes celeiros do chamado tijolo comum e cerâmica rústica para pisos, por conta da abundância de argila no local. Atualmente mais parece uma pequena cidade do que propriamente um bairro da grande Arapiraca (ALAGOAS, 2013b).

A população do bairro de Canafístula conta com uma Unidade Básica de Saúde (UBS), que foi inserida no serviço de saúde do município em abril de 1988 e funciona na própria comunidade, sendo uma das mais antigas da cidade, onde trabalham três equipes de saúde, constituindo porta de entrada e primeiro contato dos usuários com o SUS. Com o acréscimo populacional percebe-se que se faz necessário à construção de uma nova unidade de saúde na região, visando contemplar as áreas descobertas (ALAGOAS, 2014).

A USB dispõe de 06 salas para consultórios, sendo dois com banheiros para realização de citologia. Possui ainda, 01 sala de vacina; 01 sala de pré-consulta; 01 sala de observação e nebulização; 01 sala de expurgo; 01 sala de esterilização; 01 sala para curativos, assim como equipamentos e outros recursos materiais necessários para a atenção básica dos usuários (ALAGOAS, 2014).

Cada equipe é formada por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS) e um assistente social, além disso, a unidade conta com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF-I) (ALAGOAS, 2014).

A população de abrangência da USB tem elevado número de desempregados, onde a grande maioria vive de bolsa família (benefício financeiro do Governo Federal), com situação educacional de 50% de alfabetizados. Há um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e uma Associação ligada às

igrejas que oferecem cursos para jovens e alimentam famílias carentes. A área tem mais de 85% da população cadastrada no SUS, um total de 1.126 famílias, com 2.593 habitantes (ALAGOAS, 2014).

Por meio das atividades do Módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), foi possível realizar um diagnóstico situacional do município e da unidade foco deste projeto. A Equipe do Programa Saúde da Família (PSF-3) de Canafístula realizou tal ação considerando consultas pré-natais, visitas domiciliares, entrevistas e observação ativa, constituindo fatores fundamentais para identificação dos principais problemas de saúde e priorização daquele de maior relevância. O problema prioritário reside em elevado número de gravidezes em idades de risco, menor de 18 anos e maior de 35, aumentando a cada dia, e 100% dessas não são planejadas (ALAGOAS, 2014).

## 2. JUSTIFICATIVA

Tanto Rocha e Minervino (2009) como Vieira (2013) apontam que os indicadores de saúde materna são considerados muito sensíveis às desigualdades sociais, refletindo condições diferenciadas de vida e de acesso a recursos sociais (saúde, educação, renda, trabalho, segurança, participação) entre diversos grupos da população, e as formas como classe social, gênero e raça/etnia se entrelaçam e operam como determinantes sociais da saúde. No Brasil, a maioria das mortes e morbidades maternas severas resulta de causas consideradas evitáveis, como hipertensão, hemorragia, infecção ou complicações de abortamento. Isso significa, que o acesso a uma assistência à saúde oportuna, humanizada e de boa qualidade evitaria que muitas mulheres perdessem suas vidas por motivos reprodutivos.

Segundo Buendgens e Zampieri (2012 *apud* MENEZES, 2014, p.36) a gravidez na adolescência no Brasil é enxergada como uma situação de crise individual e um risco social, devido a sua magnitude. Em geral leva ao abandono escolar e do trabalho, gerando uma queda no orçamento familiar, pauperização e maior dependência econômica dos pais, além dos conflitos familiares, que vão desde a falta de aceitação até o incentivo ao aborto pelos familiares e pelo parceiro e ainda o abandono do parceiro. Além disso, a discriminação social e o afastamento dos grupos de sua convivência interferem na estabilidade emocional da adolescente, gerando prejuízos irreparáveis para sua formação social e psicológica.

Aprofundando nas questões fisiológicas, é importante destacar que a adolescente grávida pode enfrentar diversas ameaças relacionadas à sua saúde e à do conceito, destacando-se: trabalho de parto prematuro, bebê pequeno para a idade gestacional, toxemia gravídica e anemia ferropriva por carência de ingestão de ferro (MACHADO, 2004; DIAS e TEIXEIRA, 2010 *apud* MENEZES, 2014, p.36-37).

