

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

ROSELL ESPINOSA PÉREZ

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PLANO DE AÇÃO PARA
REDUZIR SEUS ÍNDICES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA MONTE CARLO, SETE
LAGOAS, MINAS GERAIS.**

SETE LAGOAS - MINAS GERAIS

2016

ROSELL ESPINOSA PÉREZ

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PLANO DE AÇÃO PARA
REDUZIR SEUS ÍNDICES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA MONTE CARLO, SETE
LAGOAS, MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Profa. Dra. Anézia M. F. Madeira

SETE LAGOAS - MINAS GERAIS

2016

ROSELL ESPINOSA PÉREZ

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PLANO DE AÇÃO PARA
REDUZIR SEUS ÍNDICES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA MONTE CARLO, SETE
LAGOAS, MINAS GERAIS.**

Banca examinadora:

Profa. Dra. Anézia Moreira Faria Madeira - UFMG

Profa. Dra. Maria Marta Amâncio Amorim - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 02/06/2016.

AGRADECIMENTOS

A minha família por seu apoio incondicional.

A equipe e comunidade da Estratégia Saúde da Família Monte Carlo, município de Sete Lagoas, que tão bem me acolheu.

A minha orientadora Profa. Anézia Moreira Faria Madeira e aos tutores do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, pela atenção e disponibilidade na orientação deste trabalho.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas, o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

O elevado número de gestações na adolescência vem sendo vivenciado mundialmente, nos últimos anos, com predomínio em alguns países subdesenvolvidos e em desenvolvimento; em torno de 95% das gestações ocorrem entre os 15 e 19 anos. A saúde pública considera gravidez na adolescência uma das maiores preocupações por acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psicossociais e econômicos. O objetivo deste plano de ação é reduzir a incidência de gravidez na adolescência na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) Monte Carlo, município de Sete Lagoas, Minas Gerais. Para ajudar na construção da intervenção, além do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF, foram realizados levantamentos no banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e no site eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), entre outros. Também, foi realizada busca de publicações sobre o tema nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); no Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), e publicações do Ministério da Saúde. A busca de artigos foi guiada utilizando-se os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Relações Familiares; Gravidez na Adolescência; Saúde do Adolescente; Estratégia Saúde da Família; e Planejamento em Saúde. O período de busca compreendeu trabalhos publicados entre 2005 e 2015, exceto legislações e outras publicações básicas anteriores. Para realização da intervenção foram utilizados os passos para elaboração de um plano de ação, descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Assim, atividades como palestras na unidade de saúde e nas escolas locais, oficinas de capacitação dos profissionais, rodas de conversa, grupos operativos, e visitas domiciliares constituem estratégias importantes para se trabalhar a prevenção da gravidez na adolescência, com os adolescentes e suas famílias.

Palavras-chave: Relações Familiares. Gravidez na Adolescência. Saúde do Adolescente. Estratégia Saúde da Família. Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

The high number of pregnancies in adolescence has been experienced globally in recent years, predominantly in some underdeveloped and developing countries; around 95% of pregnancies occur among 15 and 19 years. Public health considers teen pregnancy a major concern for cause obstetric complications, with repercussions for the mother and the newborn, as well as psychosocial and economic problems. The objective of this action plan is to reduce the incidence of teenage pregnancy in the area covered by the Health Team Family Monte Carlo, the city of Sete Lagoas, Minas Gerais. To help in the construction of intervention beyond the situational diagnosis of FHS coverage area, surveys were conducted at the Brazilian Institute database of Geography and Statistics (IBGE), the Information System database of primary care and the electronic Single System Informatics Department site of Health of Brazil, among others. Also, search was conducted of publications on the subject in the databases of the Virtual Health Library: Scientific Electronic Library Online and Latin American and Caribbean Health Sciences; The Bank of Nursing Data (BDENF), and publications of the Ministry of Health. The search for articles was guided using the following descriptors in Health Sciences: Family Relations; Teenage pregnancy; Adolescent Health; Health Strategy; and Health Planning. The search period was work published between 2005 and 2015, except for laws and other previous basic publications. For performing surgery the steps to prepare a plan of action, described in Module Planning and Evaluation of the Specialization Course Health Action in Primary Care in Family Health. Thus, activities such as lectures on health unit and local schools, professional training workshops, conversation circles, operative groups, and home visits are important strategies to work for the prevention of teenage pregnancy, with adolescents and their families.

Keywords: Family Relationships. Teenage pregnancy. Adolescent Health. Health Strategy. Health Planning.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

DM: Diabetes Mellitus

ESF: Estratégia Saúde da Família

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS: Organização Mundial da Saúde

PIB: Produto Interno Bruto

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS: Sistema Único de Saúde

TCC: Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	JUSTIFICATIVA.....	13
3	OBJETIVO.....	15
4	METODOLOGIA.....	16
5	REVISÃO BIBLOGRÁFICA.....	17
6	PLANO DE AÇÃO.....	22
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
	REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

Ao cursarmos as disciplinas ofertadas pelo Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família (ESF) da Universidade Federal de Minas Gerais, tivemos oportunidade de realizar o diagnóstico situacional da região em que atuávamos como profissionais, visando conhecer a realidade daquele lugar e, por sua vez, identificar os principais problemas de saúde ali existentes.

Sendo assim, os principais problemas de saúde identificados, por meio do diagnóstico, na área de abrangência da ESF Monte Carlo, na qual atuo, foram: baixa adesão dos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus ao tratamento não medicamentoso; elevado índice de obesidade; uso indiscriminado de psicotrópicos, e alto índice de gravidez na adolescência.

