

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

YURENY RODRIGUEZ CRUZ

**ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE GRAVIDEZ
NA ADOLESCÊNCIA, NO PSF PACAEMBU, NA UNIDADE ROMES
CECÍLIO, MUNICÍPIO UBERABA.**

UBERABA / MINAS GERAIS

2016

YURENY RODRIGUEZ CRUZ

**ESTRATÉGIAS DE INTERVENSAO EDUCATIVA SOBRE GRAVIDEZ
NA ADOLESCÊNCIA NO PSF PACAEMBU, NA UNIDADE ROMES
CECÍLIO, MUNICÍPIO UBERABA.**

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

Orientador Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão

UBERABA / MINAS GERAIS

2016

YURENY RODRIGUEZ CRUZ

**ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE GRAVIDEZ
NA ADOLESCÊNCIA, NO PSF PACAEMBU, NA UNIDADE ROMES
CECÍLIO, MUNICÍPIO UBERABA.**

Banca examinadora

Examinador 1 - Prof. Ailton de Souza Aragão

Examinador 2 - Prof.^a Zilda Cristina dos Santos- Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM.

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2016.

DEDICATÓRIA

Á minha família por todo o apoio e dedicação em minha formação.

Á minha mãe, que sempre tive confiança e certeza.

Á meu esposo, fonte de inspiração em meus progressos.

Á meus professores e tutores por sua atenção e ajuda.

AGRADECIMENTOS

O Deus, que nos criou e foi criativo nesta tarefa. Seu fôlego da vida em mi foi sustento e deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

Á meu orientador, pelas contribuições essenciais para a concretização deste trabalho. Obrigada pela paciência e estímulo, para a conclusão do projeto.

A toda equipe da UBS Dr. Romes Cecílio e aos pacientes por permitir-me o estudo e realização deste trabalho.

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

Á esta Universidade, a todos os professores que fizeram parte da minha formação.

Ao povo Brasileiro por esta maravilhosa experiência.

“Os homens que se ocupam de restaurar a saúde dos demais unindo habilidade com humanidade estão sobre os grandes da terra. Ainda compartilham a divindade, pois preservar e renovar são quase tão nobres como criar.”

(Voltaire)

RESUMO

A adolescência, faixa etária compreendida entre 10 e 19 anos, segundo a Organização Mundial da Saúde (1989), 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 de perda da estrutura na vida das adolescentes. Complicações na gestação e parto tem sido a principal causa 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 aumentar os conhecimentos sobre os riscos na saúde e o repercuto psicológico e social da gravidez na adolescência, e com isso reduzir a gravidez na adolescência no município de Uberaba, na área de abrangência da Unidade básica de Saúde Dr. Romes Cecílio, equipe de Pacaembu. Utilizou-se o método de Planejamento Estratégico Situacional apontando as repercussões sociais da maternidade na adolescência tais como: evasão escolar, trabalho precoce e integração 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: Gravidez. Adolescência. Educação. Saúde.

ABSTRACT

Adolescence, age group between 10 and 19 years, according to the World Health Organization (1989), 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 loss of structure 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 Uberaba, in the area of UBS dr. Romes Cecílio, 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 integration. 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: Pregnancy. Adolescence. Education. Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
BR	Brasil
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGEE	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
MALHADA-BA	Malhada Bahia
PCCU	Prevenção do Câncer de Colo Uterino
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Lista de Tabelas

Tabla 1 - Distribuição da população por fase etária e sexo da área urbana ou rural de Uberaba. 2012.....11

Tabela 2 - População segundo a faixa etária na área abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr.Romes Cecílio, Município Uberaba, 2014.....24

Tabela 3 - População em idade fértil segundo a faixa etária na área abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr. Romes Cecílio, Município Uberaba. 2014.....25

Tabela 4 - Morbidade referida na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr.Romes Cecílio, Município Uberaba, 2014.....28

Tabela 5 - Priorização dos problemas na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr.Romes Cecílio, Município Uberaba, 2014.....29

Lista de Quadros

Quadro 1 - Operações sobre o “nó crítico” relacionado com a Alta incidência da gravidez na adolescência na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr.Romes Cecílio do Município de Uberaba-MG, 2014.....47

Quadro 2 - Operação / Projeto na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr.Romes Cecílio do município de Uberaba-MG, 2014.....49

Quadro 3 - Proposta de ações para a motivação dos atores para a Unidade Básica de Saúde Dr.Romes Cecílio do Município de Uberaba-MG, 2014.....50

Quadro 4 - Plano Operativo, Unidade Básica de Saúde Dr.Romes Cecílio do Município de Uberaba-MG, 2014”.....51

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
1.1	Histórico da criação do município	Erro! Indicador não definido.
1.2	Descrição do Município.....	Erro! Indicador não definido.
1.3	Aspectos Geográficos.....	Erro! Indicador não definido.
1.4	Aspetos Socioeconômicos.....	16
1.5	Aspectos Demográficos:	17
1.6	Aspectos ambientais.....	17
1.7	Situação social.....	17
1.8	Equipe de saúde de família.....	19
1.9	Equipe de saúde.....	19
1.10	Aspectos Demográficos:	20
1.11	Aspectos ambientais.....	21
1.12	Problemas identificados e discutidos pela equipe.	22
1.12.1	Problemas críticos.....	Erro! Indicador não definido.
1.12.2	Problemas mais críticos	Erro! Indicador não definido.
1.12.3	Problema fundamental	Erro! Indicador não definido.
2	JUSTIFICATIVA	Erro! Indicador não definido.
3	OBJETIVOS	Erro! Indicador não definido.
3.1	Objetivos Gerais	Erro! Indicador não definido.
3.2	Objetivos Específicos.....	26
4	METODOLOGIA.....	26
4.1	Construção do projeto de intervenção.....	Erro! Indicador não definido.
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	Erro! Indicador não definido.
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	38
6.1	Desenhos das operações	39
6.2.	Identificação dos recursos críticos	Erro! Indicador não definido.
6.3.	Operação/Projeto.....	Erro! Indicador não definido.
6.4.	Análise de viabilidade do plano. Proposta de ações para a motivação dos atores.....	Erro! Indicador não definido.
6.5.	Elaboração do plano operativo	Erro! Indicador não definido.
6.6	Diretrizes e metas.....	Erro! Indicador não definido.
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	Erro! Indicador não definido.
8	REFERÊNCIAS.....	45
9	ANEXOS.....	49

1 INTRODUÇÃO

Na Unidade Básica de Saúde Dr.Romes Cecílio, Município de Uberaba, a gravidez na adolescência é um dos problemas mais frequentes, sendo assim, torna-se necessário a realização de ações que diminua sua alta incidência neste território. Identificou-se como problema prioritário para enfrentamento e acompanhamento a gravidez na adolescência e definiram-se os seguintes nós críticos: pouco nível de informação, estrutura dos serviços e o inadequado processo de trabalho pela equipe para enfrentar o problema.

