

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

INGRID DE OLIVEIRA JORGE

PLANEJAMENTO FAMILIAR NA ESF SÃO GERALDO II: ALTO
ÍNDICE DE GESTAÇÕES NÃO PLANEJADAS

Montes Claros- Minas Gerais

2015

INGRID DE OLIVEIRA JORGE

**PLANEJAMENTO FAMILIAR NA ESF SÃO GERALDO II: ALTO
ÍNDICE DE GESTAÇÕES NÃO PLANEJADAS**

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

Orientadora: Prof^ª. Verônica Amorim Rezende

Montes Claros- Minas Gerais

2015

INGRID DE OLIVEIRA JORGE

**PLANEJAMENTO FAMILIAR NA ESF SÃO GERALDO II: ALTO
ÍNDICE DE GESTAÇÕES NÃO PLANEJADAS**

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

Orientadora: Prof^ª. Verônica Amorim Rezende

Banca examinadora

Prof^ª. Verônica Amorim Rezende- orientadora
Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena
Aprovado em Belo Horizonte: 05/02/2015

Montes Claros- Minas Gerais

2015

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo a elaboração de uma proposta de intervenção para a redução das gestações não planejadas entre as mulheres em idade fértil do bairro São Geraldo II, área de abrangência da ESF São Geraldo II, município de Montes Claros, Minas Gerais. A relevância deste tema decorre pelo fato das gestações não planejadas acarretarem diversas consequências desfavoráveis. Através do diagnóstico situacional da área de abrangência foi feito levantamento de problemas, sendo eleito para proposta de intervenção aquele prioritário. O plano de intervenção foi embasado no planejamento estratégico. Realizou-se levantamento bibliográfico utilizando bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período 2004 e 2014, com os seguintes descritores: Enfermagem; Planejamento Familiar; Gravidez não planejada. Os resultados apontaram os seguintes nós críticos: Baixa captação das mulheres em idade fértil e sexualmente ativas para participarem do planejamento familiar; Ausência de ações de educação em saúde nas escolas voltadas a educação sexual; Baixa capacitação da equipe em relação ao planejamento familiar; Ausência de instrumentos para monitoramento das ações relativas ao planejamento familiar; Baixo nível de informação sobre os métodos contraceptivos; Escassez de contraceptivos orais/ injetáveis nas farmácias. A partir destes nós foram propostas operações que possibilitarão a gestão do problema levantado de modo a atingir o objetivo supracitado. Conclui-se que a equipe precisa se responsabilizar pelo cuidado às mulheres envolvidas nesse processo, enquanto que, em contrapartida as mulheres se tornem protagonistas no cuidado de sua saúde no intuito de reduzir o número de gestações não planejadas e suas consequências.

Palavras-chaves: Enfermagem. Planejamento Familiar. Gravidez não planejada.

ABSTRACT

This work aims to draw up a proposal for intervention to reduce unplanned pregnancies among women of childbearing age of the São Geraldo II district, coverage area of ESF São Geraldo II, Montes Claros, Minas Gerais. The importance of this theme arises because of the several unfavorable consequences that unplanned pregnancies produce. Through situation analysis of the coverage area was raised problems, which priority problem was elected to intervention proposal. The intervention plan was based on strategic planning. The study was developed through a literature review using the Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), between 2004 and 2014 with the following descriptors: Nursing; Family Planning; Unplanned pregnancy. The results showed the following critical problems: Low captation of women of childbearing age and sexually active to participate in family planning; Lack of health education actions in schools focused on sex education; Low capacity of staff team in relation to family planning; Lack of instruments to monitor the actions related to family planning; Low level of information about contraceptive methods; Shortage of oral / injectable contraceptives in pharmacies. From these critical problems were proposed operations that enable the management of the problem raised in order to achieve the aforementioned goal. It was concluded that the staff team needs to take responsibility for the care of women involved in this process, while, on the other hand women have to become protagonists in the care of their health in order to reduce the number of unplanned pregnancies and their consequences.