Considerando os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento, o problema “alto índice de gravidez na adolescência foi escolhido como sendo o foco de nossa intervenção”. Os nós críticos identificados para este problema foram: educação sexual dos adolescentes e de seus familiares inadequada; modos e estilos de vida inadequados dos adolescentes, seus familiares e demais habitantes da comunidade adscrita à equipe de saúde; e assistência inadequada aos usuários adolescentes pelos profissionais de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, a palavra adolescer vem do latim e significa desenvolver-se, crescer. O período da adolescência é a fase do ciclo da vida compreendido entre os 10 e 19 anos, podendo, ainda, ser dividido em pré-adolescência, dos 10 a 14 anos, e adolescência final, dos 15 a 19 anos (BRASIL, 2005).

A adolescência é marcada por várias transformações: biológicas, físicas, hormonais e emocionais. Os adolescentes estão expostos a riscos e agravos devido às características marcantes dessa etapa da vida, como impulsividade, mudança de humor, identificação com grupos de iguais, afastamento dos pais, dentre outras. Neste turbilhão de mudanças eles experimentam várias

situações dentre elas sexo sem proteção, que, muitas vezes, redundam em uma gravidez não planejada, quase sempre não aceita por eles ou pelos pais.

Apesar de se informarem por meio da mídia/redes sociais, amigos, colegas de escola, parentes, sobre como evitar a gravidez com o uso de métodos contraceptivos, mesmo assim se arriscam, por acreditarem que isto não acontecerá com eles, ou, talvez, por quererem vivenciar a maternidade de forma precoce.

O aumento de gestações na adolescência vem sendo vivenciado mundialmente, nos últimos anos, com predomínio em alguns países subdesenvolvidos e em desenvolvimento; 95% das gestações ocorrem entre os 15 e 19 anos. No Brasil, este índice vem aumentando também, mesmo com a redução da taxa de fecundidade geral (HOGA, 2008). Estima-se que 20 a 25% do total de gestantes no Brasil sejam adolescentes, ou seja, em média há uma adolescente entre cada cinco mulheres grávidas (BRASIL, 2010a). Na América Latina observa-se que 25% das gestantes provem de condições socioeconômicas mais baixas; e, em áreas rurais, essa proporção é ainda maior, em torno de 40% (BRANDÃO; HEILONG, 2006).

A saúde pública, em alguns países, considera a gravidez na adolescência uma das maiores preocupações, por acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psicossociais e econômicos (BRASIL, 2010b).

Neste sentido, acreditamos que um plano de ação com participação dos profissionais de saúde e professores ajuda reduzir de certa forma a gravidez na adolescência, na área de abrangência da equipe da ESF Monte Carlo, município de Sete Lagoas, Minas Gerais.

1.1 Descrição do município de Sete Lagoas

O município de Sete Lagoas encontra-se situado na região centro-norte do Estado de Minas Gerais, Zona Metalúrgica; localiza-se ao norte de Belo Horizonte, aproximadamente 70 km. Sua área territorial é de 537.639 km², com altimetria média entre 700 e 800 m. A cidade foi fundada em 1667, na época do auge da exploração do ouro na região. Atualmente possui uma população

estimada de 229.887 habitantes; sendo sua densidade demográfica é de 398,32 hab./km² e taxa de urbanização aproximada de 97% (BRASIL, 2014).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Sete Lagoas é relativamente elevado, em comparação à média do Estado de Minas Gerais e do Brasil. No ano de 2010, o IDH foi de 0.705 na educação; 0.840 na longevidade e 0.742 na renda per capita. O índice médio foi 0.760, ou seja, em todos os aspectos foi alto (BRASIL, 2014).

A economia de Sete Lagoas está centrada na indústria, comércio, agricultura e pecuária; e o Produto Interno Bruto (PIB) está acima dos seis bilhões de reais; sendo o PIB per capita aproximado de 27.500 reais; consideravelmente superior ao PIB per capita médio do Brasil (BRASIL, 2014).

No município a rede de ensino conta com 46 escolas (ensino infantil, fundamental e médio), sendo 27 escolas estaduais e 19 da rede privada. Possui um Centro Universitário, com 24 cursos; um campus da Universidade Federal de São João Del Rey com três cursos; e três faculdades particulares, com 12 cursos. A taxa de alfabetização no município é de 96,7% (SETE LAGOAS, 2014).

Em relação aos aspectos sanitários, o abastecimento de água é feito através de um sistema composto por 95 poços artesianos de captação subterrânea, com aproximadamente 150 metros de profundidade. O tratamento da água é realizado por simples desinfecção através de cloração. Existem cinco estações de tratamento de esgoto, todas do tipo Reatores Analógicos de Fluxo Ascendente. Em 2013 a rede de coleta de esgoto sanitário cobria 94.7% dos domicílios (SETE LAGOAS, 2014).

1.1.1 Situação de saúde do município

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado em Sete Lagoas, em 2001. Atualmente a cidade possui 45 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF); um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), tipo II; 16 Equipes de Saúde Bucal (ESB) e três Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Além de oito Centros de Saúde (CS), oito farmácias do Sistema Único de Saúde (SUS) e duas farmácias populares. A atenção especializada conta com um Centro Viva Vida de Referência Secundária (CVVRS), um Centro de

Especialidades Médicas (CEM) e uma Policlínica Municipal de Saúde (PMS). Na área de saúde mental, o município conta com três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); um para adultos, um para crianças e adolescentes e outro para usuários de álcool e drogas. Os exames laboratoriais são realizados no Laboratório Municipal Pedro Lanza, com o apoio do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Sete Lagoas (CISMISEL); entidade que oferece consultas e exames de média e alta complexidade. A atenção hospitalar é realizada no Hospital Municipal Monsenhor Flávio Dom Amato e no Hospital Nossa Senhora das Graças. O serviço de urgência e emergência conta com três Prontos Atendimentos (PA), assim como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (SETE LAGOAS, 2014).