Gonsalves (2012) em suas pesquisas entende que não em contraposição à gravidez em idades precoces, a gestação em idades tardias da vida reprodutiva da mulher, também é considerada de risco. O Ministério da Saúde (MS) aponta o fator de risco gestacional pré-existente a idade materna maior que 35 anos, o que exige uma atenção maior durante a realização do pré-natal. Na atualidade, a incidência de gestação em mulheres com idade avançada está relacionada ao melhor nível social e econômico, maior nível educacional, postergação do casamento e menor paridade.

O autor compreende que apesar desses fatores, que favorecem a incidência da gravidez tardia, ela ainda é agregada a eventos obstétricos adversos. Maiores riscos para complicações relacionadas à gravidez e ao parto podem ser associadas à ampliação da frequência de doenças crônicas e pior condição física. O risco de mortalidade materna aumenta proporcionalmente à idade, sobretudo nos países em desenvolvimento, em decorrência da deficiência de cuidados apropriados. A idade materna avançada comumente é identificada por apresentar comorbidades pré-gestacionais, como diabetes e hipertensão arterial crônica, o que justifica, em parte, as maiores taxas de pré-eclâmpsia.

A área de abrangência do Programa de Saúde da Família (PSF-03) de Canafistula possui um número significativo de gestantes adolescentes e com mais de 35 anos de idade, cujas gravidezes são desejadas, mas não planejadas. Sendo assim, este trabalho se justifica pela relevância epidemiológica da gravidez na adolescência e em idades tardias da vida reprodutiva da mulher, sem planejamento prévio adequado e pela necessidade de orientar, informar e prevenir aos usuários da área do PSF-03 sobre os riscos e consequências que a gravidez nessas idades pode acarretar.

Pretende-se desenvolver ações de promoção a saúde no período pré concepcional, orientar à população sobre a saúde sexual e reprodutiva, trabalhar nos objetivos do planejamento familiar com as mulheres com risco reprodutivo pré-concepcional e puerpério mediato.



### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Propor um plano de intervenção visando à redução de gestações não planejadas em idades de risco (adolescência e maior de 35 anos de idades) na Equipe de Saúde da Família 03 de Canafístula.

#### **3.2 Objetivos específicos**

1. Sensibilizar os atores sociais envolvidos no projeto sobre a importância da sua execução;
2. Identificar os fatores associados à ocorrência de gravidezes não planejadas em idades de risco, na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 03 de Canafístula;
2. Elaborar estratégias que possam amenizar os fatores associados ao problema eleito;

#### 4. METODOLOGIA

Os profissionais de saúde do PSF-3 de Canafístula realizaram uma análise situacional de saúde, onde foram considerados meios informativos como os prontuários, consulta com o ginecologista, contato diário com os usuários e reuniões com pacientes em grupos operativos. A partir daí, foi possível levantar os principais problemas que acometem a região e priorizar o de maior relevância, que foi: o elevado número de gestantes em idades de risco, adolescentes e mulheres com idade superior a 35 anos na área de abrangência. Foi observado que no ano de 2014 todas as mulheres grávidas nestas faixas etárias e vinculadas ao PSF em questão, não planejaram a gravidez.

Diante do exposto, percebeu-se a importância de elaborar uma proposta de intervenção para diminuir a incidência de gestações não planejadas, seguindo o modelo apresentado no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde. Em consequência a situação apresentada anteriormente, vislumbrou-se a necessidade de realizar ações de promoção à saúde no intuito de atingir o objetivo do planejamento familiar.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme os textos da seção 1 do Módulo de Iniciação à metodologia (CORRÊA, VASCONCELOS, SOUZA, 2013) e seção 2 do Módulo de Planejamento (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010), além de uma revisão de literatura, utilizando os descritores: gravidez na adolescência, gravidez tardia e planejamento familiar.