Keywords: Nursing. Family Planning. Unplanned pregnancy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Priorização dos problemas	20
Tabela 2 - Descrição do problema	21
Tabela 3 - Plano Operativo conforme o nó crítico ‘Baixa captação das mulheres em idade fértil e sexualmente ativas para participarem do planejamento familiar’	26
Tabela 4 - Plano Operativo conforme o nó crítico ‘Ausência de ações de educação em saúde nas escolas voltadas a educação sexual’	27
Tabela 5 - Plano Operativo conforme o nó crítico ‘Baixa capacitação da equipe em relação ao planejamento familiar’	27
Tabela 6 - Plano Operativo conforme o nó crítico ‘Ausência de instrumentos para monitoramento das ações relativas ao planejamento familiar’	29
Tabela 7 - Plano Operativo conforme o nó crítico ‘Baixo nível de informação sobre os métodos contraceptivos’	30
Tabela 8 - Plano Operativo conforme o nó crítico ‘Escassez de contraceptivos orais/ injetáveis na farmácia’	31

LISTA DE SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CBO	Classificação Brasileira das Ocupações
CEMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
ESF	Estratégia em Saúde da Família
HIV	Imunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	JUSTIFICATIVA	13
3	OBJETIVO	14
4	METODOLOGIA.....	15
5	REVISÃO DE LITERATURA	16
6	PLANO DE AÇÃO	19
6.1	Primeiro Passo: Identificação dos problemas	19
6.2	Segundo Passo: priorização dos problemas.....	20
6.3	Terceiro Passo: Descrição do Problema	20
6.4	Quarto Passo: Explicação do problema.....	21
6.5	Quinto passo: Identificação dos nós críticos.....	23
6.6	Sexto passo: desenho das operações.....	24
6.7	Sétimo passo: identificação dos recursos críticos	24
6.8	Oitavo passo: análise de viabilidade do plano	24
6.9	Nono passo: elaboração do plano operativo	24
6.10	Décimo passo: gestão do plano.....	25
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
	REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

No início da colonização brasileira, que se iniciou por volta de 1530, os colonizadores trouxeram da Ilha da Madeira, uma possessão portuguesa existente no Oceano Atlântico, as primeiras cabeças de gado, que seriam criadas nas fazendas dos primeiros proprietários das Capitânicas Hereditárias, alcançando algumas décadas depois, em função da expansão da atividade, o vale do Rio São Francisco, região de bons pastos e água em abundância (MONTES CLAROS, 2008).

A primeira expedição que acessou a região do Norte de Minas Gerais foi a Espinosa-Navarro, composta por 12 homens, espanhóis e portugueses. A região era habitada por índios Anais e Tapuias. Os Bandeirantes partiram de São Paulo, procurando pedras preciosas, e embrenharam-se pelo sertão do Norte da Capitania de São Paulo e Minas de Ouro. Fernão Dias Pais, Governador das Esmeraldas, organizou a mais célebre Bandeira, para conquistar "Esmeraldas", da "Serra Resplandecente". Antônio Gonçalves Figueira, que pertencia à Bandeira de Fernão Dias, acompanhou-a até às margens do Rio Paraopeba, onde com Matias Cardoso, abandonou o chefe, regressando para São Paulo, chegando lá dois anos depois. Seduzidos pela fertilidade do Sertão Mineiro e talvez, na esperança de conquistarem riquezas, Antônio Gonçalves Figueira e Matias Cardoso retornaram, tornando-se colonizadores. Formou três grandes fazendas: Jaíba, Olhos d'Água e Montes Claros, esta, situada nas cabeceiras do Rio Verde, pela margem esquerda, próxima a montes formados por Xistos Calcários, com pouca vegetação. Pelo alvará de abril de 1707, Antônio Gonçalves Figueira obteve a sesmaria de uma légua de largura por três comprimentos, que constituiu a Fazenda de Montes Claros. Formigas foi o segundo povoado da Fazenda Montes Claros. Gonçalves Figueira para alcançar mercado para o gado, construiu estradas para Tranqueiras na Bahia, e para o Rio São Francisco. Era grande o seu interesse de expansão do comércio de gados, e com isto, procurou ligar-se ao Rio das Velhas e também à Pitangui e Serro. A região foi se povoando e a Fazenda de Montes Claros transformou-se no maior Centro Comercial de Gado, no Norte de Minas Gerais. O próspero Arraial de Formigas, recebeu várias denominações, sendo por fim nomeado Montes Claros. Iniciou-se assim, em local diferente da sede de Antônio Gonçalves Figueira, em torno da Capela erguida por José Lopes de Carvalho (IBGE, 2013).

