

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

EDELSA RODRÍGUEZ MOREJÓN

**INCIDÊNCIA ELEVADA DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA 15 DO MUNICÍPIO DE CAMPO
ALEGRE - AL**

MACEIÓ- ALAGOAS

2015

EDELSA RODRÍGUEZ MOREJÓN

**INCIDÊNCIA ELEVADA DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA 15 DO MUNICÍPIO DE CAMPO
ALEGRE - AL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Profa. Flávia Casasanta Marini

MACEIÓ – ALAGOAS

2015

EDELSA RODRÍGUEZ MOREJÓN

**INCIDÊNCIA ELEVADA DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA 15 DO MUNICÍPIO DE CAMPO
ALEGRE-AL**

Banca examinadora

Profa. Flávia Casasanta Marini

Profa. Dra. Márcia Bastos Rezende

Aprovada em Belo Horizonte: ____/____/____

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a meu esposo pela compreensão e apoio durante a realização deste trabalho.

A minha família em Cuba por permitir-me cumprir este Programa

Agradeço a toda equipe da NESCOM pela ajuda durante este processo de desenvolvimento profissional, em especial a minha orientadora que ajudou na conclusão do mesmo com paciência e carinho.

DEDICATÓRIA

A todos os participantes que ajudaram a compor este trabalho para sua efetiva realização.

A maior riqueza é a saúde

Ralph Waldo Emerson

RESUMO

A gravidez na adolescência é uma realidade que não para de crescer no Brasil e no mundo e tem se apresentando como um problema de saúde pública. Muitos adolescentes estão realizando atividade sexual cada vez mais cedo, com riscos de gravidez não planejada e de contrair Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) já que não usam proteção. Esta situação tem consequências como: abandono escolar; risco na saúde da mãe e do recém-nascido; negligências e maus tratos da criança, desenvolvimento com problemas psicossociais e econômicos na família e na sociedade, dificuldade de regresso da mãe a sociedade após a gravidez, etc. O objetivo deste trabalho é propor um plano de intervenção visando diminuir a incidência de gestações em adolescentes, na área de abrangência do Programa de Saúde da Família 15 do município de Campo Alegre; Foram propostas intervenções que possam garantir redução da incidência destas gestações, além de prevenir e de fornecer suporte para adolescentes que estejam nesta situação. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), e uma revisão narrativa da literatura, através de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, Scientific Electronic Library Online(SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), através dos descritores gravidez na adolescência, estratégia saúde da família e adolescentes. Conclui-se que realmente há uma necessidade de intervir no atendimento a estas adolescentes para poder estar contribuindo com a educação em saúde.

Descritores: Gravidez na adolescência, Estratégia Saúde da Família e Adolescentes.

ABSTRACT

Teenage pregnancy is a reality that never stops growing in Brazil and in the world and has been presenting as a public health problem. Many teenagers are performing sexual activity earlier, with risk of unplanned pregnancy and of contracting sexually transmitted diseases (STDs) that do not use protection. This situation has consequences as: school leavers; risk on the health of the mother and newborn; to be pushed out of the deal and bad child, psychosocial problems and economic development within the family and in society, difficulty of mother's return to society after pregnancy. The aim of this work proposes an action plan aimed at reducing the incidence of pregnancies in teenagers, in the area of the family health program 15 of the municipality Campo Alegre; interventions have been proposed which could ensure a reduction in the incidence of these pregnancies, as well as to prevent and to provide support for teens who are in this situation. For the development of the contingency plan was used the method of the Situational strategic planning (PES), and a narrative review of literature, through data of the Virtual Health Library, Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Latin American literature and Caribbean Health Sciences (LILACS), through the descriptors teenage pregnancy, the family health strategy. It is concluded that there is a need to intervene in these adolescents to might be contributing to health education.

Keywords: teen pregnancy, the family health strategy and Teenagers.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicológica e Social Psicossocial

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

FPM - em Fundo de Participação Municipal

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - O Índice de Desenvolvimento Humano

ISSQN - Imposto Sobre Serviço de Quaisquer Naturezas

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização de Nações Unidas

PAB - Piso de Atenção Básica

PES- Planejamento Estratégico Situacional

PSF - Programa Saúde da Família

SCIELO - Uma Biblioteca Eletrônica Científica On-line

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População estimada do município de Campo Alegre segundo faixa etária, 2013.

Tabela 2 - Percentual da população segundo a situação do saneamento básico no município Campo Alegre, 2013.

Tabela 3 - Indicadores Educacionais e Tipos de Ensino em 2011

Tabela 4 - Priorização dos problemas encontrados na Unidade de Saúde Família 15

Tabela 5 - Descritores do problema: “Incidência elevada de gravidez na adolescência, primer trimestre 2014”.

Tabela 6 - Plano de ação.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 JUSTIFICATIVA.....	19
3 OBJETIVOS.....	20
4 MÉTODO.....	21
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	22
6 PLANO DE AÇÃO.....	27
7 CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

Entre 1750 e 1800 o cacique de uma tribo açonã, habitante na região do Estado de Sergipe, raptou Ana Margarida de Barros, filha de rico proprietário português, que atravessou rio São Francisco, fugido de seca que assolava o Estado. Ana Margarida e o cacique passaram a residir em Salomé (hoje São Sebastião no Estado de Alagoas) tendo, mais tarde, se casado. Dessa união nasceu Antônio de Barros que, alguns anos depois, chegou ao local onde hoje se ergue a sede do município de Campo Alegre do Estado Alagoas. No Bairro chamado Mosquito de Cima, próximo ao engenho Mosquito de Baixo, comprou pequeno rancho de sapé e cabeças de gado. O fato é considerado como o primeiro passe-o para a colonização. Segundo documentos encontrados, já em 1870 falava-se do distrito de Mosquito, pertencendo a São Miguel dos Campo (AL). O cartório do registro civil data de 1908. Uns missionários que passaram pelo lugarejo deixaram aí uma imagem de Bom Jesus dos Aflitos, Padroeiro da cidade. A toponímia foi mudada pelo padre Júlio de Albuquerque que escrevendo a um amigo afirmou: " Isto aqui é Campo Alegre ", pelo fato do povoado ter sido edificado em um chapadão de onde se vislumbrava belo panorama (PERFIL MUNICIPAL, 2013).