A ESF Monte Carlo, na qual atuo, foi inaugurada em 2004, e atende à população pertencente ao Bairro Monte Carlo, o qual fica localizado aproximadamente 6 km do centro da cidade. Atualmente estão cadastrados na equipe 3.124 habitantes, sendo 1.519 do sexo masculino e 1.605 do feminino, num total de 613 famílias, divididas em sete micro áreas. A equipe funciona em imóvel alugado pela Prefeitura, adaptado para atender a população. Sua estrutura é muito precária.

A ESF realiza consultas médicas; consultas de enfermagem direcionadas para o pré-natal, puericultura e preventivo; procedimentos de enfermagem (curativos, injeções, micro nebulizações); visitas domiciliares; acompanhamento de usuários hipertensos e diabéticos; acompanhamento de idosos dentre outros.

2 JUSTIFICATIVA

A saúde pública, em alguns países, considera a gravidez na adolescência uma das maiores preocupações, por acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psicossociais e econômicos (BRANDÃO; HEILONG, 2006).

Segundo dados do DATASUS (BRASIL, 2010c), nos últimos dois anos, os índices de gravidez na adolescência no Brasil variaram de 16.27% a 25.96%. No município de Sete Lagoas, conforme dados fornecidos pela Secretaria de Saúde, os índices de gravidez na adolescência no ano de 2010 ficaram em torno de 15.18% a 29.32%; dados estes aproximados com os do país como um todo.

Por outro lado, na área de abrangência da ESF Monte Carlo, de um total de 23 gestantes atendidas, no período de junho a agosto de 2015, 10 eram adolescentes, correspondendo assim 43.47% (SETE LAGOAS, 2015). O alto índice de gravidez na adolescência na região pode estar relacionado aos fatores de risco e à vulnerabilidade socioeconômica e emocional a que estão expostas as adolescentes, uma vez que residem em áreas onde uso de drogas, prostituição e violência doméstica estão presentes.

Portanto, é motivo de preocupação para nós profissionais de saúde, uma vez que os fatores acima podem ocasionar grandes transtornos nas adolescentes, em seus filhos, suas famílias e na comunidade em geral. Além disso, sabemos que parto prematuro, infecção neonatal, mortalidade materna dentre outras, são complicações frequentes em gestações de adolescentes. Em relação aos problemas sociais, apontamos a maternidade precoce como sendo responsável pelo abandono da escola pelas adolescentes, já que não conseguem conciliar cuidados com o filho e as tarefas escolares.

Neste caso questionamos: *“Que ações os profissionais da ESF Monte Carlo poderiam realizar para diminuir os índices de gravidez na adolescência na área de abrangência da equipe?”*.

Lembramos que estas ações devem respeitar a individualidade, a cultura e a realidade dos adolescentes. Devem acontecer de forma participativa,

reflexiva e com o envolvimento de outros profissionais, e de outros segmentos da comunidade.

3 OBJETIVO

- Propor um Plano de Ação visando reduzir a incidência de gravidez na adolescência na área de abrangência da ESF Monte Carlo, Sete Lagoas, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

O plano de ação foi desenvolvido no período de junho a agosto de 2015, pelos profissionais que compõem a equipe da ESF Monte Carlo, composta por médico, enfermeira, técnica de enfermagem, e sete agentes comunitárias de saúde (ACS). Contamos, também, com a ajuda de profissionais do NASF. Ressaltamos que os sujeitos da intervenção serão adolescentes de 10 a 19 anos, suas famílias, e professores das escolas da área de abrangência da equipe.

Para subsidiar a construção do Plano de Ação, além do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Monte Carlo, foram realizados levantamentos no banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e no site eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), entre outros. Também, foi realizada busca de publicações sobre o tema gravidez na adolescência nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); no Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), e publicações do Ministério da Saúde. A busca de artigos foi guiada utilizando-se os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Relações Familiares; Gravidez na Adolescência; Saúde do Adolescente; Estratégia Saúde da Família; e Planejamento em Saúde. O período de busca compreendeu trabalhos publicados entre 2005 e 2015, exceto legislações e artigos publicados anteriormente.

Para direcionamento da intervenção foram utilizados os passos sugeridos por Campos; Faria e Santos (2010), descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, para elaboração de um plano de ação ou plano de intervenção.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Aspectos gerais da gravidez na adolescência

A adolescência é uma etapa de transição entre a vida infantil e a adulta, na qual o adolescente estabelece novas relações afetivas e desenvolve de forma diferente sua autoestima, uma vez que a sexualidade está presente de maneira marcante nesse período (DORVALINO, 2010). É uma fase em que a fertilidade é biologicamente possível, mas socialmente desfavorável (MARÍLIA, 2006).

Segundo Godinho *et al.* (2000), o adolescente encontra-se perplexo por um corpo que é seu, mas que lhe soa estranho. Ele tem diante de si a descoberta de um mundo novo. Ama os pelos que lhe dão status de adulto, mas apavora-se com as alterações que o jogam num caminho ainda desconhecido. Essas mudanças, nas quais perde a sua identidade de criança, implicam na busca de uma nova, que se vai construindo e se moldando nos planos consciente e inconsciente. O adolescente não quer ser como determinados adultos, mas, em troca, escolhe outros como ideais.

Vários autores avaliam esta fase de transição como essencial para que o ser humano alcance sua maturidade biopsicossocial; e que esta só termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, obtendo progressivamente sua independência econômica, inserção social e profissional na sociedade adulta (NADER; COSME, 2010).