Para fundamentar o plano foram realizadas pesquisas na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Google Acadêmico com os descritores: Gravidez na adolescência, Gravidez tardia, Planejamento familiar. Também se pesquisou na Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais e documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca.

## 5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Atualmente o planejamento familiar é um direito garantido pela Constituição e é considerada a maneira mais eficiente de garantir a qualidade de vida das famílias brasileiras, além de prevenir a gravidez não planejada, as gestações de alto risco, reduzir os índices de abortos inseguros e por consequência a mortalidade materna e infantil. A cada ano, cerca de 80 milhões de mulheres em todo o mundo enfrentam a situação de ter uma gravidez não planejada, número que vem aumentando nas últimas décadas. A ocorrência desse fenômeno é responsável por um risco adicional no número de abortamentos e, além do episódio em si, aumenta o risco de morbimortalidade associadas ao aborto. Essa situação é muito relevante na América do Sul, onde o número de procedimentos abortivos clandestinos está próximo dos quatro milhões por ano (GURGEL *et al.*, 2008).

Conforme Gipson, Koenig e Hindin (2008 *apud* SHANCHES 2013, p.23) gravidez não planejada é toda a gestação que não foi programada pelo casal ou, pelo menos, pela mãe. É indesejada quando vai de encontro aos anseios e às expectativas do casal, ou inoportuna, quando acontece em uma fase considerada desfavorável. Os dois casos são responsáveis por vários agravos ligados à saúde reprodutiva materna e perinatal. A sua ocorrência traz impacto relevante na oferta de cuidados de pré-natal, na orientação sobre aleitamento materno, no estado nutricional infantil e nas taxas de morbimortalidade materno-infantil. Apesar de pouco estudada, a gravidez não planejada representa risco ampliado de ansiedade e de depressão, principalmente no período puerperal.

A gestação na adolescência é um problema mundial de saúde pública, uma vez que alcança principalmente a classe social mais carente e de menor escolaridade, sendo na maioria das vezes não planejada. Cerca de 1,1 milhão de adolescentes engravidam por ano no Brasil, e esse número continua aumentando. O índice de adolescentes e jovens brasileiras grávidas é atualmente 2% maior do que na última década, as meninas entre 10 a 20 anos correspondem a 25% dos partos feitos no país (BRUNO, 1999; BRASIL, 2006).

No Brasil, a população adolescente está inserida na faixa etária entre 10 e 19 anos segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) já para o Estatuto da Criança e do Adolescente essa faixa muda de 12 a 18 anos.

Para Costa e Heilborn (2006 *apud* PEREIRA, MILÃO e BELASCO, 2013, p.42-43) os riscos da gravidez entre adolescentes, não são simplesmente decorrentes do fator idade, entretanto existem riscos biológicos, psíquicos e sociais importantes. Quanto ao fator idade, podemos ponderar duas faixas etárias, a adolescência precoce de 11 a 15 anos e a tardia de 16 a 19 anos. Na primeira fase os riscos são maiores. Um fator é a idade ginecológica que é menor, ou seja, quanto menor for à diferença entre a idade cronológica da paciente e o período da primeira menstruação, maior o risco para a gestação, em virtude da imaturidade da vascularização uterina, acarretando um parto prematuro ou uma placenta insuficiente. Essa faixa etária coincide com a maior proporção de não aceitação da gestação, maior postergação do início do pré-natal, ocasionando falta de orientação alimentar, anemia, infecções urinárias e/ou vaginais, pré-eclâmpsia e também um maior trabalho psíquico-social.

Rocha e Minervino (2009) em relação às situações de vulnerabilidade social, afirmam que também têm sido identificadas entre mães adolescentes com menos de 15 anos, além de desvinculação dos pais, desinformação sobre saúde sexual e reprodutiva e baixa escolaridade para a idade. Chamam a atenção para o fato de que meninas adolescentes são as principais vítimas de violência e exploração sexual ou resultam de uniões conjugais precoces, geralmente com homens mais velhos, principalmente quando se encontram em situações de intensa vulnerabilidade, como aquelas que vivem em extrema pobreza.