Campo Alegre situado a 81,4 km de Maceió, localizado na mesorregião Leste Alagoano e microrregião São Miguel dos Campos. A população é de 55.814 habitantes segundo a estimativa do IBGE para o ano de 2013 e ocupa uma área de 295,10 km², com uma concentração habitacional de 197,48 km², localiza-se 0,9°46"46" de latitude Sul e 36°21"1" longitude Oeste a uma altitude de 181 metros acima do nível do mar, tem um clima tropical chuvoso com verão seco. A precipitação media anual é de 1.634.2 mm (PERFIL MUNICIPAL, 2013).

O município tem atualmente como prefeita a sra. Pauline de Fátima Pereira Albuquerque, como secretária municipal de saúde a sra. Tamiris Santos, como coordenador de atenção básica o sr. George da Rocha Leite Filho e a coordenadora de atenção a saúde bucal a sra. Teresa Cristina Rocha Apolinário. São cidades limítrofes do município de Campo Alegre: os municípios Anadia, Boca de Mata, Limoeiro de Anadia, São Miguel dos Campos, Junqueiro, Teotônio Violeta, Jequiá da Praia, Coruripe e Taquarana

O município tem uma população estimada 55.814, sendo 28.298 do sexo feminino e 27.516 do sexo masculino, além de área rural: 31.423 e urbana: 24.391.

Tabela 1 - População estimada do município de Campo Alegre segundo faixa etária, 2013.

Faixa etária	Número absoluto	%
0 a 4 anos	6920	12,4
5 a 9 anos	6418	11,5
10 a 14 anos	5693	10,2
15 a 19 anos	6307	11,3
20 a 29 anos	7982	14,3
30 a 49 anos	15517	27,8
50 a 59 anos	3963	7,1
60 a 69 anos	1005	1,8
70 a 79 anos	1061	1,9
80 anos e mais	948	1,7
Total	55814	100

Fonte: IBGE-Censo Demográfico, IBGE, Cálculo: SEPIANDE/AL, IBGE, DATASUS, SEPIANDE/AL, IBGE/.

Ao analisar a tabela 1 constata-se que há uma predominância da população compreendida na idade de 39 a 49 anos. A taxa de crescimento anual da população do período 2003 – 2013 foi de 2,37% e densidade Demográfica de 197,48 hab/km².

As principais atividades econômicas estão diretamente ligadas ao cultivo da cana-de-açúcar, o que proporciona ao município uma dependência exclusiva dessa economia, que em média 65% de suas terras estão ocupadas por esse tipo de cultura. Também existem outras atividades agrícolas e pecuárias. (IBGE, 2013).

As fontes de recursos financeiros para a saúde são utilizadas em Fundo de Participação Municipal (FPM); Imposto Sobre Serviço de Quaisquer Naturezas (ISSQN); PAB Fixo (Piso de Atenção Básica); Programa Saúde da Família (PSF); Epidemiologia Controle de Doenças; Ações Básicas de Vigilância Sanitária; Programa de Saúde na Escola; Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (ATENÇÃO BÁSICA CAMPO ALEGRE, 2014).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no ano de 2010 foi IDH-M, Longevidade:0,742; IDH-M, Renda:0,531; IDH-M, Educação: 0,470; IDH-M Total: 0,570 (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

O município tem uma Renda Média Familiar de R\$236,65 e a população em pobreza extrema é de 18,66 % (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

Descrevendo o saneamento básico do município o quadro 02 sintetiza as informações.

Tabela 2 - Porcentual da população segundo a situação do saneamento básico no município Campo Alegre, 2013.

Modalidade	2003	2013
Abastecimento de água		
Rede canal	71,1 %	76 %
Poço artesiano	25 %	22,4 %
Outros meios	3,9 %	1,6 %
Instalação sanitária		
Redes de esgoto	4,8 %	7,3 %
Esgoto por fossa	90,3 %	91,2%
Esgoto a céu aberto	4,9 %	1,4%
Coleta de lixo		
Lixo coletado	85,8 %	96,3 %
Queimado / Enterrado	4,5 %	1,7 %
Lixo a céu aberto	9,6 %	2 %

Fonte: SIAB(2013)

A tabela 2 demonstra uma progressiva evolução no abastecimento de água, instalação sanitária e coleta de lixo, este fato pode contribuir para a melhoria do estado de saúde da população e na prevenção de doenças.

A situação da educação no município Campo Alegre pode ser sintetizada nos seguintes indicadores; taxa de analfabetismo entre maiores de 15 anos é de 37,5%, 7,5% das crianças em idade escolar estão fora da escola, taxa de Escolaridade para população por acima de 15 anos é de 62,5%, e o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) – 2011 é demonstrado abaixo. (PERFIL MUNICIPAL, 2013).

Tabela 3 - Indicadores Educacionais e Tipos de Ensinos em 2011

Indicadores	Ensino fundamental	Ensino médio
IDEB-4ª série/5º ano	4,3	-
IDEB-8ª série/9º ano	2,7	-

Taxa de abandono (rede particular) (%)	1,9	0
Taxa de abandono (rede pública) (%)	6,2	19,0
Taxa de aprovação (rede particular) (%)	98,1	0
Taxa de aprovação (rede pública) (%)	78,7	72,2
Taxa de reprovação (redes particular) (%)	0	0
Taxa de reprovação (redes pública) (%)	15,1	8,8

Fonte: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira-INEP

O município conta com muitos recursos da comunidade tais como: (hospital, laboratórios, escolas, creches, igrejas e um ginásio poliesportivo). Nas comunidades encontram-se os serviços de 01 unidade de saúde por área de abrangência.