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, dentre 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. (MOURA, 2010).

A adolescência é a fase de transição entre a infância e a idade adulta, marcada por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. É nesse período que ocorre o encontro de um núcleo de permanência e de estabilidade em si mesmo, denominado identidade, e sua busca por parte dos jovens pode produzir uma série de manifestações inquietantes, entre elas aquelas relacionadas ao exercício da sexualidade. (PINTO, 1997).

Um dos problemas de saúde que afetam essas adolescentes é a gravidez, que os levam 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 Unidade Básica de Saúde Dr. Romes Cecílio. Sendo assim é preciso caracterizar o município.

Uberaba é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, no Brasil. Localiza-se na região do Triângulo Mineiro, pertence à Mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba e à microrregião de mesmo nome. Sua população em julho de 2013, segundo a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, era de 318.813 habitantes, a oitava mais populosa do estado e a 82ª mais populosa do Brasil, contando com mais de 175 bairros e um crescimento populacional de aproximadamente 3 000 habitantes por ano. É considerada uma cidade-polo e seu produto interno bruto é o 72º maior do Brasil. Tal infra-estrutura abriga a Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), um pólo educacional que está entre as melhores universidades do país.

Prefeito: Paulo Piau Nogueira.

Secretário Municipal de Saúde: Marcos Túlio.

Coordenador da Atenção Básica: Elaine Teles Vilela.

População (número de habitantes): 318813 habitantes. (IBGE 2012).

1.1 Histórico da criação do Município

A Cidade de Uberaba originou-se nos primeiros anos do século XIX, como parte do processo de exploração e escoamento de minerais preciosos do Brasil Central. Sua posição geográfica a situava na rota conhecida como Estrada Real que ligava São Paulo com Goiás. Hoje é conhecida essa extensão territorial como Triângulo Mineiro. No ano 1820, o rei Joao VI eleva a Uberaba á condição de Freguesia, o que significou a emancipação em assuntos civil, militar e religiosa. Em 1840, tornou-se sede de Comarca, que aumentou sua importância regional, sendo alçada, em 1856, da condição de vila para Cidade. Em meados do século XX, já a cidade constava com faculdade de medicina, engenharia, enfermagem, filosofia e odontologia. A partir dos anos 70 foi feito um esforço de diversificação económica;

com bons resultados nas indústrias e na área agrícola. Hoje a cidade atinge a marca de 315.360 habitantes. (PLANO MUNICIPAL DE SAUDE, 2014-2017).

1.2 Descrição do Município

O Município fica na mesorregião do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, microrregião Uberaba, os municípios limítrofes são Água Comprida, Conceição das Alagoas, Uberlândia, Veríssimo, Indianópolis, Nova Ponte, Sacramento, Conquista, Delta, Igarapava (SP), Aramina (SP) e Miguelópolis (SP). Sua situação geográfica é: a 100 km a Sul, Leste de Uberlândia, situada a 752m de altitude, as coordenadas geográficas são Latitude: 19° 45` 1" Sul Longitude: 47° 55` 57" Oeste. A Cidade tem uma mistura entre povo de campo, fazendeiro e indústria e bom gosto. Além das belezas naturais próprias da zona. (BIGE 2014).

1.3 Aspectos Geográficos

A área total do município é de 4 512 135 km², com uma concentração habitacional de 70.60 habitantes/km². Seu releve varia de plano ligeiramente ondulado na maioria absoluta da área do município (seu releve é 60% ondulado e 40% plano) O clima é tropical, com temperatura meio anual de 23,0⁰, umidade relativa meio anual entre 20-64%. (IBGE, 2014).

1.4 Aspectos Socioeconômicos

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 1.0 PNUD/2013, com uma taxa de Urbanização: 1.60%, a renda familiar é de R\$ 955.49. O setor agrícola e ganadeiro joga um papel fundamental no desenvolvimento económico da cidade. Além de varias indústrias que constitui grandes fontes de emprego pra seus habitantes. (PLANO MUNICIPAL DE SAUDE, 2014-2017).

1.5 Aspectos Demográficos

Tabela 1. Distribuição da população por idade, sexo em área urbana e rural. Uberaba 2012.

IDADE	MASCULINOS	FEMENINO	TOTAL
< 1 ano	1843	1799	3642
1-4 anos	7477	7477	14954
5-9 anos	9659	9130	18789
10-14 anos	11367	10739	22106
15-19 anos	12479	12089	24586
20-29 anos	28197	27243	55440
30-39 anos	23643	24046	47689
40-49 anos	20466	22550	43016
50-59 anos	16188	18222	34410
60-69 anos	9256	11498	20754
70-79 anos	5103	6937	12040
80 e + anos	2020	3388	5408
TOTAL	147698	155118	302816

Fonte: Registro estadístico da secretaria de saúde. Uberaba 2012.

1.6 Aspectos Ambientais

Na região o abastecimento de Água Tratada é de um 99%, as residências são abastecidas pela rede pública. Na cidade conta com rede de esgoto, e a coleta de lixo é regularizada pela prefeitura porem existe problemas com lixo a céu aberto sobre tudo nas áreas periféricas da cidade com risco a saúde.

1.7 Situação Social

Em Uberaba, as taxas de mortalidade infantil nos últimos anos - 2008 a 2012 estão classificadas como baixas, em 2012; 10.42 óbitos por 1000 nascidos vivos. A mortalidade materna situou-se entre 22.03 e 93.85 óbitos por 100 mil nascidos vivos para o município de Uberaba. O 48,2% das notificações por Doenças Transmissíveis no ano de 2012 foram referentes a Varicela, seguidas das notificações por AIDS, 10,55%. As doenças crônicas não transmissíveis mais comuns são hipertensão e diabetes e, conforme os dados do SISHIPERDIA – Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Atenção Básica, Uberaba tem 11.749 diabéticos cadastrados e 33.122 hipertensos cadastrados (REGISTROS DA SECRETARIA DE SAUDE UBERABA).