Neste turbilhão de transformações e experimentações pode ocorrer a gravidez. Nader e Cosme (2010) consideram que ao engravidar a adolescente que enfrenta paralelamente os processos de transformação da adolescência e os da gestação, sofre prejuízo duplo: nem adolescente plena, nem adulta inteiramente capaz.

A gravidez na adolescência traz uma série de implicações que atingem o indivíduo limitando ou mesmo adiando as possibilidades de desenvolvimento e engajamento das jovens na sociedade. Nas últimas décadas para muitos autores, a gravidez na adolescência tem sido considerada um problema e motivo de preocupação para profissionais da saúde, educadores, pais e sociedade em geral ao considerar, através de vários estudos, o impacto que

esta pode trazer à saúde materno-fetal e ao bem-estar social e econômico de um país (BELARMINO *et al.*, 2009; CHALEM *et al.*, 2007).

Cabe destacar, corroborando com Moreira *et al.* (2008), que a gravidez precoce não é um problema da sociedade moderna, porque em outras épocas as mulheres engravidavam na adolescência. É um problema da sociedade moderna a gravidez indesejada na adolescência, quando acontece de forma desestruturada. Suzuki *et al.* (2007) enfatizam que, apesar da gravidez e maternidade fazerem parte do desenvolvimento e crescimento humano, devem acontecer de forma racional, linear e com possibilidades de planejamento, pois pode produzir efeitos deletérios sobre o desenvolvimento biológico e psíquico, com possíveis efeitos prejudiciais à inserção na vida social de uma adolescente.

Segundo o Protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente (MINAS GERAIS, 2007), a gestação na adolescência possui múltiplas causas: diminuição da idade da menarca; iniciação sexual cada vez mais precoce; falta ou inadequação das informações quanto à sexualidade e aos métodos contraceptivos; baixo acesso aos serviços de saúde; não utilização dos métodos por receio que seus pais descubram que está tendo relações sexuais; busca de confirmação da fertilidade; pensamento mágico (isto nunca vai acontecer comigo); presença de um desejo, consciente ou inconsciente, de engravidar; ocorrência de gestação na adolescência em familiares ou pessoas próximas como modelos sociais; história e presença de conflitos familiares; abuso de drogas; expectativas e perspectivas educacionais e profissionais ausentes ou baixas; e falta de uma comunicação aberta entre pais e filhos.

Suzuki *et al.* (2007) destacam, também, como fatores predisponentes à gravidez na adolescência, falta de informação quanto à sexualidade e métodos contraceptivos, evasão escolar ou baixo nível de escolaridade, precariedade socioeconômica, ausência de oportunidade de trabalho futuro, falha na educação sexual implicando em falta de conhecimentos sobre concepção e escassez de serviços de planejamento familiar.

5.2 Consequências da gravidez na adolescência

A gravidez nessa fase da vida tem sido considerada como fator de risco, do ponto de vista médico, tanto para mãe quanto para o filho, e, também, como fator agravante ou desencadeador de transtornos psicológicos e sociais. Vários estudos fazem referências a maior incidência de complicações durante a gestação de adolescentes, tais como abortamento espontâneo, restrição de crescimento intrauterino, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, parto prematuro, sofrimento fetal intraparto e parto por cesárea (MICHELAZZO *et al.*, 2004).

No documento publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2009, intitulado “Jovens Mães”, destaca que, por ocasião do parto normal de uma adolescente, tem sido referida maior incidência de lesões vaginais e perineais. São citados, ainda, maior frequência de deiscência de suturas e dificuldade de amamentação. No entanto, não tem sido relatada maior frequência de parto por cesárea nesta faixa etária. Em relação às repercussões psicológicas, destaca-se aumento do número de casos de depressão pós-parto (IBGE, 2009).

Trindade (2005) *apud* Nader e Cosme (2010, p. 343) afirma que:

[...] A Conferência de Beijing constata que a maternidade prematura ainda é obstáculo para o progresso educacional, econômico e social da mulher e que, assim como o casamento, pode reduzir drasticamente as oportunidades de educação, emprego e prejudicar, possivelmente, em longo prazo, sua qualidade de vida e a dos seus filhos.

Para Malamitsi-Puchner e Boutsikou (2006) dentre as consequências da gravidez na adolescência, referentes ao recém-nascido, observa-se aumento na incidência de desnutrição, maus tratos e descuidos, o que pode se estender à criança com mais idade. Na infância, principalmente no primeiro ano de vida, tem sido referida maior incidência de desnutrição e acidentes domiciliares.

5.3 Prevenção da gravidez na adolescência por meio da educação sexual

Para Martins *et al.* (2012), para prevenção da gravidez, é necessário criar programas de informação e educação pela equipe de saúde, com

finalidade de orientar adequadamente tanto as adolescentes quanto suas famílias, respeitando-se costumes e padrões culturais. Para os autores, a educação sexual é uma das ações mais importantes para prevenir a gravidez na adolescência.

A educação sexual não é de responsabilidade somente dos profissionais de saúde, pelo contrário, ela deve ser debatida nas escolas, nas famílias, nas redes sociais, e em espaços de convivência dos adolescentes.

Ao nos referirmos à escola, pensamos que os conteúdos dos livros didáticos, principalmente de ciências, não devem limitar o conhecimento do corpo humano meramente em seus aspectos anatômicos e fisiológicos. É necessário incorporar ao ensino oferecido em sala de aula, o vivenciado pelos alunos em sua realidade de vida, como dito acima, respeitando-se costumes e padrões culturais.