Os autores reforçam que essas adolescentes também estão expostas a outros tipos de violência e a maior exposição a doenças sexualmente transmissíveis. Outra realidade é o início do pré-natal tardio, pois numa fase precoce da vida reprodutiva, maior do que os riscos biológicos são os psicossociais. Em geral, a adolescente para de estudar, trabalhar e tem sentimentos de diminuição de autoestima, depressão e algumas vezes pensam até em suicídio.

De acordo com Yazlle, Franco e Michelazzo (2009) em suas pesquisas com adolescentes de baixa renda, a gravidez não estaria relacionada com as vivências afetivas pessoais advindas da família, e sim de um fator de imitação transgeracional. Pôde-se perceber que a maior parte das adolescentes que engravidaram tiveram mães com história de gravidez na adolescência. Dentre as complicações dos recém-

nascidos das mães adolescentes, observam-se maus tratos e descuidos, o que pode se estender à criança com mais idade e principalmente no primeiro ano de vida, o que tem sido associado a maior incidência de desnutrição e acidentes domiciliares.

Estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que a incidência de recém-nascidos gerados por mães adolescentes com baixo peso é duas vezes maior que o de mães adultas e a taxa de morte neonatal é três vezes maior (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Machado (2011) aponta um aspecto importante, o critério sobre a idade ideal para dar à luz evoluiu com o tempo. Na década de 1960, considerava-se ideal a faixa entre os 18 e os 25 anos. Quando a mulher dava à luz pela primeira vez depois dos 25 anos, era classificada de primigesta idosa. Hoje em dia, admite-se que a idade “ideal” para a primeira gravidez vai dos 20 aos 30 anos. Diante da tendência de as mulheres engravidarem mais tarde, é possível que, daqui a alguns anos, esses números sejam reconsiderados e o período alargado significativamente.

De modo geral, o universo feminino mudou muito a partir de 1960. O movimento crescente e contínuo pela busca da liberdade feminina coloca em xeque um ponto fundamental: o controle da sexualidade da mulher. Concomitantemente, o desenvolvimento de métodos anticoncepcionais seguros lhes consentiu escolher o momento oportuno para engravidar. Levando em conta essas novas perspectivas de desenvolvimento pessoal e carreira, algumas passaram a optar por ter filhos mais tarde, depois dos 35 anos (ARANTES, 2010; MACHADO, 2011).

A idade é sem dúvida um fator limitante na vida reprodutiva da mulher. É considerada tardia a gestação com idade superior a 35 anos e é compreendida como de risco não importa o estado de saúde da mulher, em decorrência do crescente risco de síndrome hipertensiva, maior ganho de peso, presença de obesidade e miomas. Apesar desses fatores tem aumentando consideravelmente, conforme vem sendo mostrado em estudos no âmbito nacional e internacional (CABRAL, 2003).

Leal (2000) pondera que sob o aspecto epidemiológico, a literatura científica tem apontado que as gestações em idades maiores de 35 anos estão associadas ao crescimento na frequência de algumas complicações; incluindo pré-eclâmpsia, apresentações anômalas, sofrimento fetal intraparto, parto por cesárea, hemorragia puerperal, diabetes gestacional, que duplica as chances de desenvolvê-la. Ademais

pode acarretar placenta prévia, ocorrência de doença de base preexistente, cromossomopatias numéricas ou estruturais, a principal é a síndrome de Down, o risco de ter um bebê com a doença é de um em cada 350 nascimentos.

## 6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), o projeto de intervenção facilita o planejamento de todas as ações necessárias para atingir o resultado desejado. Tendo sido priorizado o problema, foram identificadas suas principais causas modificáveis, descritas na forma de nós crítico.

No momento do planejamento a equipe discutiu sobre os problemas identificados, priorizou o de maior relevância, identificando suas principais causas modificáveis, após a identificação dos nós críticos, foram identificadas estratégias para solucioná-los.