Serviços existentes incluem: (luz elétrica, água, telefonia fixa e móvel, correios, agências bancárias)

Cerca de 96% da população do município é completamente dependente do Sistema Único de Saúde (SUS). Para prestar o atendimento o município conta com 15 equipes de Saúde da Família, um hospital que atende as 24 horas do dia, além há um Centro de Atenção Psicológico e Social/Psicossocial (CAPS), um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e serviços de saúde bucal em 11 unidades de saúde. Campo Alegre conta com um total de 512 trabalhadores na Saúde, sendo, 22 médicos clínico, 10 médicos com outra especialidade, 11 odontólogos, 37 enfermeiros, 87 Agentes Comunitários da Saúde e 345 em outros trabalhos (ATENÇÃO BÁSICA CAMPO ALEGRE, 2014).

Hospital Unidade Mista Senadora Arnon de Melo realiza atendimento de urgência e primeiros socorros, tem cinco médicos atuando 24 horas e seis enfermeiros, conta com laboratório, sala de radiologia, além disso o município tem um CAPS, um centro de fisioterapia e unidade de vigilância em saúde. As Unidades Básicas de Saúde fazem referência para as diferentes especialidades no Hospital do Município (Pediatria, Dermatologia, Angiologia, Cardiologia, Otorrinolaringologia, Ortopedista, Ginecologia, Psiquiatria e Psicologia). Nas Unidades Básicas de Saúde

realiza-se atendimento médico todos os dias desde segunda a sexta feira. As equipes são formadas por uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, um técnico de enfermagem, um médico e geralmente por cinco agentes comunitários de saúde que atuam 40 horas semanais. O município conta com 7 ambulâncias para transporte de pacientes que precisam de atendimento fora ou dentro da cidade. Possui também, em pleno funcionamento, um Conselho Municipal de Saúde, constituído de um presidente e 16 membros, um presidente, um vice-presidente, um secretário, um secretário executivo e 12 conselheiros, sendo eles líderes religiosos, civis e políticos. As reuniões se fazem uma vez por mês. A referência para a média e alta complexidade se faz para Maceió, São Miguel e Arapiraca. Não existem contrarreferências.

No município tem um hospital onde se faz exames complementares, mas também existem convênios de clínicas privadas com a prefeitura para fazer outros exames.

A região correspondente à área de abrangência da Equipe de Saúde da Família tem relevo plano com a maioria das ruas pavimentadas, o PSF 15 encontra-se na rua José Amabilio de Araujo, tem acesso da população, a USF foi implantada em 2000 e funciona de segunda a sexta de 7 horas às 16 horas. A unidade conta, também, com uma Farmácia.

No PSF 15 localizado no centro da população, possui uma equipe composta por: Médica, Enfermeiro, Auxiliar de enfermagem, Técnico de enfermagem, 5 Agentes Comunitários de Saúde, Recepcionista, Dentista, Auxiliar de Saúde bucal, Agente Administrativo, Diretor administrativo, Auxiliar de Farmácia. Todos trabalham 40 horas semanais

A USF está situada no nordeste da cidade, tem área adequada e um bom espaço físico. Existe recepção com cadeiras suficientes para a demanda, uma sala para consulta médica, uma para consulta de enfermagem, pré-consulta, almoxarifado, farmácia, sala dos agentes comunitários de saúde, sala de vacinação, sala de curativo e de esterilização. Ela está bem equipada e com todos os recursos para o bom funcionamento da equipe.

Os atendimentos de média e alta complexidade são realizados em Maceió e Arapiraca. A equipe de saúde realiza consultas agendadas e visita domiciliar respondendo os diferentes programas da Atenção Primária de Saúde, sistema de vigilância epidemiológica como campanha de vacinação, programa de atenção a

mulher (citologia orgânica, planejamento familiar). Todo paciente com quadro agudo é atendido por demanda espontânea.

A equipe realiza mensalmente reunião para informação estatística e análises de dificuldades no processo de trabalho apresentadas no mês.

Em dezembro de 2013 fui apresentada a uma equipe de estratégia de saúde da família localizada na zona urbana que foi aberta com população que pertencia a outras unidades de Saúde da Família, e percebi que aquela era uma população com muitos problemas de saúde onde tinha que trabalhar forte para melhorar a qualidade de vida da população.

Nas consultas do dia a dia nos demos conta que um dos problemas na comunidade era gravidez entre as adolescentes, logo diante de tal inquietação foi realizada uma reunião com a equipe durante a produção mensal para expor o problema e fazer estratégias para melhorar esta situação. Várias ideias surgiram tais como, fazer palestras na sala de espera da consulta, nas escolas, criar grupos de adolescentes na população, enfatizar nas visitas domiciliares sobre o tema, ter métodos contraceptivos na UBS a disposição deles e trabalhar com o risco preconcepcional.

Conhecendo que a estratégia do PSF prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, e que os profissionais e população criam vínculos de corresponsabilidade, esta problemática presente tornam ainda mais viável a proposta deste estudo.

Em nossa área de abrangência para identificar os problemas primeiro conhecemos a situação da comunidade através de diferentes fontes de informação. Discutimos e analisamos em reunião todos os problemas causas e processos que causam os problemas e priorizamos o mais importante. Foi consenso da equipe que era necessário elaborar um plano de ação utilizando o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) para alcançar objetivo proposto. Os principais problemas encontrados foram:

- Incidência elevada de gravidez na adolescência.
- Alto índice de pessoas com hábitos alimentares inadequados
- Inadequado manejo de água para consumo.
- Alto índice de Hipertensão Arterial.
- Alto índice de desemprego.