Conforme Guimarães; Alves; Vieira (2005) deve-se permitir aos jovens exporem suas angústias e dúvidas em relação a temas ligados à sexualidade, sem preconceitos e superando tabus. Além disso, a escola torna-se espaço propício para o autoconhecimento e para a descoberta de outras formas de relacionamento afetivo que não o ato sexual em si. A educação sexual integral na escola atua como um dos componentes essenciais à construção da saúde sexual ao longo do ciclo vital e, por isso, exige atenção especial.

Para Heiborn *et al.* (2006) *apud* Conceição (2010) a educação sexual deve preparar mais amplamente os jovens para o ingresso na vida sexual adulta, aumentando as possibilidades de reflexão sobre os diferentes eventos e situações que poderão experimentar, a fim de torná-los mais habilitados para enfrentar os desafios próprios das relações afetivo-sexuais.

Na família, na escola, nos órgãos públicos e nos diferentes meios de comunicação, deve-se falar abertamente para os adolescentes sobre sexo, e não apontá-lo como proibido. Deve enfatizar os cuidados que envolvem esta prática, não apenas quanto à prevenção da gravidez, mas também nos riscos de se contrair doenças sexualmente transmissíveis.

A problemática da gravidez não deve se restringir à mulher adolescente senão também ao homem. Os adolescentes devem saber sobre os riscos da gravidez precoce em todos seus aspectos, do moral ao social, assim como

também da grande responsabilidade de se trazer uma criança ao mundo (PAUCAR, 2003).

É importante ressaltar que a família, comunidade, escola e unidade de saúde devem trabalhar em conjunto no intuito de conscientizar tanto as jovens adolescentes como seus parceiros, da importância de se prepararem adequadamente para o início da vida sexual. Devem alertá-los dos riscos em que estão expostos quando aderem a tal prática de forma precoce, e, também, orientá-los que a responsabilidade da prevenção de uma gravidez indesejada é de ambos e não só da mulher (CONCEIÇÃO, 2010).

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Operacionalização do Plano de Ação

➤ Primeiro passo: definição dos problemas

Os profissionais da ESF Monte Carlo identificaram vários problemas existentes na área de abrangência da equipe; e, por consenso, foram selecionados aqueles de maior relevância. São eles: baixa adesão dos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus ao tratamento não medicamentoso; elevado índice de obesidade; uso indiscriminado de psicotrópicos, e alto índice de gravidez na adolescência.

Segundo Campos; Faria e Santos (2010), o diagnóstico situacional, resultado de um processo de coleta, tratamento e análise de dados de uma determinada população, pode ser considerado importante ferramenta de gestão para identificação dos problemas de saúde presentes naquele local. De posse dos problemas, seleciona-se aquele possível de resolução por meio de um plano de ação.

➤ Segundo passo: priorização de problemas

Após identificarmos os problemas presentes acima, estabelecemos os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento para definição do nível de prioridade dos mesmos, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Monte Carlo, Sete Lagoas/ MG, 2015.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capac. Enfrentam.	Seleção
Baixa adesão dos usuários com DM ao tratamento não medicamentoso.	Alta	6	Parcial	3
Baixa adesão dos usuários com HAS ao tratamento não medicamentoso.	Alta	6	Parcial	2
Elevado índice de obesidade.	Alta	5	Parcial	4
Uso indiscriminado de psicotrópicos*.	Alta	4	Parcial	5
Alto índice de gravidez na adolescência.	Alta	7	Parcial	1

*Medicamentos que atuam em nível do sistema nervoso central: estimulantes, antidepressivos, ansiolíticos, dentre outros.

Fonte: ESF Monte Carlo, Sete Lagoas, MG, 2015.

Sendo assim, “alto índice de gravidez na adolescência” foi selecionado como primeiro problema, devido sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento.

➤ Terceiro passo: descrição do problema selecionado

A Gravidez na Adolescência é um dos maiores problemas enfrentados pela população e por nossa equipe. No Quadro 2 apresentamos a situação e quantidade de adolescentes cadastrados e acompanhados pela ESF Monte Carlo.

Quadro 2: Situação e número de adolescentes cadastrados e acompanhados pela ESF Monte Carlo, Sete Lagoas, MG, 2015.

Situação	Número
Adolescentes de 10 a 14 anos, ambos sexos, cadastrados.	226
Adolescentes de 10 a 14 anos, ambos sexos, acompanhados.	200
Adolescentes de 15 a 19 anos, ambos sexos, cadastrados.	272
Adolescentes de 15 a 19 anos, ambos sexos, acompanhados.	222
Adolescentes grávidas.	10
Adolescentes de 10 a 19 anos, sexo feminino, fora da escola e que não trabalham.	28
Adolescentes, 10 a 19 anos, sexo feminino, tabagistas ativas.	17
Adolescentes, 10 a 19 anos, sexo feminino, provindas de famílias de alto risco.	43

Fonte: Registros da ESF Monte Carlo, Sete Lagoas, MG, 2015.

Os dados apresentados acima nos mostram os fatores de risco presentes na população adolescente da área de abrangência da equipe, e de certa forma direciona nosso Plano de Ação. No que se refere à classificação de risco familiar, para os adolescentes da área de abrangência da ESF Monte Carlo, utilizamos a Escala de Risco Familiar proposta por Coelho e Savassi (2004).

➤ **Quarto passo: seleção dos “nós críticos”**

Os “nós críticos” considerados para o problema priorizado pela equipe foram:

- Educação sexual dos adolescentes e de seus familiares inadequada;

- Modos e estilos de vida inadequados dos adolescentes, seus familiares e demais habitantes da comunidade adscrita à equipe de saúde;
- Assistência inadequada aos usuários adolescentes pelos profissionais de saúde.