O problema prioritário é a incidência elevada de gestações não planejadas em idades de risco, pois no primeiro trimestre de 2014 de um total 28 grávidas, 8 delas tinham idade menor de 18 anos (28,5 %) e 9 tinham mais de 35 anos (32,1 %). (ALAGOAS, 2014)

### **Quadro 1. Operações sobre o problema “nó crítico 1” Insuficiente conhecimento dos riscos e das complicações das gestações não planejadas na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3 de Canafístula, Arapiraca, Alagoas.**

<b>Nó crítico</b>	Insuficiente conhecimento dos riscos e das complicações das gestações não planejadas.
<b>Projeto/operação</b>	<b>Viver com saúde</b> Informar às mulheres grávidas e em idades férteis sobre os riscos reprodutivos. Orientação nas consultas do pré-natal, no grupo operativo de gestantes e nas visitas domiciliárias (primeira semana de saúde integral), alertando sobre a importância do uso de anticoncepcionais.
<b>Resultados esperados</b>	Aumentar os conhecimentos em 70%; Diminuir os períodos intergenésicos curtos; Conscientizar à população sexualmente ativa sobre a importância do planejamento familiar.

<b>Produtos esperados</b>	Rodas de conversas e campanhas educativas na rádio local e nas igrejas; Consultas de planejamento familiar e risco pré-concepcional; Palestras nos grupos operativos de adolescentes e gestantes.
<b>Atores sociais/Responsabilidades</b>	1. Setor de Comunicação Social: Divulgação da imagem, da missão, das ações e dos objetivos estratégicos do Ministério da Saúde (MS), relacionando esses com a área de atuação. 2. Secretária de Municipal de Saúde: Planejar, desenvolver, orientar, coordenar e executar a política de saúde do município.
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: Espaço físico para realizar as rodas de conversas e elaboração de materiais educativos. Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação. Político: Mobilização social e articulação Inter setorial com a rede de ensino e a rádio comunitária. Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.
<b>Recursos críticos</b>	Político: mobilização social e articulação Inter setorial com a redes de ensino e a rádio comunitária. Financeiro: para aquisição de recursos.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Setor de Comunicação Social; Secretária Municipal de Saúde.
<b>Ações estratégicas</b>	Promover educação e saúde através do grupo operativo de planejamento familiar; Rodas de conversas e campanhas educativas com informações sobre o tema; Articulação Inter setorial.
<b>Responsáveis</b>	Equipe de Saúde da Família 3 de Canafístula
<b>Prazo</b>	6 meses.



**Quadro 2. Operações sobre o problema “nó crítico 2” Inadequado uso dos anticoncepcionais e/ou abandono dos mesmos na população feminina na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, Canafístula, Arapiraca, Alagoas.**

<b>Nó crítico</b>	Inadequado uso dos anticoncepcionais e/ou abandono dos mesmos na população feminina.
<b>Projeto/operação</b>	<p><b>Saber +</b></p> <p>Capacitação das mulheres em idades férteis e adolescentes sobre o uso correto dos anticoncepcionais;</p> <p>Aumentar número de consultas de planejamento familiar às puérperas e mulheres com risco reprodutivo pré-concepcional;</p> <p>Orientar as mulheres a evitar o abandono dos anticoncepcionais;</p> <p>Orientar as mulheres a evitar utilização de anticoncepcionais hormonais sem prescrição médica.</p>
<b>Resultados esperados</b>	<p>Reduzir a incidência das gestações não planejadas na área de abrangência;</p> <p>Diminuir a incidência de automedicação com anticoncepcionais hormonais na população feminina;</p> <p>Diminuir o abandono do anticoncepcional sem orientação de um profissional.</p>
<b>Produtos esperados</b>	<p>Palestras e campanhas educativas na rádio local;</p> <p>Consultas de planejamento familiar e risco pré-concepcional;</p> <p>Palestras nos grupos operativos de adolescentes e gestantes.</p>
<b>Atores sociais/Responsabilidades</b>	<p>1. Setor de Comunicação Social: Divulgação da imagem, da missão, das ações e objetivos estratégicos do MS, relacionando esses com a área de atuação.</p> <p>2. Secretária de Municipal de Saúde:</p>