Dentre dos problemas identificados foi priorizado a incidência elevada de gravidez na adolescência. Os critérios utilizados foram citados no PES: a importância do problema na comunidade, o grau de urgência que o problema apresenta e a própria capacidade de enfrentamento da equipe (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Para isso, fizemos uma reunião onde se abordou todos os problemas por diferentes fontes.

Tabela 4- Priorização dos problemas encontrados na Unidade de Saúde Família 15

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Incidência elevada de gravidez na adolescência	Alta	7	Parcial	1
Alto índice de pessoas com hábitos alimentarios inadequados	Alta	5	Parcial	2
Inadecuado manejo de água para consumo	Alta	5	Parcial	2
Alto índice de Hipertensão Arterial	Alta	5	Parcial	3
Alto índice de desemprego	Alta	4	Fora	4

2 JUSTIFICATIVA

A gravidez na adolescência é uma realidade que abrange a todas as classes sociais agravadas pelas sequelas da estrutura familiar; considerado um problema social a ser encarado não só pela família; mas em todas as esferas da sociedade. A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável.

A adolescente que engravida e o recém-nascido desta tem maior probabilidade de sofrer intercorrências médicas durante a gravidez e até mesmo após este evento. Alguns autores relatam que as características psicológicas inerentes à adolescência como ansiedade e depressão, por exemplo, caracterizam um risco para estas (DIAS, TEIXEIRA, 2010).

A gestação não planejada durante a adolescência tem consequências para a educação, saúde, emprego e direitos de milhões de jovens em todo o mundo. Podendo influenciar negativamente no desenvolvimento pleno de seu potencial. (ONUBR, 2013).

Diariamente, 20 mil adolescentes com menos de 18 anos dão à luz e 200 falecem em decorrência de complicações da gravidez ou parto, nos países em desenvolvimento. A cada ano 7,3 milhões de meninas tornam-se mães em todo o mundo, destas 2 milhões são menores de 15 anos. Número este que pode crescer para 3 milhões até 2030, se mantida a tendência atual (DIAS, TEIXEIRA, 2010).

A área de abrangência do PSF 15 possui um número significativo de gestantes adolescentes, com a maioria referindo gestação indesejada. Sendo assim este trabalho justifica-se pela necessidade de orientar, esclarecer e prevenir aos usuários da área do PSF sobre os riscos e consequências que a gravidez na adolescência pode acarretar, além de fornecer suporte psicológico às mães que já se encontram nesta situação.

3 OBJETIVO

Objetivo geral

Elaborar um Projeto Intervenção para diminuir a incidência elevada de gravidez na adolescência na equipe de Saúde da Família15 do município Campo Alegre.

Objetivo específico

Identificar os fatores predisponentes da gravidez na adolescência na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 15 no município Campo Alegre.

4 MÉTODO

Para identificar os problemas vivenciados pela população na área de abrangência do PSF 15, foi realizado pela equipe de Saúde de Família o diagnóstico de Saúde. Através das consultas feitas na unidade, visitas domiciliares, entrevistas e observação ativa foi possível saber sobre os principais problemas e priorizar os de maior importância. O problema prioritário foi a gravidez na adolescência, serão propostas intervenções que possam garantir redução da incidência destas gestações, além de prevenir e de fornecer suporte para adolescentes que estejam nesta situação. Utilizando de meios informativos como acesso a prontuários, consulta com o ginecologista, contato diário com os usuários, reuniões com pacientes em grupos operativos e reuniões com profissionais de saúde da unidade.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme os textos da seção 1 do Módulo de Iniciação à metodologia (CORRÊA, VASCONCELOS, SOUZA, 2013) e seção 2 do Módulo de Planejamento (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010), além de uma revisão narrativa da literatura utilizando os descritores: Gravidez na adolescência, estratégia saúde da família e adolescentes.

Para a construção deste projeto foram consultados dados da Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, Scientific Electronic Library Online(SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), além de pesquisa em livros e revistas.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A adolescência é uma etapa da vida humana caracterizado pela transição entre a infância e a vida adulta. Neste período ocorre o desenvolvimento físico, emocional, mental e sexual. Ocorre também uma busca do indivíduo a fim de atingir as expectativas culturais da sociedade em que vive. Esta fase inicia-se com as mudanças corporais da puberdade e se finda quando a pessoa consolida seu crescimento e sua personalidade. E assim, atinge progressivamente sua independência econômica, além da inserção em seu grupo social (EISENSTEIN, 2005).

O intervalo temporal da adolescência segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) está entre 10 e 19 anos e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos, sendo este usado principalmente para fins estatísticos e políticos. Pode-se encontrar ainda o termo jovem adulto que engloba faixa etária de 20 a 24 anos de idade. Hoje se convencionou agrupar ambos os critérios e denominar adolescência e juventude ou jovens e adolescentes em programas comunitários, inserindo assim os estudantes universitários e também os jovens que ingressam nas forças armadas ou participam de projetos de suporte social denominado de *protagonismo juvenil*. Para o Ministério de Saúde do Brasil, os limites cronológicos são as idades de 10 a 24 anos (EISENSTEIN, 2005).

Adolescência é, portanto, o período da vida humana entre a puberdade e a virilidade, a mocidade e a juventude, sendo um período de transformação profunda no corpo, na mente e na forma de relacionamento social do indivíduo (GURGEL et al., 2008)

A gestação na adolescência, durante o século XX, não recebia atenção contínua como nos dias atuais, pois não era compreendida como uma questão de saúde pública. Porém, durante a década de 90, no Brasil, houve um crescimento importante da proporção de nascimentos em mães com menos de 20 anos. Quando os percentuais passaram de 16,38% em 1991 para 21,34% em 2000, deve-se considerar que parte desse aumento proporcional pode ser atribuída à diminuição expressiva das taxas de fecundidade nas faixas etárias acima de 25 anos (DIAS, TEIXEIRA, 2010).