➤ **Quinto passo: desenho das operações**

Neste passo os profissionais da ESF Monte Carlo recomendaram, a partir dos “nós críticos” do problema “Alto índice de gravidez na adolescência”, as operações/projetos necessários para sua provável solução; os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários para seu cumprimento.

➤ **Sexto passo: identificação dos recursos críticos**

Como atividade fundamental para analisar a viabilidade do plano de ação, os profissionais da ESF identificaram os recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos”. São considerados recursos críticos aqueles imprescindíveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

➤ **Sétimo passo: análise de viabilidade do plano**

Neste passo nossa equipe identificou os atores que controlam os recursos críticos necessários para implementação de cada operação. Verificou-se a motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano, e sugeriram-se as ações estratégicas para motivar os mesmos e construir cada operação.

➤ **Oitavo passo: elaboração do plano operativo**

A principal finalidade deste passo é a designação dos responsáveis pelas operações estratégicas, as quais devem garantir que as ações sejam executadas de forma lógica e sincronizada além de estabelecer os prazos para seu cumprimento. A elaboração do plano operativo para cada “nó crítico” foi decidida em reunião com todos os responsáveis pelas operações.

➤ **Nono passo: gestão do plano**

Este passo teve como objetivo desenhar um modelo de gestão do plano de ação, que garantisse a coordenação e o acompanhamento da execução das operações. O modelo de gestão deve garantir eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. É importante ressaltar que o sucesso de um plano, ou pelo menos a probabilidade de que ele seja efetivamente implementado depende de como será feita sua gestão (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

No Quadro 3 apresentamos as operações necessárias para o “nó crítico”: **Educação sexual dos adolescentes e de seus familiares inadequada**, na área adscrita à ESF Monte Carlo, município de Sete Lagoas, Minas Gerais.

Quadro 3: Operações necessárias para o “nó crítico”: Educação sexual dos adolescentes e de seus familiares inadequada, ESF Monte Carlo, Sete Lagoas, MG, 2015.

Nó crítico	Educação sexual dos adolescentes e de seus familiares inadequada
Operação	Melhorar o nível de conhecimento dos usuários adolescentes e de seus familiares sobre educação sexual.
Projeto	Saber Mais
Resultados esperados	Melhor compreensão dos usuários adolescentes e de seus familiares sobre o problema, fatores de risco, complicações e possíveis medidas preventivas. Incluir as escolas inseridas na comunidade no contexto da educação sexual.
Produtos	Avaliação do nível de conhecimento sobre educação sexual e

esperados	gravidez na adolescência; Maior número de familiares, professores e profissionais de saúde participando e acompanhando os adolescentes na sua educação sexual.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico, enfermeira, técnica de enfermagem, ACS's, psicóloga do NASF, professores.
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Organizacional</u>: Inicialmente serão desenvolvidas oficinas de planejamento, em especial com as ACS para que sejam multiplicadoras de informações sobre educação sexual. As oficinas serão realizadas duas vezes por semana, durante uma hora; e terão duração de duas semanas. Posteriormente a equipe realizará palestras, rodas de conversa e grupos operativos, na unidade de saúde e nas escolas, para trabalhar o tema com os adolescentes e seus familiares, de forma participativa. Serão realizadas duas vezes por semana, durante uma hora e terão duração de dois meses. Ao término das atividades será feita avaliação e solicitado aos participantes sugestões/demandas para os próximos encontros. Serão afixados cartazes e distribuídos folders na recepção da unidade de saúde, e nas escolas da região. - <u>Cognitivo</u>: Informações sobre o tema. - <u>Financeiro</u>: Aquisição de materiais educativos e recursos audiovisuais. - <u>Político</u>: Articulação intersetorial (parceria entre os setores de educação e saúde) e mobilização social.
Recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Políticos</u>: Mobilização intersetorial (Secretaria de Saúde e Educação) - <u>Organizacional</u>: Cumprimento da agenda. - <u>Financeiro</u>: Aquisição de materiais educativos, e recursos audiovisuais.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Ator que controla</u>: Profissionais da ESF. - <u>Motivação</u>: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto do plano de ação para as escolas, Secretaria de Saúde, e Secretaria de Educação. Ou seja, parceiros interessados na sua implementação.
Cronograma Prazo /	Trinta dias para o planejamento das ações, sensibilização da equipe e elaboração dos materiais a serem utilizados. Dois meses para o início das atividades.
Gestão, acompanhamento e avaliação	<p>Aplicação de questionário, folha de presença, relatórios. Os questionários terão perguntas relacionadas à gravidez na adolescência e sexualidade (educação sexual), e objetivam avaliar o nível de informação dos participantes (ACS, adolescentes, famílias dos adolescentes, professores) sobre estes assuntos.</p> <p>A gestão, acompanhamento e avaliação das atividades serão de</p>

responsabilidade de todos os membros da equipe, e acontecerão durante todo o processo. As atividades serão readequadas/replanejadas conforme a necessidade.

O Quadro 4 mostra as operações necessárias para o “nó crítico”: **Modos e estilos de vida inadequados dos adolescentes, seus familiares e demais habitantes da comunidade adscrita à equipe de saúde**, ESF Monte Carlo, município de Sete Lagoas, Minas Gerais.

Quadro 4: Operações para o “nó crítico”: Modos e estilos de vida inadequados dos adolescentes, seus familiares e demais habitantes da comunidade adscrita à equipe de saúde, ESF Monte Carlo, Sete Lagoas, MG, 2015.