Em Uberaba o acesso à saúde inicia-se a partir da atenção básica que se constitui por Unidades Básicas de Saúde (UBS) são o ponto de partida do nível

primário de atenção, contamos com varias delas entre as que estão: UBS: Edison Reis Lopes, UBS Virilânea Augusta Lima, UBS Julieta Andrade, UBS Dona Aparecida C. Ferreira, UBS Rosa Maria, UBS Residencial 2000, UBS Fco José S. Sabiá, Central de Rede De Frio, UBS Juca Inácio, UBS Lecir Nunes Ramos, UBS Sebastião L. Costa, UBS Beija Flor, UBS Romes Cecílio, UBS JD Copacabana, UBS Fausto Cunha, UBS Maria de Oliveira, UBS Jacob José Pinto, UBS Inimá Baroni, UBS Palmira Conceição, UBS Norberto, Eurico Vilela Farmácia. As unidades matriciais também formam parte do sistema primário da saúde de atendimento é mais abarcador incluindo oras a noite até 22hs

Existem programas direcionados à Hipertensão e Diabetes, Tuberculose e Hanseníase, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher e gestantes, Crianças, Assistência Farmacêutica, Saúde Mental e Saúde Bucal. Por meio desses programas, da atuação da equipe médica, farmacêutica, de enfermagem e de assistência social e ainda pelos agentes comunitários são desenvolvidas as ações de promoção e recuperação da saúde. O Núcleo de atenção de Saúde da Família (NASF) se encontra criado no município com boa interação com os postos de saúde. Sistema de Referência e Contra referencia e Redes de Média e Alta Complexidade

- Unidade de Pronto Atendimento (UPA) São Benedito e Mirante (Uberaba) para urgência e emergência e traumas não expostos.
- Hospital da UFTM para urgência e emergência vaga zero (facadas, tiros, mordeduras de animais peçonhentos, etc.), Pronto Socorro (PS) de traumas expostos, PS infantil grave, PS oftalmologia, PS Ginecologia e Obstetrícia (OG) (medicina fetal, grávidas de alto risco).
- Especialidades eletivas – Hospital da Universidade Federal do Triangulo Mineiro (UFTM), ambulatório Maria Gloria, Hospital Mario Palmeiro (UNIUBE), atende GO urgência e emergência.
 - Hospital das crianças (urgência e emergência infantil).
 - Hospital Hélio Angotti para pacientes com Carcinomas confirmados (laudo e biopsia confirmada).
 - Hospital Beneficência Portuguesa para gestantes em trabalho de parto.
 - Saúde mental – Centro de Atenção Psico-Social para Adições (CAPS AD) e CAPS Uberaba. Também Sanatório Espírita, tudo via assistência social.
- Reabilitação – UFTM (Uberaba) e Sarah Kubitschek (Belo Horizonte e Brasília).

- Lábio leporino – Centrinho USP Bauru em São Paulo.
- Transplante de fígado e rins – USP Hospital Clínica em Ribeirão Preto SP.
- Hemodiálise (três vezes por semana) – UFTM, Beneficência Portuguesa e Hospital São Jose (Uberaba).
- Saúde auditiva – UNIUBE e Hospital Universitário. Uberaba.

As consultas são agendadas e autorizadas pela secretaria municipal de saúde, tendo problemas em ocasiões com o sistema de contra referência já que muitas vezes não enviam as mesmas dos centros de atenção secundária e terciária. (REGISTROS DA SECRETARIA DE SAUDE UBERABA).

1.8 Equipe de Saúde da Família

Os Programas de Saúde realizados são: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Mental, Saúde do Adulto e 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 (PCCU), Atendimento com ginecologista e Pediatria.

1.9 Equipe de Saúde

O UBS Dr. Romes Cecílio encontra-se localizado na Rua Orlando Rodrigues da Silva, Jardim Morumbi, Município Uberaba, Minas Gerais.

A instituição de saúde funciona de segunda-feira a sexta-feira no horário de 07:00 AM às 17:00 PM, a equipe esta formado por um médico, uma enfermeira, um técnico em enfermagem, cinco agentes comunitárias e uma equipe odontológico.

Total de população da equipe: 3050

Total de famílias: 663

1.10 Aspectos Demográficos

Na UBS Dr. Romes Cecílio, equipe Pacaembu atende uma população de 3050 pessoas sendo destas 1825 do sexo feminino e 1225 do sexo masculino, dados que apresentaremos na Tabela 2 e Gráfico 1.

Tabela 2. População segundo a faixa etária na área abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr. Romes Cecílio Equipe Pacaembu, Município Uberaba, 2014.

Faixa Etária	<u>Total da população</u>					
	F (n)	%	M (n)	%	Total(n)	%
< 1 ano	15	0,8	11	0,8	26	0,8
1 a 4 anos	165	9,0	107	8,7	272	8,9
5 a 9 anos	197	10,2	165	13,4	362	11,8
10 a 14 anos	216	11,0	139	11,3	355	11,6
15 a 19 anos	288	15,7	156	12,7	374	12,2
20 a 49 anos	498	27,2	338	27,5	836	27,4
50 a 59 anos	235	12,0	144	11,7	379	12,4
>= 60 anos	281	15,3	165	13,4	446	14,6
Total	1825	100	1225	100	3050	100%

Fonte: Cadastro da população, ESF Pacaembu, 2014.

Na Tabela 2 se apresenta a população total da Equipe Pacaembu, a qual demonstra que predomina a população feminina sobre a masculina, deles 1825 femininos para um 59,8% e 1225 masculinos para um 40,2%, e a faixa etária de 20 a 49 anos com um total de 836 habitantes para um 27,4% com relação á população geral da UBS.

Tabela 3. População em idade fértil segundo a faixa etária na área abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr. Romes Cecílio ESF Pacaembu, Município Uberaba, 2014.

Faixa etária	População em idade fértil		%
	Número		
10 a 14 anos	186		22,6
15 a 19 anos	188		22,8
20 a 49 anos	448		54,6
Total	822		100

Fonte: Cadastro da população, ESF Pacaembu, 2014.