Ao chegar o bebê, a adolescente transforma sua identidade, passando de filha a mãe. A partir deste momento estará vinculada às demandas do filho. A

percepção em relação ao futuro é muito afetada e necessitam assumir maiores responsabilidades durante a gravidez e após o nascimento e desenvolvimento do recém-nascido. Projetos são redefinidos ou até mesmo abandonados devido à gestação e maternidade (DIAS, TEIXEIRA, 2010).

A gravidez em qualquer época é uma situação que normalmente gera alterações do papel social da mulher, na adolescência, as alterações assumem um risco maior, pois é um período da vida em que há uma superposição de crises vitais, a de um organismo infantil para um organismo adulto (FONSECA, 2004).

Na leitura dos artigos científicos selecionados aborda-se que os fatores determinantes e condicionantes da gravidez precoce tem múltiplas causas, incluindo descuido, uso incorreto do método contraceptivo, promiscuidade e acesso à informação de forma inadequada (GURGEL et al., 2008,)

Rocha e Minervino (2009) em relação à escolaridade das adolescentes, afirmam que quanto menor a escolaridade, maior a chance de uma gravidez precoce. As adolescentes de classes sociais mais baixas parecem estar mais vulneráveis a uma gestação precoce, pois muitas vezes pensam ter situações românticas e felizes, e que um filho pode trazer ganho secundário como, companhia e apoio do homem amado. Além disso, as adolescentes provavelmente envergonhadas de terem uma vida sexual fora do casamento não assumem a responsabilidade de usar algum contraceptivo ou acabam atribuindo esta responsabilidade ao homem.

Segundo Rocha e Minervino (2009), quanto maior é o número de anos de estudo dos adolescentes, menor as taxas de gravidez, maior o uso de contraceptivos e possivelmente menor a exposição às DSTs, ao HIV e ao abortamento, inclusive em condições de risco. Por tanto se percebe que a escolaridade, na verdade, pode ser expressão de uma série de outros indicadores sociais, como baixa renda e baixa informação.

Para Silva e Tonete (2006), dentre os fatores que determinam o abandono escolar antes do nascimento do filho estão o constrangimento e as pressões de diretores, professores e colegas e depois do nascimento ao fato de a jovem ter de pagar, muitas vezes com seu trabalho doméstico, à família que abriga seu filho ou necessita ganhar o sustento de ambos. A adolescente agora deve assumir o papel de mãe e os estudos já não têm mais espaço, muitas vezes não tem tempo para dedicar-se a ele.

Segundo as mesmas autoras, as adolescentes são, em alguns casos estimuladas pela própria família a se relacionarem com homens mais maduros, com o propósito de se casarem ou ao menos manter um relacionamento estável, que melhore as carências econômicas da família. Essa exploração sexual pode ocorrer de maneira discreta, quando a família “aceita” o relacionamento da jovem com um homem muitas vezes mais velho.

Os problemas de saúde tanto na jovem como na criança podem estar mais relacionados ao estado de pobreza do que à idade da jovem propriamente. Os autores observam que uma boa parcela da população de gestantes adolescentes encontra-se em condições socioeconômicas precárias, e esta por sua vez está vinculada a uma maior presença de condições inadequadas de higiene, habitação, alimentação e saúde. (YAZLLE et al.,2002)

De acordo com Yazlle (2006), em seus estudos com adolescentes de baixa renda, a gravidez não estaria relacionada com as vivências afetivas pessoais advindas da família, mas sim de um fator de repetição transgeracionais. Em seu estudo, pode-se perceber que a maioria das adolescentes que engravidaram tiveram mães com história de gravidez na adolescência.

O motivo pelo qual ocorre a gravidez na adolescência é o fato que os jovens têm relações sexuais sem o uso de métodos contraceptivos, por tanto precisam existir dois comportamentos para que aconteça a gestação na adolescência: falta de métodos contraceptivos e atividade sexual deles. O início da vida sexual na adolescência ocorre cada vez mais cedo, assim como a gravidez na adolescência (DIAS, TEIXEIRA, 2010).

A falta de informação sobre os métodos contraceptivos tem como resultado a maioria das gravidez na adolescência, por isso deve haver uma boa divulgação de informações sobre o uso correto dos métodos contraceptivos , assim como a garantia de acesso aos mesmos. Há uma correlação entre escolaridade e contracepção, onde o nível de escolaridade do adolescente pode aumentar os conhecimentos de utilização de algum método (CABRAL ,2003).

Os adolescentes na atualidade têm a iniciação sexual precoce, preocupando aos profissionais de saúde pela falta de conhecimentos dos jovens sobre a concepção e uso de contraceptivos, sendo constatado pela grande ocorrência de gravidez não planejada tornado um problema de saúde pública (GOMES et al., 2000).

Segundo Vieira (2013), os adolescentes ao procurar os serviços de saúde em busca de métodos anticoncepcionais, devem ser bem informados sobre seu uso, e sobre todos os aspectos da sua sexualidade. Além disso, devem cadastrar-se no programa de planejamento familiar, onde será orientado sobre todos os métodos para concepção e anticoncepção e suas vantagens e desvantagens, além de ficar sem dúvidas acerca dos mesmos, para que possam escolher livremente qual ou quais deseja adotar para usar.