Nó crítico	Modos e estilos de vida inadequados dos adolescentes, seus familiares e demais habitantes da comunidade adscrita à equipe de saúde.
Operação	Modificar modos e estilos de vida dos usuários adolescentes, seus familiares e população em geral.
Projeto	Mais Saúde
Resultados esperados	Diminuir o índice de gravidez na adolescência no prazo de um ano. Prevenir a gravidez na adolescência e suas possíveis complicações. Conscientizar a população da importância de hábitos de vida saudáveis.
Produtos esperados	Campanha educativa sobre educação sexual por meio de folders, cartazes, palestras, rodas de conversa e dinâmicas de grupo. Programa de atividade física e recreação saudável dirigida à população adolescente. Campanha de prevenção da gravidez na adolescência com orientações sobre práticas sexuais seguras.
Atores sociais/ responsabilidades	ACS - convite à população. Médico, psicóloga e enfermeira - orientação sobre sexualidade. Fisioterapeuta e educador físico – atividades físicas e exercícios monitorados.
Recursos necessários	- <u>Organizacional</u> : Organização de atividades de educação sexual, a serem realizadas uma vez por semana, com duração de uma hora, durante dois meses. Projeto sobre atividades físicas monitoradas, realizadas duas vezes por semana, por seis meses. - <u>Cognitivo</u> : Busca de informações sobre o tema.

	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Financeiro</u>: Aquisição de material instrucional e de informação. - <u>Político</u>: Mobilização da comunidade visando formação de parcerias com segmentos da sociedade, participação de voluntários, e concessão de espaços para as atividades físicas.
Recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Político</u>: Disponibilização de espaços físicos para as atividades físicas e adesão de voluntários, principalmente educador físico. - <u>Financeiro</u>: Obtenção de ajuda de custo para confecção do material educativo, dentre outros.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Ator que controla</u>: Profissionais da ESF - <u>Motivação</u>: Favorável
Ação estratégica de motivação	Reunião com a equipe de saúde e o NASF.
Responsáveis	Médico, enfermeira, técnica de enfermagem, ACS, NASF.
Cronograma / Prazo	Trinta dias para o planejamento das ações e elaboração dos materiais a serem utilizados. Dois meses para o início das atividades.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Reunião mensal de acompanhamento e avaliação com a equipe de saúde e NASF. Avaliação dos conhecimentos sobre educação sexual dos usuários adolescentes e seus familiares após seis meses de início das atividades.

As operações para o “nó crítico” **‘Assistência inadequada aos usuários adolescentes pelos profissionais de saúde’**, são apresentadas no Quadro 5 a seguir.

Quadro 5: Operações sobre o “nó crítico”: Assistência inadequada aos usuários adolescentes pelos profissionais de saúde, ESF Monte Carlo, Sete Lagoas, MG, 2015.

Nó crítico	Assistência inadequada aos usuários adolescentes pelos profissionais de saúde
Operação	Elaborar e programar agenda de trabalho conforme as diretrizes estabelecidas pela Secretaria Estadual de Saúde para atendimento aos adolescentes.
Projeto	Cuidar Mais
Resultados esperados	Agendas organizadas. Atendimentos com horários flexíveis. Satisfação dos adolescentes em serem orientados sobre

	educação sexual.
Produtos esperados	<p>Controle das prescrições médicas de contraceptivos para os adolescentes, por meio de fichário rotativo para renovação das receitas.</p> <p>Criar agendas de consulta médica e de enfermagem para atendimento do adolescente.</p> <p>Criar agenda para visitas domiciliares aos adolescentes e suas famílias.</p> <p>Organização dos prontuários dos adolescentes.</p> <p>Identificar os motivos da não adesão ou abandono do uso de contraceptivos prescritos, através das consultas.</p> <p>Garantir estoque de contraceptivos da unidade de saúde.</p>
Atores sociais/ responsabilidades	Médico, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS.
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Organizacional</u>: Organização da agenda programada e mudança no processo de trabalho da equipe para o correto acolhimento, orientação e atenção aos usuários adolescentes. - <u>Cognitivo</u>: Obtenção de informações sobre o tema. - <u>Financeiro</u>: Aquisição de agendas e atas. - <u>Político</u>: Apoio da gestão; envolvimento da equipe de saúde.
Recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Organizacional</u>: Organização da agenda programada e mudança no processo de trabalho. - <u>Político</u>: Apoio da gestão, envolvimento da equipe. - <u>Financeiro</u>: Aquisição de agendas e atas.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Ator que controla</u>: Equipe da ESF; Coordenação da Atenção Básica e Secretaria Municipal de Saúde. - <u>Motivação</u>: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto do Plano de Ação para a Secretaria de Saúde e para Coordenação da Atenção Básica.
Responsáveis	Coordenação da Atenção Básica, médico e enfermeira da ESF.
Cronograma / Prazo	60 dias para a implantação da agenda e do fichário rotativo.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	<p>Frequência dos adolescentes às consultas programadas.</p> <p>Controle do uso de contraceptivos, por meio de levantamento feito no fichário rotativo e na farmácia da unidade de saúde.</p> <p>Retorno dos ACS acerca das visitas domiciliares.</p>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho, focado em um Plano de Ação, mostra que a responsabilidade dos profissionais de saúde com a prevenção da gravidez na adolescência na área de abrangência da equipe vai além do conhecimento dos fatores responsáveis por sua ocorrência. Baixas condições socioeconômicas, vulnerabilidade dos adolescentes, relações familiares conflituosas e falta de perspectivas futuras podem ser apontadas como responsáveis pelo alto índice de gravidez na adolescência.

Assim, respondendo à questão norteadora: “*Que ações os profissionais da ESF Monte Carlo poderiam realizar para diminuir os índices de gravidez na adolescência na área de abrangência da equipe?*”, atividades como palestras na unidade de saúde e nas escolas locais, oficinas de capacitação dos profissionais, rodas de conversa, grupos operativos, e visitas domiciliares constituem estratégias importantes para se trabalhar a educação sexual e a prevenção da gravidez na adolescência, com os adolescentes e suas famílias.