Acima, a Tabela 3 apresenta a população total de mulheres em idade fértil com um total de 822 mulheres, segundo a faixa etária da Equipe Pacaembu demonstra que a maioria da população feminina se encontra na faixa etária de 20-49 anos de idade, com um total de 448 mulheres para um 54,6% das mulheres em idade fértil.

No Tabela 4 apresenta-se o total da população grávida por faixa etária representando 0,43 % do total das mulheres em idade fértil, atualmente das 20 gestantes, 7 são adolescentes correspondendo a 35 % do total das grávidas que temos acompanhando na equipe.

Tabela 4. População grávida segundo a faixa etária na área abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr. Romes Cecílio, ESF Pacaembu município Uberaba, 2014.

Faixa etária	Número de grávidas	%
10-14	4	20
15-19	3	15
20-49	13	65
Total	20	100

Fonte: Cadastro da população, ESF Pacaembu, 2014.

1.11 Aspectos Ambientais

A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, 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 também preocupante,

geralmente as residências, têm descarte a céu aberto e poucos queimam ou enterram o lixo. (Fotos nos anexos)

Tabela 5. Morbidade referida na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr. Romes Cecílio, ESF Pacaembu, Município Uberaba, 2014.

Doenças	F	%	M	%	Total
Hipertensão Arterial	109	46,3	126	53,7	235
Diabetes Mellitus	35	54,6	29	45,4	64
Asma Bronquial	11	40,7	16	59,3	27
Epilepsia	13	59,0	9	41,0	22
Cardiopatias	29	54,7	24	45,3	53
Doenças de Chagas	3	50,0	3	50,0	6
Tuberculose	0	0	0	0	0
Hanseníase	0	0	0	0	0
Doença de Parkinson	2	40,0	3	60,0	5
Esquizofrenia	2	100	0	0	2
Deficiências Físicas	18	58,0	13	42,0	31
HIV	1	50,0	1	50,0	2

Fonte: Cadastro da população, UBS Dr. Romes Cecílio, ESF Pacaembu 2014.

Em toda área de abrangência do PSF existe um número de pacientes com problemas crônicos, dentre os quais se destaca a Hipertensão Arterial.

1.12 Problemas identificados e discutidos pela Equipe

1.12.1 Problemas críticos

1. A fossa séptica é a forma mais encontrada de escoamento de dejetos.
2. O lixo a céu aberto.
3. O abastecimento de água não potável.
4. Elevado o número de desempregados e subempregados.
5. Alta prevalência de Cárie Dentária.
6. Alta prevalência de Diabetes Mellitus.
7. Alta prevalência de Dengue.
8. Alta prevalência de obesidade.
9. Alta prevalência de Fumadores.
10. Alta prevalência de Bebedores.

1.12.2 Problemas mais críticos

1. Alta incidência de Hipertensão Arterial.
2. Alta incidência da gravidez na adolescência.
3. Baixo cadastramento dos pacientes que consomem drogas.

1.12.3 Problema fundamental

Alta incidência da gravidez na adolescência.

Dentre os problemas definidos como críticos optamos por construir um plano de intervenção da alta incidência da gravidez na adolescência. Em nossa atividade profissional, como médico na Unidade Básica de Atenção à Saúde da Família, Dr. Romes Cecílio, Equipe Pacaembu, no município de Uberaba, Estado das Minas Gerais, observamos um grande número de grávidas muito jovens, na maioria aos 13, 14,15 anos, o que nos levou a realizar esta proposta de Projeto de Intervenção na área da unidade de saúde acima descrita. Sendo assim apresentarei a tabela de priorização dos problemas que mostra a alta incidência de gravidez na adolescência.

Tabela 6. Priorização dos problemas na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr. Romes Cecílio Equipe Pacaembu, município Uberaba, 2014.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Enfretamento	Seleção
Alta incidência de Hipertensão Arterial	Alta	6	Parcial	06
Alta incidência de gravidez na adolescência	Alta	8	Parcial	01
Alta incidência de chagas	Alta	7	Parcial	02
Alta prevalência de verminoses	Alta	4	Parcial	07
Dificuldade com a recolhida do lixo	Alta	7	Parcial	05
Dificuldade com o abastecimento de água	Alta	7	Fora	03
Presença de fossas sépticas como forma de escoamento de dejetos.	Alta	7	Fora	04

Fonte: Unidade Básica de Saúde Dr. Romes Cecílio ESF Pacaembu, 2014.

2 JUSTIFICATIVA

A adolescência é um período de desenvolvimento que se inicia fisicamente com a puberdade e, normalmente, termina com o início da idade adulta. O corpo

cesse e novas formações sexuais surgem, a mente se desenvolve, o ambiente se modifica, a qualidade das sensações afetivas e sexuais se transformam tudo isto provoca uma série de crises que vão sendo superadas uma a uma, com maior ou menor dificuldade, sem que o desenvolvimento natural seja dificultado ou prejudicando, podendo ou não a pessoa romper com tais limites, comprometendo sua qualidade de vida.

A adolescência implica num período de mudanças físicas e emocionais; considerada, por alguns, um momento de conflito ou crises. Não se pode descrever a adolescência como uma simples adaptação às transformações corporais, mas como importante período no ciclo existencial da pessoa.

A puberdade, que marca o início da vida reprodutiva da mulher, é caracterizada pelas mudanças fisiológicas, corporais e psicológicas da adolescência. (BALLONE, 2000).

Na atualidade, as mudanças ocorridas na mulher durante a adolescência têm sido cada vez mais precoce associada a estas mudanças está também às relações sexuais e a aquisição de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez.

As adolescentes realizam atividades sexuais cada vez mais precocemente e apresentam dificuldades em aceitar o fato de que um relacionamento sexual ocasional possa acarretar gravidez. (CABRAL, 1998).

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. E as estatísticas comprovam em todo mundo, que a cada década, cresce o número de partos de meninas cada vez mais jovens. (MELO, AV 2003).

A gravidez na adolescência impõe riscos às adolescentes devido à sua imaturidade física e psicológica, à possibilidade de ocorrerem complicações gestacionais, à falta de assistência ao pré-natal e à inexistência de sistemas de apoio social. Muitas adolescente grávida pode não concluir os seus estudos, o que, por fim, afetaria sua qualidade de vida, suas oportunidades de emprego e progresso e sua estabilidade financeira. (LIRA; DEMENSTEIN, 2004).