	Planejar, desenvolver, orientar, coordenar e executar a política de saúde do município.
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: Espaço físico para realizar as palestras e elaboração de materiais educativos. Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação. Político: Mobilização social e articulação Inter setorial com a rede de ensino e a rádio comunitária. Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.
<b>Recursos críticos</b>	Político: mobilização social e articulação Inter setorial com a redes de ensino e a rádio comunitária. Financeiros: para aquisição de recursos.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Setor de Comunicação Social; Secretária de Saúde
<b>Ações estratégicas</b>	Promover educação e saúde através do grupo operativo de planejamento familiar; Palestras e campanhas educativas com informações sobre o tema; Articulação Inter setorial.
<b>Responsáveis</b>	Equipe de Saúde da Família 3 de Canafístula
<b>Prazo</b>	6 meses.

**Quadro 3. Operações sobre o problema “nó crítico 3” Baixa cobertura de outros métodos anticoncepcionais (além dos hormonais) e baixo acesso aos métodos definitivos de contracepção na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, Canafístula, Arapiraca, Alagoas.**

<b>Nó crítico</b>	Baixa cobertura de outros métodos anticoncepcionais (além dos hormonais) e baixo acesso aos métodos definitivos de contracepção.
<b>Projeto/operação</b>	<b>Cuidar melhor</b> Aumentar as atividades de promoção e divulgação

	<p>dos métodos anticoncepcionais, principalmente os definitivos;</p> <p>Encaminhar as mulheres grávidas de alto risco às consultas de Obstetrícia para planejar laqueadura tubaria com consentimento informado do casal;</p> <p>Encaminhar os homens que desejam fazer Vasectomia à consulta de Urologia;</p> <p>Discutir com a assistente social os casos de mulheres com risco social elevado e que desejem usar método anticoncepcional irreversível, no sentido de encontrar melhores estratégias para obter autorização da Secretaria Municipal de Saúde para esse procedimento;</p> <p>Orientar através de palestras às gestantes sobre a laqueadura tubaria planejada após parto normal, no puerpério imediato.</p>
<b>Resultados esperados</b>	<p>Aumentar a oferta dos métodos definitivos de contracepção;</p> <p>Aumentar os conhecimentos sobre as vantagens da Vasectomia e diminuir os tabus sobre essa questão, principalmente na população masculina;</p> <p>Garantir a laqueadura tubaria pelo menos às mulheres com alto risco obstétrico e aquelas com alto risco social que não desejam ter mais filhos;</p> <p>No caso de parto normal, contribuir para diminuição da resistência das mulheres grávidas fazerem a laqueadura tubaria planejada no puerpério imediato.</p>
<b>Produtos esperados</b>	<p>Maior cobertura pelo SUS dos métodos anticoncepcionais definitivos;</p> <p>Aumentar o uso correto dos anticoncepcionais definitivos providenciados pelo SUS;</p> <p>Aumentar o número de homens conhecedores sobre a importância de se fazer a Vasectomia como forma contraceptiva;</p> <p>Aumentar o número de laqueadura tubaria em</p>

	mulheres com alto risco obstétrico e com alto risco social.
<b>Atores sociais/Responsabilidades</b>	<p>1. Setor de Comunicação Social: Divulgação da imagem, da missão e das ações e objetivos estratégicos do MS, relacionando esses com a área de atuação.</p> <p>2. Secretária de Municipal de Saúde: Planejar, desenvolver, orientar, coordenar e executar a política de saúde do município.</p>
<b>Recursos necessários</b>	<p>Organizacional: Elaboração de palestras de educação em saúde.</p> <p>Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação.</p> <p>Político: Mobilização social e articulação inter setorial com a rede de ensino e a rádio comunitária. Sensibilizar a gestão sobre necessidade de aumentar a oferta de métodos anticoncepcionais irreversíveis para mulheres com alto risco obstétrico e com alto risco social.</p> <p>Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.</p>
<b>Recursos críticos</b>	<p>Político: mobilização social e articulação Inter setorial com a redes de ensino e a rádio comunitária.</p> <p>Sensibilizar a gestão sobre necessidade de aumentar a oferta de métodos anticoncepcionais irreversíveis para mulheres com alto risco obstétrico e com alto risco social.</p> <p>Financeiros: para aquisição de recursos.</p>
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Setor de comunicação Social e Secretária Municipal de Saúde.
<b>Ações estratégicas</b>	<p>Promover educação e saúde através do grupo operativo de educação sexual;</p> <p>Palestras e campanhas educativas com informações sobre o tema;</p>