Tendo a gravidez na adolescência causas multifatoriais, as ações de prevenção assumem papel de suma importância, devendo incluir não apenas a oferta de preservativos e os demais métodos anticoncepcionais, mas também a garantia de espaços para que o adolescente possa falar de si próprio, trocar experiência e receber informações que favoreçam a adoção de hábitos saudáveis de vida. (GURGEL et al., 2008,)

A gravidez na adolescência, desejada ou não, provoca um conjunto de impasses comunicativos no âmbito social, familiar e pessoal. No âmbito social, lamenta-se as falhas dos programas de educação sexual que, aparentemente, mostravam de modo claro e convincente como iniciar e usufruir com segurança a experiência da sexualidade. No âmbito familiar, a gravidez na adolescência parece indicar dificuldades nas relações entre pais e filhas e nas condições contextuais para o desenvolvimento psicológico da filha. No âmbito individual, a jovem gestante se questiona “por que isso aconteceu justamente comigo?” e “que será agora de minha vida?”. Em outras palavras, a gravidez na adolescência traz sérios problemas para programas de saúde pública, para projetos educacionais, para a vida familiar, e para o desenvolvimento pessoal, social e profissional da jovem gestante como aparece na literatura (DIAS e GOMES, 2000).

A maternidade na adolescência é vista como um fator que altera o ciclo natural do desenvolvimento das jovens, pelo fato de ela ter que assumir um novo papel, o de mãe, e algumas vezes, o de esposa, de modo brusco e definitivo, muitas vezes incompatível com a condição de adolescente. Há uma ideia de que a gravidez precoce provoca uma ruptura no ciclo desenvolvimental das adolescentes, comprometendo seu crescimento em várias situações, principalmente nos estudos, com implicações no futuro profissional, pessoal e social (CHELALA,2000).

Silva e Tonete (2006) reafirmam que a gravidez precoce pode prejudicar seu físico ainda imaturo e seu crescimento normal. Segundo ele, essas adolescentes

estão sujeitas a eclâmpsia, anemia, trabalho de parto prematuro, complicações obstétricas e recém-nascidos de baixo peso, além de ter repercussões no âmbito psicológico, sociocultural e econômico, que afetam a jovem, a família e a sociedade.

Existem evidências de que as adolescentes gestantes podem sofrer mais complicações médicas durante gravidez e mesmo após esse evento que gestantes de outras faixas etárias. Algumas complicações como tentativas de abortamento, anemia, desnutrição, sobrepeso, hipertensão, (pré)eclampsia, desproporção céfalo-pélvica, hipertensão e depressão pós-parto estão associadas à experiência de gravidez na adolescência (MICHELAZZO et al.,2004). Além disso, a gestação em adolescentes pode estar relacionada a comportamentos de risco como, por exemplo, a utilização de álcool e drogas ou mesmo a precária realização de acompanhamento pré-natal durante a gravidez. (CHALEM et al., 2007)

Desde o ponto de vista social, a gravidez na adolescência pode estar associada com pobreza, evasão escolar, desemprego, ingresso precoce em um mercado de trabalho não-qualificado, separação conjugal e diminuição das oportunidades de mobilidade social, além estas adolescentes são filhas de mães que engravidaram também adolescentes (FONSECA,2004).

A gravidez neste período da vida tem sido considerada como fator de risco, do ponto de vista médico tanto para a mãe como para o filho e, também como fator de risco de transtornos psicológicos e sociais. Diversos estudos referem se a maior incidência de complicações durante a gestação de adolescentes. Em ocasião do parto normal, apresentasse maior incidência de lesões vaginais e perineais. São citados, ainda, maior frequência de deiscência de sutura e dificuldade de amamentação. Em relação às repercussões psicológicas, tem sido relatado aumento do número de casos de depressão pós-parto. Dentre das complicações dos recém-nascidos, observam-se maus tratos e descuidos, o que pode se estender à criança com mais idade. Na infância, principalmente no primeiro ano de vida, tem sido referido maior incidência de desnutrição e acidentes domiciliares (YAZLLE et al.,2002;)

6 PLANO DE AÇÃO

De acordo com Campos, Faria, Santos (2010), o projeto de intervenção facilita o planejamento de todas as ações necessárias para atingir o resultado desejado. No momento do planejamento a equipe discutiu sobre os problemas identificados, levantou quais seriam suas causas e pensou sobre as estratégias, identificou e relacionou as atividades prioritárias tendo em vista os resultados esperados.

O problema prioritário é a Incidência elevada de gravidez na adolescência, pois no primeiro trimestre do 2014 de um total 30 grávidas, 11 delas tinham idade menor de 19 anos (36,6 %). Cabe aqui ressaltar as deficiências de informação e da necessidade da equipe de divulgar os riscos da mesma, assim como os métodos como evitá-la.

Tabela 5- Descritores do Problema: "Incidência elevada de gravidez na adolescência, primer trimestre 2014"

Descritores	Valores	Fonte
Gravidez Adolescente	11	Registro da equipe
Solteiras	6	Registro da equipe
Gravidez desejada	5	Registro da equipe
Gravidez não planejada	6	Registro da equipe
Complicação da gravidez	1	Registro da equipe

Fonte: Autoria própria

No quadro 05 descreve que de um total de 11 grávidas na adolescência, 6 foram solteiras, coincidindo com as gravidez não planejada. A complicação da gravidez refere-se a uma mulher que teve recém-nascido com baixo peso ao nascer.

Durante as consultas foi possível perceber a falta de informação e de prevenção, constituindo-se pontos chaves para justificar tal incidência. Como por exemplo, muitas não sabiam como iniciar a anticoncepção hormonal, não faziam o seu uso corretamente, não sabiam como proceder caso esquecessem de usar uma pílula, a vezes abandonavam os anticoncepcionais orais por reações adversas, mesmo sabendo do risco de gravidez. A maioria não fazia uso da prática do coito interrompido e de métodos contraceptivos de barreira, como a camisinha, não havendo assim também a proteção para as DSTs.

Também pode ser desencadeado pela falta de comunicação em casa onde os pais tem responsabilidade. O nível sociocultural é um fator importante, pois a atividade sexual precoce entre os adolescentes está relacionada muitas vezes ao contexto familiar, em que os próprios pais possuem históricos semelhantes. A ausência de conservadorismo, a independência desmedida, a falta de cumplicidade e a vergonha de abordar assuntos sexuais em momentos de reunião familiar são fatores que implicam consideravelmente neste aspecto. Outro fator influente é falta de informação nas escolas e em outras ocasiões depois de beber demais ou usar drogas proibidas, aumentam as chances de ir para a cama com alguém e não pensar em proteção.