Cento e vinte quatro anos após obtenção da Sesmaria, por Antônio Gonçalves Figueira, dono e construtor da Fazenda de Montes Claros, já estava desenvolvido o Arraial de Nossa Senhora de Conceição e São José de Formigas, desenvolvido para tornar-se independente, desmembrando-se de Serro-Frio. Pelo esforço dos líderes políticos o Arraial foi elevado a Vila pela Lei de 13 de outubro de 1831, recebendo o nome de "Vila de Montes Claros de Formigas". Em 1857, a Vila Montes Claros de Formigas teria pouco mais de 2.000 habitantes, mas os políticos já pleiteavam a elevação à cidade, pois os melhoramentos existentes eram os mesmos de quase todos os municípios da Província. Assim, pela Lei 802 de 03 julho de 1857, a Vila passou a cidade - Cidade de Montes Claros (MONTES CLAROS, 2013).

O município de Montes Claros localiza-se na região Norte do estado de Minas Gerais, aos 418 quilômetros da capital do estado de Minas Gerais, Belo Horizonte (MONTES CLAROS, 2014). De acordo com IBGE (2014) a população estimada é de 390.212 habitantes. Montes Claros possui área territorial de 3.568.941 km² e um número aproximado de 120.860 domicílios. A densidade demográfica encontra-se em torno de 101, 41 habitantes/km² (IBGE, 2010).

O índice de desenvolvimento humano municipal (IDH) é de 0,770, com incidência de pobreza de 31, 37%. A taxa de urbanização é de 95, 17%. A maior parte do município possui abastecimento de água tratada 89, 8% e recolhimento de esgoto por rede municipal de 87,5% (DATASUS, 2013).

As principais atividades econômicas são do setor primário, como a pecuária de corte e leite seguido pela agricultura com destaque para os produtos: feijão, milho, mandioca, algodão e arroz irrigado, dentre outros. O setor secundário está em expansão, com indústrias do ramo alimentício, têxtil, laboratorial, dentre outras (MONTES CLAROS, 2014).

O valor do rendimento nominal mediano mensal per capita da área rural é de R\$255, 00. O valor rendimento nominal mediano mensal per capita da área urbana é de R\$450,00. A taxa de frequência escolar de pessoas entre 6 e 14 anos é de 84,5%, entre 15 e 17 anos é de 60,8% e de 18 a 24 anos é de 21, 6% (IBGE, 2010).

O município conta com 220 estabelecimentos de saúde, sendo 83 pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 137 pelo sistema privado, segundo pesquisa do IBGE em 2009 (IBGE, 2010). Quanto ao quantitativo dos profissionais de saúde tem-se 7.321 profissionais da saúde, segundo dados Classificação Brasileira das Ocupações –(CBO) 2002 (DATASUS, 2014).

O orçamento destinado à secretaria da saúde para o ano de 2014 foi de: R\$303.553.000,00, conforme a Lei nº 4.673, 13 de novembro de 2013 (MONTES CLAROS, 2013).

Montes Claros possui 66.367 famílias cadastradas na Estratégia em Saúde da Família, o que corresponde A Estratégia em Saúde da Família – ESF São Geraldo II localiza-se na Rua Aparecida Bispo, S/N, bairro São Geraldo II, região Sul de Montes Claros. Tem como horário de funcionamento: 07:00hs às 11:00hs e 13:00hs e 17:00hs de segunda a sexta-feira. A casa em que funciona a ESF foi cedida pela Associação de Mães do bairro São Geraldo II e tem condições precárias para atendimento, pelo reduzido espaço físico. Conta-se com dois consultórios, sendo um, para atendimento médico e outro para atendimento de enfermagem. Há uma recepção, uma copa, uma sala de reuniões, uma sala de procedimentos, uma farmácia. Atuam no local doze profissionais na ESF. Sendo: um médico - Programa MAIS MÉDICOS, uma Enfermeira - Programa PROVAB, uma Cirurgiã Dentista, uma Auxiliar de Saúde Bucal, uma Técnica em Enfermagem, sete Agentes Comunitários de Saúde, uma Zeladora.

A equipe de saúde da família, da qual a autora faz parte, possui 2.308 habitantes cadastrados, sendo 577 famílias, distribuídas em cinco microáreas. Posteriormente, serão adicionadas duas microáreas, após a ocupação das casas do Projeto Minha Casa, Minha Vida.