A realização desta pesquisa busca não somente contribuir em sua relevância social, mas também na possibilidade de sugerir modificações que atingirão o atendimento hospitalar a esta clientela, diminuindo a demanda e complicações inerentes a esta faixa etária.

De acordo com dados oficiais:

O Brasil figura como um dos países que acima da média mundial de gravidez na adolescência, que é de 50 nascimentos por mil mulheres. Registra-se, a cada ano, o nascimento de mais de 14 milhões de crianças, cujas mães são enquadradas como adolescentes. O parto, no Brasil, representou a primeira causa de internação, na faixa etária de 15 a 19 anos, do sexo feminino no Sistema Único de Saúde, e são realizados, em média, 1 milhão e 400 mil abortos anuais (VIEIRA *et al.*, 2006).

- 26,8% da população sexualmente ativa (15-64 anos) iniciou sua vida sexual antes dos 15 anos no Brasil. (MS/PCAP, 2008).

- Cerca de 19,3% das crianças nascidas vivas em 2010 no Brasil são filhas e filhas de mulheres de 19 anos ou menos. (MS/SVS. Brasília, 2012).

- Em 2009, 2,8% das adolescentes de 12 a 17 anos possuíam 1 filho ou mais. (MS/Sinasc. UNICEF, 2011).

- Em 2010, 12% das adolescentes de 15 a 19 anos possuíam pelo menos um filho (em 2000, o índice para essa faixa etária era de 15%). (CEPAL, 2012).

Na UBS Dr. Romes Cecílio, Município Uberaba foi registrado um número significativo de gravidez na adolescência no ano 2014 totalizando 38 nascidos vivos de mães menores de 19 anos, sendo este um dos principais problemas de saúde pública enfrentado pelo município. (DATASUS, SINASC, 2013).

Anteriormente realizou-se ações para reduzir os riscos da gravidez na adolescência, mas tiveram um caráter transitório e não foram sistematizadas na prática médica, também não foram baseados em um diagnóstico da orientação de riscos e necessidade de intervenção educativa e de promoção da saúde dos adolescentes.

A ideia de defender uma proposta de intervenção educativa irá contribuir para a prevenção da gravidez em adolescentes. A contribuição prática da investigação centra-se na proposta de intervenção educativa que se caracteriza por elaborar um conjunto de atividades educativas, praticas com ações preventivas para adolescentes, a família e a escola com o fim de incrementar os conhecimentos sobre o tema, tales ações serem descrita em breve. As mesmas 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 Dr. Romes Cecílio, Município Uberaba.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos Gerais

Elaborar projeto de intervenção com o fim de aumentar os conhecimentos sobre os riscos na saúde o repercuto psicológico e social da gravidez na adolescência, no ESF Pacaembu, na Unidade Romes Cecílio, no Município de Uberaba.

3.2 Objetivos Específicos

1. Capacitar profissionais ligados ao atendimento dos adolescentes para proferirem palestras, encontros e oficinas, sobre os riscos da atividade sexual precoce.
2. Caracterizar as causas da gravidez na adolescência;
3. Identificar projetos relevantes ao tema garantindo por parte dos gestores, a ampliação do fornecimento de anticoncepcionais e preservativos, sem restrições e limitações quantitativas.

4 METODOLOGIA

Para elaboração deste Projeto de Intervenção utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional, por meio do qual, após definido o problema identificado no diagnostico situacional da área de abrangência da equipe de saúde de Pacaembu da UBS Dr. Romes Cecílio, no município Uberaba, elaboramos um plano de ação para intervenção sobre o problema identificado como prioritário.

O método a ser utilizado na realização desse trabalho foi da estimativa rápida, o mesmo tem como finalidade obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, para isso foi usada a informação chegada a nós por meio das agentes comunitária durante suas visitas na população, nos grupos específicos, na consulta médica, em nossas visitas domiciliares onde compartilhamos com as famílias suas preocupações com respeito as adolescentes, após analisar os problemas nós precatamos que em nossas mãos temos recursos para enfrentar o problema, recursos humanos e materiais que bem utilizados e organizados dão resposta a nossas inquietudes. Para fundamentar as questões que serão 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 (SCIELO) bem como consultas a programas do Ministério da Saúde (DATASUS) e do Sistema de informação da Atenção Básica (SIAB) do Município Uberaba.

O projeto de intervenção foi desenvolvido na área adstrita da ESF, com uma população de 3050 habitantes.

Trata-se de uma proposta de intervenção do tipo educativa que contem um conjunto de ações de tipo educativa e preventiva direcionada tanto a profissionais que trabalham com este grupo etário como as famílias e aos adolescentes e jovens da área de abrangência da ESF Pacaembu, no Município Uberaba para a promoção da saúde aumentando os conhecimentos de nossos adolescentes respeito a os riscos da gravidez na adolescência, além de prevenção fornecendo os métodos contraceptivos que evitam a gravidez de esta forma temos uma redução dos riscos de vulnerabilidade e da gravidez na adolescência na população jovem.

4.1 Construção do Projeto de Intervenção

Dentre os passos do projeto de intervenção destacam-se:

1. Capacitar os profissionais da Saúde, Educação;
2. Assistência Social com relação à prevenção de agravos, promoção e assistência integral à saúde do Adolescente através da realização de oficinas;

3. Aumentar um maior % o leque dos métodos contraceptivos para atender as necessidades específicas dos adolescentes;
4. Realizar oficinas que transmitam informações, esclarecimentos sobre planejamento familiar, conhecimentos e eficácia dos métodos;
5. Reorganizar a logística de distribuição dos métodos anticoncepcionais de forma a garantir o fácil acesso aos métodos;
6. Criar ambiente de familiaridade e participação nas discussões em grupo de adolescentes e família que favoreçam o autoconhecimento, o autocuidado e o cuidado com o outro para reflexão, tomada de decisões conscientes e responsáveis.
7. Elaborar instrumento de supervisão e monitoramento que possibilite a condução e avaliação do impacto das ações.

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. A participação dos adolescentes nas decisões relativas aos seus deveres e direitos, com a efetiva participação, envolvendo-os com as questões da própria adolescência, assim como as questões sociais da comunidade em que estão inseridos, assegurando seus direitos e contribuindo na resolução dos problemas da sua comunidade ajuda positivamente na resolução de seus problemas.