Consequências de gravidez na adolescência

As principais consequências de uma gravidez refletem-se no campo psicológico, pois os adolescentes não estão preparados para assumir as responsabilidades da paternidade;

- A adolescente tem problemas emocionais devido à mudança rápida no seu corpo;
- As decepções dos pais ao receberem a notícia causam graves distúrbios emocionais nas adolescentes;
- Risco de saúde da mãe e do feto, pois, como na maioria dos casos a adolescente tenta esconder a gestação, o atendimento pré-natal é inadequado ou inexistente;
- Risco de parto prematuro e baixo peso ao nascimento do bebê;
- Muitos pais adolescentes encontram-se vulneráveis ao estigma social que envolve adolescentes grávidas e bebê concebido fora de casamento;
- A mudança de rotina de vida;
- O abandono escolar;
- A impossibilidade de realizar alguns sonhos que caracterizam os jovens;
- O abandono pelo pai da criança;
- Pais adolescentes muitas vezes experimentam uma grande dose de dificuldade econômica. As mães adolescentes são muitas vezes obrigadas a abandonar a

escola, sua falta de educação reduz a sua capacidade de ganho, o que limita severamente as suas possibilidades de construir um futuro para si e para seus filhos.

Consequências para o bebê

- Problemas na vinculação afetiva;
- Negligência e maus tratos;
- Problemas de comportamento
- Problemas escolares

A identificação das causas de um problema é fundamental. Fazendo uma avaliação detalhada, poderemos identificar entre as várias causas, quais devem ser atacadas para impactar o problema principal e assim realmente transformá-lo. Para realizar essa análise utiliza-se o conceito de nó crítico (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Dias e Savassi (2007) apontam que para um problema ser considerado um nó crítico ele precisa ser capaz de mudar positivamente o vetor descritor do problema, ser politicamente oportuno e estar dentro da governabilidade dos atores envolvidos.

Problemas considerados “nós críticos”:

- Falta de incentivo em continuar a vida profissional / escolar após a gravidez
- Nível de informação
- Processo de trabalho da equipe de Saúde da Família
- Baixo nível cultural

A partir dessa trajetória, elaborou-se o plano de ação descrito na tabela 6.

Tabela 6- Plano de ação

No crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Falta de incentivo em continuar a vida profissional/escolar após a gravidez	Preparação para o Futuro Apoio e orientação aos adolescentes que se encontram nesta situação	Não permitir que os adolescentes deixem de frequentar as escolas	-Palestras Educativa pela equipe de saúde sobre incentivar as grávidas adolescentes a continuar a vida profissional/escolar após a gravidez -Visitas domiciliares pela equipe de Saúde Acompanhamento Psicológico	Cognitivo-informação sobre o tema Político-conseguir o local, mobilização Social Intersetorial com a rede. Financeiro-para recursos audiovisuais folhetos educativos etc.
Nível de informação	Saber Mais Aumentar o nível de informação dos adolescentes sobre os mecanismos de prevenção e a gravidez não planejada	Diminuir o número de gravidez indesejada na adolescência, assim como a incidência de DST	-Palestras Educativas pela equipe de Saúde sobre prevenção da gravidez na adolescência. - Campanha na rádio local -Programa escolar - Capacitação dos pais - Criar grupos de adolescentes	Cognitivo-conhecimento sobre estratégia de comunicação Organização-organizar a agenda Político-articulação intersetorial (parceira com o setor educação) e mobilização social
Processo de trabalho da Equipe da Saúde da Família inadequado para enfrentar o	Linha de cuidado Implantar a linha de cuidado para evitar a	Diminuir a gravidez na adolescência	Linha de cuidado para evitar a gravidez na adolescência - Recursos humanos	Cognitivo-elaboração de projeto de linha de cuidado Político-articulação

problema	gravidez na adolescência		capacitados sobre o tema - Gestão da linha cuidado	entre os setores da Saúde e adesão dos profissionais
Baixo nível cultural	Aprender Fomentar uma cultura educativa nos adolescentes	Aumentar conhecimentos dos adolescentes	-Palestras educativas pela equipe de saúde para melhorar a cultura das adolescentes. - Incorporação dos adolescentes nas escolas	Cognitivo-informação sobre o tema Politico-conseguir a local mobilização social Intersetorial com a rede Financeiro-para recursos audiovisuais folhetos educativos etc.

Fonte: Autoria Própria (2015)

Em sentido geral se faz palestras quinzenais com grupo de adolescentes, incluindo as grávidas, sobre os diferentes temas representados no quadro para que assim tenham bom conhecimento e evitar a gravidez na adolescência.

7 CONCLUSÃO

A gravidez na adolescência é uma realidade que nos faz refletir sobre o tema para propor modos de lidar com a situação, é um dos problemas mais preocupantes relacionados à sexualidade do adolescente, que tem sérias consequências para a mãe, para a criança que está por nascer e para seus familiares, sendo uma situação que faz parte do nosso dia-a-dia.

O fato é que os jovens estão tendo cada vez mais cedo sua relação sexual e sem proteção, ou seja, não faz uso dos métodos anticonceptivo, ainda desconhecendo-os.

Nessa fase da vida, os adolescentes na sua grande maioria, tendem a não pensar nas consequências que o ato sexual sem proteção pode trazer para si e para seu contexto familiar. Ou seja, não percebem que uma gravidez, planejada ou não, pode desencadear uma série de questões de ordem econômica e principalmente social que se não forem discutidas no âmbito familiar, escolar etc., podem comprometer todo o recinto familiar.