A comunidade possui Associações de Mães e de Moradores do bairro. Possui uma escola estadual: Francisco Peres. Um Centro Municipal de Educação Infantil - CEMEI. Igrejas católicas e evangélicas. Não há clínicas ou hospitais. Existe um posto dos correios. O comércio não é muito desenvolvido e os estabelecimentos estão restritos a área onde há asfaltamento das ruas. Não há bancos ou casas lotéricas. Há um grande movimento de expansão do bairro, com construções de residências, principalmente das casas do Programa Minha Casa, Minha Vida.

A maioria das ruas do bairro não é asfaltada. Algumas ainda não possuem rede de esgoto. Tal fato deve-se a caracterização de povoado – zona rural, dada a região. Somente em 09 de Setembro de 2013 com a Lei 4.641 (MONTES CLAROS, 2013), que o então Povoado São Geraldo II, passa a ser denominado bairro São Geraldo II. Desde então, a população local reivindica por melhorias na infraestrutura da região.

As principais causas de hospitalização na área de abrangência são por: fratura de fêmur, pneumonia, transtornos mentais, complicações do diabetes, Acidente Vascular Cerebral (AVC).

De acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de Junho de 2014 estão cadastrados na ESF São Geraldo II, 32 diabéticos, 204 hipertensos, 01 hanseníaco. Havia 54 crianças menores de 02 anos, sendo que dessas, 38 encontravam-se com vacinas em dia e 16 em atraso. Não há crianças desnutridas nessa faixa etária.

As mulheres correspondem 51% da população cadastrada, totalizando 1.177. Destas, 682 encontravam-se na faixa etária de 10 a 49 anos, correspondendo a 58% das mulheres cadastradas. O número estimado de gestantes na área de equipe é de aproximadamente 23 gestantes, conforme indicador ‘Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de Atenção Básica’, proposto pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2012). Foram captadas 36 gestantes pela equipe durante o presente estudo, estando este número acima do estimado. É estimado que 21,72% das gestações ocorram em adolescentes e que 15% das gestações sejam de alto risco (MINAS GERAIS, 2010).

A partir do diagnóstico situacional da área de abrangência do bairro São Geraldo II, que teve como objetivo compreender o perfil e as principais demandas da comunidade assistida. Foram levantadas algumas situações problema que vão desde a infraestrutura até questões que envolvem a organização do serviço. O alto índice de gravidezes não planejadas foi elencado, junto com a equipe, como prioritário para propor um plano de ação.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho justifica-se pelo alto índice de gestações não planejadas na comunidade, e por tal fator acarretar diversas consequências desfavoráveis, principalmente no que se refere ao alto risco gestacional, tanto para mãe quanto para a criança gerada, como a gestação na adolescência. Além disso, a gravidez não planejada ou indesejada pode desencadear dificuldades socioeconômicas, ou agravar a condição das famílias já consideradas com baixa renda, levando também a transtornos psicológicos e emocionais.

Em muitos casos, a gravidez não planejada é interrompida por aborto, frequentemente praticado em péssimas condições higiênicas e técnicas, com risco de apresentar sérios agravos, podendo levar até mesmo ao óbito materno (QUEIROS *et al.*, 2010).

A gravidez na adolescência, quando não planejada, pode prejudicar a continuidade dos estudos, privando a jovem de maiores oportunidades de vida. Também, a jovem pode apresentar dificuldades de educar sua criança, agravando-se quando não tem apoio do pai da criança que, muitas vezes, é, também, adolescente, sem condições psicológicas, econômicas e sociais para assumir a paternidade. Ocorre, então, uma perda não apenas para a adolescente, como para o namorado, para seu filho e sua família. Sabe-se que a maioria delas quando engravida, termina renunciando aos estudos para cuidar da criança, comprometendo seu futuro de vida (DIÓGENES; OLIVEIRA; CARVALHO, 2011).

O redirecionamento das políticas públicas às mulheres requer a melhoria das condições de vida no que se refere à educação, melhores oportunidades no mercado de trabalho, renda digna e cuidado à saúde de modo integral e com equidade, sem discriminação de raça/cor, gênero, idade ou outras. Cabe às/aos profissionais da ESF implementar e/ou redirecionar ações que favoreçam as escolhas reprodutivas viabilizando a autodeterminação das mulheres (COELHO *et al.*, 2012).