	Articulação Inter setorial.
<b>Responsáveis</b>	Equipe de Saúde da Família 3 de Canafístula
<b>Prazo</b>	6 meses.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com as pesquisas realizadas percebe-se que a gravidez na adolescência pode acarretar consequências desastrosas na vida dessa população, pois além dos riscos biológicos tanto para mãe quanto para o bebê, essa problemática reflete em fatores psicossociais, uma vez que essas jovens passam a se preocupar com a instabilidade financeira, com o abandono dos parceiros (em muitos casos), têm que se ausentar da escola e do trabalho, precisam enfrentar a pressão psicológica da família e o julgamento da sociedade, além de sofrerem com a expectativa de como vão cuidar de outra vida.

Não divergente do caso anterior, a gravidez acima de 35 anos também oferece riscos a saúde tanto da gestante como da criança. No caso da mãe pode ocasionar pré-eclâmpsia, maior possibilidade de parto cesariano, hemorragia puerperal, diabetes gestacional, que amplia substancialmente a probabilidade dessa doença evoluir. Já o bebê tem grandes chances de nascer com algum distúrbio genético, como a síndrome de Down, por exemplo.

Os serviços de saúde também padecem em decorrência de ambas as situações, pois recursos públicos são destinados ao atendimento de complicações durante a gestação nessas duas fases da vida, que podem acarretar sérios problemas de saúde tanto para mãe quanto para o seu rebento, ou até mesmo a morte.

Em Canafistula, no município de Arapiraca, os dados não refutam a literatura, pois no primeiro trimestre de 2014, de um total 28 grávidas, 8 delas tinham idade inferior a 18 anos (28,5 %) e 9 tinham mais de 35 anos (32,1 %), e nenhuma dessas gestações foram planejadas; além disso, 24 das grávidas (85,7 %) com história obstétrica de abortos, referiram que foram espontâneos (ALAGOAS, 2014).

Avaliza-se que a forma mais eficiente de atenuar os índices de gravidezes não planejadas e/ou indesejadas é apostar na junção da educação sexual, planejamento familiar, acesso à contracepção (pré-coito, coital e pós-coito), assim como cuidados de saúde integral, no contexto da saúde pública.

Assim sendo, o presente projeto é orientada à redução de gestações não planejadas em idades de risco (adolescência e maior de 35 anos de idade) na Equipe de Saúde da Família 03 de Canafistula, por meio de ações educativas que envolvam questões sobre o uso de anticonceptivos, os riscos e as complicações das

gestações não planejadas, a importância do planejamento familiar, além de buscar aumentar a oferta de outros métodos anticoncepcionais, além dos hormonais, e o acesso aos métodos definitivos de contracepção.

## REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Associação dos Moradores de Canafístula, Arapiraca, 2013b. Disponível em <<http://www.acaogrio.org.br/acaogrio-blogs/2013/03/14/associacao-dosmoradores-e-amigos-da-comunidade-de-canafistula/#informacoes-gerais>> Acesso em: 15 jan. 2016.

ALAGOAS. *Plano Municipal de Saúde de Arapiraca*, quadriênio, 2014-2017, Arapiraca, Alagoas 2013a. Disponível em: <<http://news.arapiraca.al.gov.br/noticias/downloads/downloads/dw180/planomunicipaldesaude20142017.pdf>> Acesso em: 21 jan. 2016.

ALAGOAS. Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca. Unidade Básica de Saúde de Canafístula. *Relatório Técnico*, Arapiraca, 2014.

ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS ALAGOANOS (AMA). **Arapiraca**, Alagoas, 2014 Disponível em: <<http://www.ama.al.org.br/municipio/arapiraca/>> Acesso em: 21 jan. 2016.