Conforme descrito na literatura, a gravidez na adolescência não é um fenômeno homogêneo, depende do contexto social em que a adolescente se desenvolve, portanto, a perspectiva de futuro das adolescentes grávidas de classe média não é afetada tão intensamente quanto à perspectiva das adolescentes de classe baixa, considerando-se os aspectos de escolarização e profissionalização.

Existem ações preventivas que podem ser realizadas para melhorar esta situação, e a Equipe de Saúde da Família pode e deve estar implicada e trabalhar fortemente nesta situação.

- A educação em saúde deve começar nas escolas na idade da infância a fim de prevenir casos de gravidez na adolescência através de grupos como saúde na escola;
- As unidades de saúde precisam desenvolver grupos educativos para as adolescentes e familiares, além de criar espaços para o acompanhamento de mães adolescentes e seus bebês;
- As unidades de saúde devem garantir ter métodos anticoncepcionais para oferecer aos adolescentes;

- É importante ter uma visão diferenciada para estas gestantes atendendo-as no âmbito não apenas da saúde, mas também social oferecendo oportunidades para sua subsistência;
- É importante incentiva-las para que não abandonem os estudos a fim de que tenham futuramente uma melhor qualidade de vida para ela e seus filhos.

REFERÊNCIAS

ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL EM 2013. Perfil do município Campo Alegre, Al. Disponível em: [http:// www.atlasbrasil.org.br](http://www.atlasbrasil.org.br) acesso em 16 julho 2015.

CABRAL, C. S. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**. v.19, Rio de Janeiro 2003

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

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

CHALEM, E., MITSHIRO, S. S., FERRI, C. P., BARROS, M. C. M., GUINSBURG, R., & LARANGEIRA, R. Gravidez na adolescência: Perfil sócio demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v 23,n. 1, p 177-186, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2010000100015&script=sci_arttext Acesso em: 17 de maio 2015.

CHELALA, C. A. **Gravidez em Adolescentes nas Américas: A saúde do mundo, Genebra**, 2000. 22 p.

DIA. A.C.G; GOMES,W.B. Conversas, em família, sobre sexualidade e gravidez na adolescência: percepção das jovens gestantes. **Psicol Reflex. Crit.** v.13, n.1. Porto Alegre, 2000.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. **Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo**. Paidéia, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, abr. 2010 Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103863X2010000100015&script=sci_arttext Acesso em: 08 de maio 2015.

DIAS, R. B; SAVASSI, L. C. M. **Planejamento de Ações na Equipe**. Grupo de Estudos em Saúde da Família (GESF), 2007. Disponível em:< <http://www.smmfc.org.br/gesf>> Acesso em: maio de 2015.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Revista Adolescência e Saúde**. v.2, n.2, p. 6-7. abr./jun., 2005. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167. Acesso em: 19 de maio. de 2015.

FAMÍLIAS COM SANEAMENTOS: Veja número de domicílios com redes públicas, fossas e esgotos a céu aberto na sua cidade. Campo Alegre, Al, 2013. Disponível em: <http://www.deepask.com/goes?page=confira-os-indicadores-de-saneamento-no-seu-municipio---rede-de-esgoto-fossa-a-ceu-aberto> na cidade. Acesso em 16 julho 2015.

FONSECA, A. L. B.; ARAÚJO, N. G. Maternidade Precoce: Uma das consequências do abandono escolar e do desemprego. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. v.14, n. 2, p. 16 – 22. SP, 2004.

GOMES, M. L. B.et al. Inserção da Saúde do adolescente na formação do enfermeiro: Uma questão de cidadania. **Revista Projeto Acolher: Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. p. 68 - 72 Brasília. 2000.

GURGEL, M. G. I.; ALVES, M. D. S.; VIEIRA, N. F. C.; PINHEIRO, P. N. C.; BARROSO, G. T. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2008 dez; 12 (4): 799-05. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2010000100015&script=sci_arttext Acesso em: 29 de maio 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Alagoas, município de Campo Alegre, 2013. Disponível em: [http:// www.cidades.ibge.com.br](http://www.cidades.ibge.com.br) acesso em 16 julho 2015.

MICHELAZZO, D.et al. Indicadores sociais de grávidas adolescentes: Estudo de caso-controle. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 26, n. 8, p.633-639. 2004 Disponíveis em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2010000100015&script=sci_arttext Acesso em: 17 de maio 2015.

Organização das Nações Unidas no Brasil (ONUBR). **Relatório Situação da População Mundial**, 2013. Disponível em: <http://www.onu.org.br/gravidez-na-adolescencia-e-tema-do-relatorio-anual-do-unfpa/>. Acesso em : 16 de maio de 2015

PERFIL MUNICIPAL, Campo Alegre, v.1, n.1, p.1-9. 2013. Disponível em: <http://dados.al.gov.br/dataset/615f69a9495e40e7b95d53ba2966118e/resource/8627603b-d36d-4e2d-9d7d-70dd81f63be1/download/municipalcampoalegre2013> Acesso em 16 julho 2015.

ROCHA, L. C. da; MINERVINO, C. A. M. Ser mãe adolescente: sentimentos e percepções. **Revista Brasileira de medicina**, João Pessoa, v.6, n.44, p. 242-247. Fev. 2009.

SILVA, L.; TONETE, V. L. P. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Revista Latino América de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 14, n.2, p. 199-206, mar./abr. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2010000100015&script=sci_arttext Acesso em: 29 de maio 2015.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Município de Campo Alegre, 2014

VIEIRA, T. S. Planejamento Familiar para adolescentes: potencialidades e limitações. C&D- **Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v.6, n.1, p.25-41, jan./jun. 2013.

YAZLLE, M. E. H. D.et al. A adolescente grávida: Alguns indicadores sociais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v 24, p. 609-614, 2002.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2010000100015&script=sci_arttext Acesso em: 19 de maio 2015.

YAZLLE, M.E.H.D. Gravidez na adolescência. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 443-445, ago. 2006.