Deste modo, julgou-se imprescindível a realização de um Projeto de Intervenção capaz de reduzir o número de gestações não planejadas na comunidade.

3 OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo a elaboração de um Projeto de Intervenção para a redução das gestações não planejadas entre as mulheres em idade fértil do bairro São Geraldo II, área de abrangência da ESF São Geraldo II.

4 METODOLOGIA

Estudo realizado a partir de revisão de literatura narrativa sobre o tema proposto: Gravidez não planejada. A revisão de literatura é uma análise bibliográfica pormenorizada, referente aos trabalhos já publicados sobre o tema. A revisão da literatura é indispensável não somente para definir bem o problema, mas também para obter uma idéia precisa sobre o estado atual dos conhecimentos sobre um dado tema, as suas lacunas e a contribuição da investigação para o desenvolvimento do conhecimento (BENTO, 2012).

Buscou-se na base de dados eletrônicos BVS- Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os descritores em saúde: Enfermagem, Planejamento Familiar, Gravidez não planejada.

Os critérios para seleção dos trabalhos para revisão foram: artigos que apresentarem texto completo na base de dados, idioma em português, publicados no período entre 2004 e 2014 e abordarem o tema Gravidez não planejada, associada ao Planejamento Familiar.

Para realização do plano de intervenção será utilizada a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES), seguindo-se os dez passos propostos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO DE LITERATURA

Desde 1984, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o Estado reconhece o direito das mulheres de dissociar prática sexual e procriação. Ações voltadas à contracepção foram implantadas na rede pública de saúde brasileira. Todavia, as dificuldades para exercitar os direitos sexuais e reprodutivos têm exposto as mulheres a uma série de situações que comprometem sua saúde, dentre elas, as consequências de uma gravidez não planejada (COELHO *et al.*, 2012).

A gravidez não planejada decorre da falta de informações e dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos, do seu uso inadequado dos mesmos, da descontinuidade na oferta do contraceptivo pelo serviço, pela oferta limitada na variedade dos métodos e efeitos colaterais adversos que levam ao abandono e ao limite de eficácia (COELHO *et al.*, 2012).

No Brasil, grande número de gravidezes não planejadas tem como desfecho o aborto, constituindo fator importante de morbidade e mortalidade materna (COELHO *et al.*, 2012). Segundo Queiroz *et al.* (2010), o aborto é frequentemente praticado em péssimas condições higiênicas e técnicas e por isso, apresentam sérios agravos, levando até mesmo ao óbito materno.

Conforme apontado em seu estudo, Coelho *et al.* (2012), evidenciam a associação de idade com a ocorrência de gravidez, estando as adolescentes expostas a maiores chances de gravidez não planejada, entretanto, constatou-se que esse evento ocorre em mulheres em todo o ciclo reprodutivo.

A gravidez na adolescência, quando não planejada, pode prejudicar a continuidade dos estudos, privando a jovem de maiores oportunidades de vida. A jovem pode apresentar dificuldades de educar sua criança, agravando-se quando não tem apoio do pai da criança que, muitas vezes, é, também, adolescente, sem condições psicológicas, econômicas e sociais para assumir a paternidade. Ocorre, então, uma perda não apenas para a adolescente, como para o namorado, para seu filho e sua família (DIÓGENES; OLIVEIRA; CARVALHO, 2011).

Para Beretta *et al.* (2011), o início da atividade sexual, de forma precoce e desprotegida, associado com o alto índice de gestações não planejadas decorrentes de relacionamento com parceiro igualmente jovem, são dados preocupantes. Também a repetição de nova gestação indesejada ainda na adolescência, reflete que nem a vivência da gestação e suas consequências são efetivas para o desenvolvimento de um comportamento sexual responsável, capaz de romper um círculo vicioso.

Como uma possível solução, seria o fato das adolescentes estarem inseridas em serviços de planejamento familiar que lhes garantissem o devido apoio e acompanhamento para superação de dificuldades durante adaptação aos métodos (BERETTA *et al.*, 2011).