Quando se fala em protagonismo juvenil, faz-se menção a uma “proposta na qual o adolescente assume um papel central na comunidade e/ou em um determinado projeto e em um desejado processo de mudança social” (Dayrell, 2003, p.12).

No lugar de ouvintes e meros expectadores, buscar-se-á colocá-los como protagonistas de seus processos de vida. (GOMES; MOUREIRA, 2009). 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 conseqüências 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.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Organização Mundial de Saúde define a adolescência como o período da vida a partir do qual surgem às características sexuais secundárias e se desenvolvem processos psicológicos e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta, entre eles a transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia. Considera como adolescência o período de 10 a 19 anos, e distingue adolescência inicial (10 a 14 anos) e adolescência final (15 a 19 anos).

O Dossiê Adolescente: *Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva*, lançado pela Rede Feminista de Saúde (2004), cita que conforme o IBGE (2000), a população brasileira é constituída de, aproximadamente, 207.429.330 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).

Segundo Belo (2001) 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.

Em seu estudo, Brandão & Heilborn (2006) relatam que nas últimas décadas, o percurso entre a infância e a idade adulta foi profundamente alterado nas sociedades ocidentais modernas, onde a extensão da escolarização e dificuldades de inserção e permanência no mercado de trabalho acentua 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.

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, HEILBORN, 2006, p. 1422).

Observa-se na população geral, paralelamente a estas mudanças, que a taxa de fecundidade começa a declinar ao longo do tempo. Segundo o Dossiê *Adolescente: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva*, o Brasil, de maneira geral, tem apresentado uma curva descendente, no que se refere à taxa de fecundidade total. Em 1940, a taxa de fecundidade das mulheres brasileiras era de mais de seis filhos por mulher, apresentando uma queda para 2,3 em 2000. No entanto, aumentou o número de mulheres entre 10 e 19 anos que estão tendo filhos, contrariando os padrões culturais prescritos para a adolescência contemporânea.

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 Peri natal. 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).

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. Também lembra, citando 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.

Segundo Falcão (1998) *apud* Waissman (2006, p. 4) 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.

Ximenes Neto *et al.* (2007) numa pesquisa realizada em determinada escola estadual de São Paulo no ano 2007, com uma mostra de 91 alunos, calculado a partir da população total de 180 adolescentes, matriculados desde o primeiro ano até o terceiro ano do ensino médio encontraram 27,3% (59) das adolescentes na segunda ou mais gestações.

No trabalho de Persona *et al.* (2001) feito em Rio de Janeiro com uma mostra de 1228 puérperas entre 13 e 18 anos, foram pesquisadas 78 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.

Na cidade de Congonhas, no ESF de Villa São Vicente foi feito um estudo no ano 2006 onde após a 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. Este fato pode ser provavelmente explicado pelo desconhecimento da forma segura de prevenir estas situações ou do uso correto do método e, mais ainda, pelos aspectos importantes das manifestações de sua sexualidade. (BERLOFI *et al.*, 2006, p. 198).

Quanto à reincidência da gravidez na adolescência existem vários fatores que podem condicionar as mesmas, nos artigos selecionados evidenciam, que se para a maioria delas, a primeira gestação não foi planejada, quanto menos a segunda ou mais gestação; certamente não se pode ser categórico já que existem redes de apoio, pessoas interessadas no tema trabalhando com o diferentes entidades sociais, e a mesma experiência da adolescente, não obstante a prática demonstra o difícil de levar novos hábitos, estilos de vidas e sobre tudo cambiar o entorno social onde se desenvolvem estas jovens, responsável em sua maioria das escolias destas adolescente.

O trabalho de Paraguassú *et al.* (2005), descreve 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 dos Sistemas de Informação não apresentam dados que reflitam a realidade, tendo em vista que além da proibição é uma temática polêmica que envolve preconceitos, crenças, entre outros aspectos relacionados a fatores socioculturais. Em seu estudo, 20% das entrevistadas referiram aborto com proporção semelhante entre os dois grupos por ele pesquisados, do total de 438 mães. No trabalho de Persona *et al* (2004), com o estudo da repetição da gravidez, mais da metade (55,52%) apresentou pelo menos um aborto prévio.

Outra questão levantada por diversos autores é a menarca, ou seja, idade da primeira menstruação. Ximenes Neto et al. (2007) 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 relativa à falta de métodos contraceptivos; por 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.

Ximenes Neto et al. (2007) comentam o fato de muitas adolescentes “apresentarem um pensamento mágico” (fantasioso, abstrato), inerente ao desenvolvimento psicológico desta fase, achando que não engravidarão 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 (*Engravidei 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, p. 282).

Pinto et al. (2005) descrevem 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.

Belo, Silva (2004) levantaram os dados sobre os meios de comunicação mais acessados: televisão (83,9%), rádio (79,4%), enquanto revistas (13,5%) e jornais (5,1%) foram os menos usados. Quando indagadas sobre qual o meio de comunicação onde obtiveram informações sobre algum método anticoncepcional nos últimos seis meses, os cartazes (72,9%) e os folhetos (70,5%) foram os mais citados.

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 tinha 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, p. 483).

Estes mesmos autores relatam que preservativo (99,4%) e anticoncepcional oral hormonal (98%) foram os métodos anticoncepcionais mais conhecidos. Cerca de 70% 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, que tiveram mais de uma gestação usaram com maior frequência contraceptiva antes de ficar grávidas.

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 Pessoa 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.

No Brasil, estudos como o de Vieira et al, (2007), tem observado maior probabilidade de óbito entre mães adolescentes, quando comparadas àquelas com idade superior a 20 anos. (MOOCELLIN; COSTA, 2010).

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).

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).

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).

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 o que pode torná-las marginalizadas, agravando o quadro de pobreza do país. (MANFRÉ; QUEIRÓZ; MATTHES, 2010).

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).

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).

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

Observa-se ainda que a gravidez na adolescência venha sendo motivo de discussões controversas, 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). Esse aumento se verifica nas regiões mais pobres, áreas rurais e na população com menor escolaridade (BERQUÓ, 2000).

A redução da taxa de fecundidade total no Brasil era de 6,16 filhos e passou para 1,86 filho em 2010 e a fecundidade no grupo de 15 a 19 anos de idade aumentaram 0,14 %. (IBGE/IPEA, 2006).