ARANTES, F.I.S. *A mulher desdobrável: a articulação entre as esferas pública e privada*. (Dissertação de Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: [http://www.pucminas.br/documentos/dissertacao\\_fernanda\\_inez.pdf](http://www.pucminas.br/documentos/dissertacao_fernanda_inez.pdf) Acesso em: 28 jul. 2015.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Justiça, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm) Acesso em: 20 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Índice de gravidez na adolescência continua a crescer no Brasil, São Paulo, 2006. Disponível em <<http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,AA1372177-5598-948,00.html>> Acesso em: 12 jun. 2015.

BRUNO, Z.V. Fatores de riscos que podem levar ao aborto induzido na gravidez. *Go Atual*, ano 8, p.35, 1990.

CABRAL, C. S. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, v.19, Rio de Janeiro 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2003000800010&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2003000800010&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso em: 12 set. 2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. *Planejamento e avaliação das ações de saúde*. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: NESCOM/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2015.



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

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, abr. 2010 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2010000100015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2010000100015&script=sci_arttext) Acesso em: 08 mai. 2015.

GONSALVES, R.G. Complicações maternas em gestantes com idade avançada, *FEMINA*, vol. 40, nº 5, Rio Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n5/a3418.pdf>> Acesso em: 29 mai. 2015.

GURGEL, M. G. I.; ALVES, M. D. S.; VIEIRA, N. F. C.; PINHEIRO, P. N. C.; BARROSO, G. T. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. *Esc. Anna Nery Ver. Enferm*, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2010000100015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2010000100015&script=sci_arttext) acesso em: 29 mai. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE., *Censo Demográfico* 2010, Arapiraca, Alagoas, 2010 Disponível em> <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=2700300>>. Acesso em: 21 jan. 2016.

LEAL, I. Gravidez e maternidade na adolescência. Sexualidade e Planejamento familiar, n 27/28, 2000.

MACHADO, T.R.S. Gravidez após os 35 anos. Entrevista ao site Dr. Dráuzio Varela, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/mulher-2/gravidez-apos-os-35-anos/>> Acesso em: 23 ago. 2015.

MENEZES, G.M.D. *Cuidado clínico à gestante adolescente: o grupo como espaço de vínculos e aprendizados sobre a saúde materna e do bebê*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2014. Disponível em: <<http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/GISELLE.pdf>> Acesso em: 14 dez.2015.

PEREIRA, M.T.O; MILÃO, V.L; BESLASCO, I.C. Reincidência de gravidez na adolescência. *Encontro de Ensino, Pesquisa e Extensão*, Presidente Prudente, 2013. Disponível em: <<http://www.unoeste.br/site/enepe/2013/suplementos/area/Vitae/Enfermagem/REINCLD%C3%84NCIA%20DE%20GRAVIDEZ%20NA%20ADOLESC%C3%84NCIA.pdf>> Acesso em: 03 ago. 2015.

ROCHA, L. C.; MINERVINO, C. A. M. Ser mãe adolescente: sentimentos e percepções. *Revista Brasileira de medicina*, João Pessoa, v.6, n.44, p. 242-247. Fev. 2009. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=3940](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3940)> Acesso em: 15 jul. 2015.

SANCHES, N.C. *Gravidez não planejada: a experiência das gestantes de um município do interior do Estado de São Paulo*. Dissertação de Mestrado apresentado à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-16012014-154537/pt-br.php>> Acesso em: 20 ago. 2015.

VIEIRA, T. S. Planejamento Familiar para adolescentes: potencialidades e limitações. C&D- *Revista Eletrônica da Fainor*, Vitória da Conquista, v.6, n.1, p.25-41, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/175/136>> Acesso em: 29 jul. 2015.

YAZLLE, M.E.H.D; FRANCO, R.C; MICHELAZZO, D. Gravidez na adolescência: uma proposta para prevenção. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* vol.31, n.10, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n10/01.pdf>> Acesso em: 22 mai. 2015.

WHO, World Health Organization. Young People's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All

ZEZITO, G. Arapiraca através do Tempo. Maceió: Gráfica Montergraphy Ltda, 1999.