Sendo assim, para Queiroz *et al.* (2010), é sumamente relevante que os serviços de saúde estejam preparados para acolher os adolescentes, levando-se em consideração a individualidade de cada um, oferecendo um atendimento de acordo com suas necessidades.

Conforme Barreto *et al.* (2011), existe grande complexidade para a atuação dos profissionais de saúde frente à prevenção da gravidez na adolescência, pois não se trata apenas de informar sobre os métodos contraceptivos que são mais adequados para essa idade, tampouco recorrer à pregação da abstinência sexual para adiar o início da vida sexual, mas de assumir a prática educativa como um processo sistemático de orientação e reflexão sobre a sexualidade.

Na fase adulta, a ocorrência das gestações não planejadas está mais prevalente entre as donas de casa, portanto, entre aquelas com dependência financeira de seus parceiros ou de familiares, fator que dificulta a autonomia e a liberdade de escolha (COELHO *et al.*, 2012).

As difíceis condições socioeconômicas conjugadas com a dependência do parceiro, confirmadas pela baixa remuneração ou ausência desta, colocam essas mulheres em situação desigual em relação as que têm mais oportunidades sociais (COELHO *et al.*, 2012).

Dutra e Pereira (2009) ressaltam a importância da participação do homem no planejamento familiar, pois é preciso que ele compreenda a importância de adquirir o conhecimento sobre o corpo da mulher, sobre o seu próprio e sobre os métodos contraceptivos, mesmo que quem for usar seja a mulher, até porque ele precisa concordar ou preferencialmente optar em comum acordo pelo melhor método.

Esta visão pode contribuir para que o homem ganhe uma nova dimensão no relacionamento com o profissional e serviços de saúde possibilitando então uma maior humanização do atendimento ao homem como sujeito de direitos humanos sexuais e reprodutivos, em especial, pela enfermagem (SILVA; LEMOS, 2012).

Portanto, para garantir a adesão, o retorno e o acompanhamento dos usuários inseridos no programa de planejamento familiar, é fundamental melhorar o acesso e reduzir o tempo de espera para o atendimento assistencial. A pouca organização, a demora no atendimento e a escassez de métodos contraceptivos causam insatisfação no usuário, fazendo com que haja perda na credibilidade do serviço de saúde, contribuindo para sua evasão (QUEIROZ *et al.*, 2010).

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Primeiro Passo: Identificação dos problemas

Em pouco tempo de atuação no ESF São Geraldo II, percebe-se que existem muitos problemas desde a questão de infraestrutura, tanto do bairro quanto da unidade, até questões culturais que envolvem a população e interferem na efetivação do atendimento. Além disso, alguns processos de trabalho da unidade ainda não foram devidamente implantados.

Foi possível levantar os seguintes problemas no diagnóstico situacional realizado pela equipe:

- **Baixa adesão da comunidade aos grupos de Educação em Saúde:** Principalmente os Hipertensos, sendo que de 204 cadastrados, cerca de 10% comparece às reuniões mensais do grupo educativo.
- **Atraso vacinal das crianças menores de 2 anos:** A unidade não possui Sala de Vacina, sendo que as crianças são encaminhadas ao antigo Centro de Saúde do bairro Major Prates para administração da vacina. Porém, por questões de dificuldade de locomoção, muitas crianças perdem o prazo para a vacina.
- **Não realização da Classificação de Risco:** É realizada a Triagem pela Enfermeira da unidade, segundo as orientações do Protocolo de Recepção do Município de Montes Claros, os profissionais, tanto Médico quanto Enfermeiro, ainda não foram capacitados em relação ao Protocolo de Manchester. As urgências estabelecidas no protocolo são atendidas com prioridade, porém as demais situações são agendadas de acordo com a disponibilidade de vagas para consulta no dia. Tal situação gera insatisfação no usuário, por muitas vezes não entender o método utilizado na Triagem, colocando o profissional em uma situação de confronto.
- **Cota de laboratório insuficiente para atender a demanda de exames:** Com a recém criação de novas equipes de ESF no município, as cotas para laboratório foram repassadas, com novos valores, sendo que em algumas equipes, o valor era insuficiente para atender a demanda. Outro fator que gerou grande acúmulo de exames a serem

autorizados refere-se à admissão de Médicos do Programa Mais Médicos, que por desconhecerem inicialmente o funcionamento da rede de serviços do Município, solicitaram grande número de exames laboratoriais.