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.

Outro fator de risco é a idade da primeira gravidez da mãe da adolescente, uma vez que as adolescentes gestantes, geralmente, vêm de famílias cujas mães também iniciaram a vida sexual precocemente ou engravidaram durante a adolescência. (AMORIM; LIMA, 2009).

Estima-se que, no Brasil, um milhão de adolescentes dá à 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).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

De acordo com Cardoso (2010) o Planejamento Estratégico Situacional (PES) foi 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 e deve ser selecionado apenas um projeto de intervenção, pois é necessário avaliar a viabilidade do mesmo. (CAMPO;-FARIA SANTOS, 2010).

Assim uma vez realizado e discutido o diagnóstico situacional da área de abrangência da Equipe Pacaembu na UBS Dr. Romes Cecílio do município de Uberaba-MG, foi necessário a realização e a construção de um plano de ação que foi implementado passo a passo conforme descrito abaixo.

6.1 Desenhos das Operações:

Quadro 1. Operações sobre o “nó crítico” da alta incidência da gravidez na adolescência na área de abrangência da UBS Dr. Romes Cecílio do município de Uberaba-MG, 2014.

Nó crítico	Operação Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
-------------------	-------------------------	-----------------------------	-----------------	-----------------------------

Nível de informação	Saiba mais sobre gravidez na adolescência.	.População em geral e adolescentes em particular mais informada sobre como evitar a gravidez na adolescência.	Programa de informação a população.	Cognitivo estratégias de comunicação e pedagógicas. Organizacional Político Inter setorial e Mobilização social.
Estrutura dos serviços de saúde	Organizar e implantar agenda da equipe de acordo com as orientações do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde.	Melhorar o acompanhamento dos adolescentes	Identificação e estratificação de risco de 100% dos adolescentes; Agenda organizada e implantada	Políticos Decisão de recursos para estruturar o serviço. Financeiros Garantir os recursos para a pesquisa. Cognitivo Elaboração da adequação.
Organizar e implantar agenda da equipe de acordo com as orientações do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde.	Linha de cuidado.	Padronização do manejo clínico adequado; processo de trabalho organizado.	Linha guia de atenção à saúde das adolescentes implantada; profissionais da equipe capacitados para uso da linha guia Gestão de linha de cuidado.	Cognitivo Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos Político Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Organizacional Adequação de fluxos (referencia e contra-referências).

6.2 Identificação dos Recursos Críticos

“Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos” do problema **Alta incidência da gravidez na adolescência na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr. Romes Cecílio do Município de Uberaba-MG, 2014.**

6.3 Operação/Projeto

Quadro 2. Operação / Projeto na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr. Romes Cecílio do município de Uberaba -MG, 2014.

Saiba mais sobre gravidez na adolescência	Político - conseguir o espaço de difusão por automóveis falantes. Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Contribuímos com seu melhor cuidado	Político – decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.
Linha de cuidado	Político – articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Financeiros – recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos)

6.4 Análise de viabilidade do plano. Proposta de ações para a motivação dos atores

Quadro 3. Proposta de ações para a motivação dos atores para a Unidade Básica de Saúde Dr. Romes Cecílio do município de Uberaba -MG, 2014.

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Saiba mais sobre gravidez na adolescência	Político- conseguir espaço na divulgação local. Financeiro- para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.	Setor de comunicação social	Indiferente	Apresentar projeto Apoio das associações
		Secretário de Saúde	Indiferente	Apresentar projeto Apoio das associações

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Contribuímos com seu melhor cuidado Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado	Político-decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço Financeiros-recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e consultas especializadas)	Perfeito municipal	Indiferente	Apresentar projeto
		Secretario Municipal de Saúde	Indiferente	
		Fundo Nacional de Saúde	Indiferente	
Línea de cuidado	Político-articulação entre os setores assistenciais da saúde	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	

6.5 Elaboração do Plano Operativo

Quadro 4. Plano Operativo, Unidade Básica de Saúde Dr. Romes Cecílio do Município de Uberaba-MG, 2014.

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Saiba mais sobre gravidez na adolescência	População em geral e adolescentes em particular mais informada sobre como evitar a gravidez na adolescência	Realização de Palestras sobre gravidez na adolescência em cada micro área	Veridiana F Vaz (enfermeiro do ESF)	Início dois meses
		Reprodução de Material audiovisual da gravidez na adolescência na sala de espera da UBS	Veridiana F Vaz. (enfermeiro do ESF)	Início dois meses

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Linha de cuidado	Cobertura de consultas na UBS e coordenação da avaliação por especialistas do maior número das adolescentes grávidas	Linha de cuidado para adolescentes grávidas	Yureny Rodríguez Cruz (médico do ESF)	Início em três meses
		Recursos humanos capacitados	Yureny Rodríguez Cruz (médico do ESF)	Início em dois meses
		Gestão de linha de cuidado implantada	Marcos Túlio (Secretaria de Saúde)	Início em três meses

6.6 Diretrizes e Metas

O projeto visa a nortear a implantação e implementação de ações de promoção à saúde e prevenção de agravos na adolescência, visando a 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 a consequente melhoria na qualidade de vida das adolescentes 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.

Definiu-se 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 empoeiramento para a tomada de decisão.
- Monitoramento e avaliação do impacto das ações realizadas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na atividade clínica no PSF foi possível ouvir frases como essas:

“Estou grávida e meu namorado sempre fala que vamos morar juntos, mas, até agora, nada. Ele fala para eu ter calma” (Tais, 17 anos).

“Não sei o que fazer da minha vida. Estou grávida e o pai da criança é apaixonado por mim, porém, não consigo corresponder ao sentimento dele”(Mariana, 16 anos).

Depoimentos como estes comprovam que 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 reflexão sobre o tema apresentado leva a considerar que 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 da gravidez 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 de Serviço Social a fim de que possam construir respostas efetivas.

Atuações junto às Equipes de Saúde da Família e a outros atores sociais permitirão 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.

8 REFERÊNCIAS

AMORIM, LIMA. Fatores de Risco para Gravidez na Adolescência, em uma maternidade-escola, Paraíba: **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. n. 31, v. 8, 2009, p.404-410

AQUINO, CUNHA et al. Gestação na Adolescência e Recém-Nascido de Baixo Peso, em uma maternidade pública. **RBGO**. Rio Branco. v. 24, n. 8, 2002, p. 513 – 519.