Enfatizamos, também, a importância da organização do atendimento ao adolescente na unidade de saúde, com utilização de agendas programadas para consultas médicas e de enfermagem e uso do fichário rotativo para controle das prescrições de contraceptivos. No entanto, acreditamos que a frequência dos adolescentes à unidade de saúde está condicionada à maneira como são recebidos e atendidos pelos profissionais. Lembramos que o vínculo ao serviço depende da confiança do usuário no profissional que o atende e do respeito presente na relação de ambos.

REFERÊNCIAS

BELARMINO, G. O; *et al.* Risco nutricional entre gestantes adolescentes. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 22, n.2, p.169-75, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a09v22n2.pdf>>. Acessado em: 28 de março 2015.

BRANDÃO, E. R; HEILONG, M. L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**; v. 22, n.7, p.1421-30, 2006. Disponível em: <search.us.com/> Acesso em: 16 de março 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Situação de Saúde – Brasil.** Brasília; 2010a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSBR.def>> Acesso em: 25 de março 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Painel de indicadores do SUS n 7: Panorâmico VIII.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://portal.saudegov.br/portal/arquivos/pdf/painel_de_indicadores_7_final.pdf>. Acesso em: 15 de dezembro 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB.** 2010c Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>>. Acessado em: 5 de março 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE **Cidades.** Brasília, [online], 2014. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 3 de março 2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2.ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CHALEM, E; *et al.* Gravidez na adolescência: perfil sócio demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 1, p.177-86, jan. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/esp/v23n1/18.pdf>>. Acessado em 28 de março de 2015.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Rev Bras Med Fam Comunidade**; v.1, n.2, p.20-6, 2004.

CONCEIÇÃO, C. A. **Gravidez na adolescência**: uma revisão bibliográfica. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Monografia (especialização). Polo Itinga, MG. 28p. NESCON: UFMG, 2010.

DORVALINO, J. S. **Gravidez na adolescência e métodos anticoncepcionais**: um retrato na produção científica no Brasil. Joáima, 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2282pdf>> Acessado em 27 de março 2015.

GODINHO, R. A. *et al.* Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? **Rev Latino-Am Enfermagem**; v.8, n.2, p.25-32, 2000 Disponível em : <[search.us.com/.](http://search.us.com/)> Acessado em 11 março 2015.

GUIMARÃES, E. M. B.; ALVES, M. F. C.; VIEIRA, M. A. S. Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes: um desafio para os profissionais de saúde no município de Goiânia-GO. **Rev UFG**, v. 6, n. 1, jun.2005. [online] <www.proec.ufg.br> Acessado em 27 de março de 2015.

HEILBORN, M. L; *et al.* **O aprendizado da sexualidade**: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Fiocruz/Garamond; 2006.

HOGA, L. A. K. Maternidade na adolescência em uma comunidade de baixa renda: experiências reveladas pela história oral. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]; v. 16, n. 2, p.280-6, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000200017>>. Acesso em 30 de janeiro de 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Jovens mães.** [online]. 2009 Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/saude/jovensmaes.html> . Acesso em: 5 de março 2015.

MALAMITSI-PUCHNER, A; BOUTSIKOU, T. Adolescent pregnancy and perinatal outcome. **Rev Pediatr Endocrinol**; v. 3, suppl.1, p.170-8, 2006.

MARÍLIA, L. C. **Prevenção ainda é o melhor remédio:** gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006.

MARTINS, C. B. G.; ALMEIDA, F. M.; ALENCASTRO, L. C.; MATOS, K. F.; SOUZA, S. P. S. Sexualidade na adolescência: mitos e tabus. **Rev. Cienc. Enferm.**, v. 18, n. 3, p.25-37, 2012. <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532012000300004&script=sci_arttext.> Acesso em 25 de março de 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção à saúde do adolescente.** 2.ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2007. 152p.

MICHELAZZO, D.; *et al.* Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo caso controle. **Rev Bras Ginecol Obstet.**; v.26, n.8, p.633-9, 2004.

MOREIRA, T. M. M.; *et al.* Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo, v.42, n.2, p.312, jun.2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a14.pdf>>. Acessado em 30 de março 2015.

NADER, P. R. A.; COSME, L. A. Parto prematuro de adolescentes: influência de fatores sócios demográficos e reprodutivos. **Esc. Anna Nery Rev**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, abr./jun. 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/17.pdf>>. Acessado em 8 de março de 2015.

PAUCAR, L. M. O. **Representação da gravidez e aborto na adolescência:** estudo de caso em São Luís do Maranhão. Tese (Doutorado). São Paulo. 2003. 183p. Disponível em: <www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/Paucar.pdf>. Acesso em 02 de abril 2015.

SETE LAGOAS. Prefeitura Municipal de Sete Lagoas. Secretaria de Saúde. **Dados do município.** 2014. Disponível em: <www.setelagoas.mg.gov.br> Acesso em: 3 de março 2015.

SETE LAGOAS. Estratégia Saúde da Família Monte Carlo. **Registros gravidez na adolescência:** atendimentos UBS. 2015.

SUZUKY, C. M.; *et al.* Análise comparativa da frequência de prematuridade e baixo peso entre filhos de mães de adolescentes e adultas. **Rev Brasil Cresc Desenvol Humano**, v. 17, n. 3, p.95-103, 2007. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v17n3/09>>. Acesso em: 18 de março de 2015.

TRINDADE, R. F. C. **Entre sonho e a realidade:** a maternidade na adolescência sob a ótica de um grupo de mulheres da periferia da cidade de Maceió, Alagoas. [tese doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 2005.