BELO, Márcio Alves Vieira; SILVA, João Luiz Pinto e. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Revista de Saúde Pública**, 38(4):479-87, 2004. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acesso: 5 nov 2008. BERQUÓ, ELZA. **O Declínio da Fecundidade**, Brasil, 2000. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/nec/n74/29636/pdf> Acesso em: 11 de julho de 2012.

BERLOFI, Luciana Mendes; ALKMIN, Eloisa Luci Cardoso; BARBIERI, Márcia; GUAZZELLI, Cristina Aparecida Falbo; ARAÚJO, Fabio Fernando de. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um ama de Planejamento Familiar. **Acta Paulista de Enfermagem** 2006;19(2):196-200. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acesso: 5 nov 2008.

BRANDÃO, Elaine Reis; HEILBORN, Maria Luiza. 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, jul, 2006. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acesso: 5 nov 2008.

BRANDEN, Pennie Sessler. **Enfermagem materno-infantil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Incidência da gravidez na adolescência, Situação de Saúde**. Brasília, 2008-2009. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 11 de junho de 2012.

BALLONE, GJ. Gravidez na adolescência. In: Psiqweb. Psiquiatria Geral Internet, 2000. Disponível em: Acesso em: 24 de janeiro de 2004.

BRASIL. Ciência & Saúde Coletiva, 10(2): 373-380, 2005. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acesso: 5 nov 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Ocorrência de partos em adolescentes, Situação de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 11 de junho de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informação da Atenção Básica**, 2009 – 2011 Cabos de Santo Agostinho. Disponível em: <www.siab.datasus.gov.br>. Acesso em: 25 de maio de 2012.

BRASIL/MS, 2012. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: MS/SVS.

BUENDGENS, B, B; ZAMPIERI, M, A. A Adolescente Grávida na Percepção de Médicos e Enfermeiros da Atenção Básica. **Esc Anna Nery Ver de Enf.** n. 16, n. 1, p. 64 – 72, jan - mar, 2012.

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: 11 de junho de 2012.

CABRAL, ACU, Pessoa, RAL. Gravidez na adolescência. Belo Horizonte: Coop. Ed. Cultura Médica, 1998. Enfermagem Global Nº 12 Fevereiro 2008 Página 11

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_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>

CEPAL. Ver: Observatório de Igualdade de Gênero da América Latina e o Caribe, 2012. Informe Anual. Santiago do Chile: CEPAL

DATASUS. **Indicadores e dados básicos**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm> Acesso em: 7 nov 2008.

DAYRELL, Juarez. Revista Brasileira de Educação: o Jovem como sujeito social. Número 24, p. 24-25. 2003.

FERNANDES, Santos; Rosa. 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?pid=S010321002012000100010&script=sci_arttext> Acesso em: 11 de junho de 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010.** Disponível em: <www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 11 de Julho de 2012

IBGE/IPEA – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Taxa de Fecundidade**, 2006. Disponível em: <www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 11 de Julho de 2012.

LIRA, DEMENSTEIN. **Sexualidade e Gravidez na Adolescência**, Minas Gerais, 2004. 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.

MELO, AV. Gravidez na adolescência: Nova tendência na transformação da fecundidade do Brasil. Belo Horizonte: ABEP, 2003.
MS/PCAP 2008

MOOCELIN; COSTA. A Gravidez na Adolescência, **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, n.4, v.10, 2010, Outubro/Dezembro.

MOURA; LILIANE DA SILVA. Gravidez na adolescência. Um problema biopsicossocial. 2010.

PARAGUASSÚ, Ana Lúcia C. B.; COSTA, Maria Conceição O.; SOBRINHO, Carlito L.Nascimento; PATEL, Balmukund Niljay; FREITAS, Juliana Tavares de; ARAÚJO, Flávia Priscilla Oliveira de. Situação sociodemográfica e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de adolescentes, Feira de Santana, Bahia, PAUCAR, Lilian Mery Olivera de. **Representação da gravidez e aborto na adolescência: estudo de casos em São Luis do Maranhão.** Tese (doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP 2003. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000311549> Acesso: 15 out 2008.

PINTO, Luiz Felipe; MALAFAIA, Magno de Freitas; BORGES, Juliana Aguiar; BACCARO, Antônio; SORANZ, Daniel Ricardo. Perfil social das gestantes em unidades de saúde da família do município de Teresópolis. **Ciência & Saúde**

Coletiva, 10(1):205-213, 2005. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acesso: 5 nov 2008.

PINTO, H. D. S. A individualidade impedida: adolescência e sexualidade no espaço escolar. In: AQUINO, J. G. **Sexualidade na escola**: alternativas teóricas e práticas. 3. ed. São Paulo: Summus, 1997. p. 43-51.

SABROZA, Adriane Reis; LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; COSTA, Janaína Viana da. Perfil sócio-demográfico 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. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acesso: 5 nov 2008.

SILVA; TONETE, A Gravidez na Adolescência sob a perspectiva dos familiares: Compartilhando Projetos de Vida e Cuidado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto (SP) n.2 v.14, março, 2006.

UNICEF, 2011. Situação da Adolescência Brasileira 2011. O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília: UNICEF

VIEIRA et al. Crescimento e desenvolvimento de filhos de mães adolescentes no primeiro ano de vida. **Rev. Paul. Pediatria**, v. 25, n. 4, p. 343 - 348, 2007.

VIEIRA, Leila Maria; SAES, Sandra O.; DÓRIA, Adriana Aparecida B. & GOLDBERG, Tamara B. L. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 6, n. 1, p. 135-140, Recife, janeiro/março, 2006.

XIMENES, Neto; KOWAL; ARAÚJO, Gravidez na Adolescência: Motivos e Percepções do Adolescente, **Revista Brasileira de Enfermagem**, Ceará, n.3, v. 60,

WAISSMAN, Adriana Lippi. **Análise dos fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência**. Tese (doutorado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-10102006_113639/ Acesso: 15 out 2008.

9 ANEXOS

Foto 1



Fonte: Portal Uberaba

Foto 2



Fonte: Portal Uberaba

Foto 3



Fonte: Portal de Uberaba.

Foto 4