- **Alto Índice de gestações não planejadas:** Das 36 gestantes cadastradas nesse semestre na unidade, nenhuma delas participou do Planejamento Familiar neste ano. As gestações de Alto Risco compreenderam 17%, abrangendo situações como Doença Hipertensiva Específica da Gestação – DHEG, mulheres com idade inferior a 15 anos, mulheres com HIV, mulheres com Anemia Falciforme.

6.2 Segundo Passo: priorização dos problemas

Tabela 1- Priorização dos problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Baixa adesão aos grupos de Educação em Saúde	Alta	4	Parcial	4
Atraso vacinal das crianças menores de 2 anos	Alta	6	Parcial	2
Cota de Laboratório insuficiente	Alta	5	Parcial	5
Triagem sem Classificação de Risco	Alta	5	Parcial	3
Alto índice de gestações não planejadas	Alta	7	Parcial	1

FONTE: Autoria própria, 2014.

6.3 Terceiro Passo: Descrição do Problema

Através da priorização dos problemas levantados, optou-se pelo “Alto índice de gestações não planejadas”. Para justificar a priorização desse problema, levantaram-se questões como: idade

das gestantes, gestações anteriores, participação no planejamento familiar, uso de contraceptivo, risco gestacional.

Através dessas informações coletadas, obteve-se:

Tabela 2 - Descrição do problema

Micro área	Gestantes Cadastradas	Idade < 20 anos	Participação no Planejamento Familiar	Mulheres com Gestações prévias	Uso de contraceptivo	Alto Risco Gestacional
01	12	03	00	06	00	03
02	05	01	00	03	00	01
03	08	01	00	07	01	01
04	07	01	00	06	00	00
05	04	00	00	04	01	01
TOTAL	36	06	00	26	02	06

Fonte: SIAB, 2014.

De acordo com os dados expostos no quadro acima, percebe-se que as gestações de alto risco representam um percentual de 16, 66%, sendo considerado elevado perante os parâmetros para uma população de gestantes, que é de 15% (MINAS GERAIS, 2010).

O parâmetro esperado de gestantes adolescentes em uma população corresponde a 21,72% (MINAS GERAIS, 2010). Verifica-se nos dados apresentados que o percentual de gestantes com idade inferior a 20 anos, corresponde a 16,66% das gestantes captadas, não justificando o foco deste trabalho especificamente sobre as gestantes adolescentes.

Percebe-se que nenhuma das gestantes captadas havia participado do Planejamento Familiar, o que reforça o foco deste trabalho que é a elaboração de um Projeto de Intervenção para a redução das gestações não planejadas entre as mulheres em idade fértil do bairro São Geraldo II, área de abrangência da ESF São Geraldo II.

6.4 Quarto Passo: Explicação do problema

Causas do não planejamento gestacional

Causas relacionadas ao usuário

- **Baixa participação no Planejamento Familiar / Educação Sexual**

- As mulheres em idade fértil e sexualmente ativas não aderiram efetivamente ao planejamento familiar proposto pela equipe de ESF em reuniões mensais.
- Não há ações planejadas para educação sexual nas escolas da comunidade.

- **Baixa adesão aos métodos contraceptivos**

- As mulheres não utilizam métodos contraceptivos adequadamente.

O uso do contraceptivo é pausado pelas mulheres, sem a indicação do profissional de saúde. Algumas mulheres que utilizam o contraceptivo oral interrompem o uso da pílula em algum momento. Os preservativos são distribuídos amplamente, porém muitas mulheres não utilizam porque o parceiro não aceita.

- Escassez de contraceptivos orais/ injetáveis nas farmácias.

A dispensação destes medicamentos pela Farmácia Central, por diversas vezes, não é realizada de maneira a suprir a demanda da comunidade. Deste modo, aquelas mulheres que não possuem poder aquisitivo para comprar o medicamento, acabam interrompendo o uso do contraceptivo. A solicitação dos medicamentos para farmácia da unidade é feita com base na demanda apresentada. Porém, em alguns períodos, ocorrem atrasos ou envio reduzido dos medicamentos, o que foge da governabilidade da coordenação da equipe.

- Baixo nível informacional sobre os métodos contraceptivos.

A baixa adesão ao planejamento familiar citada anteriormente, reflete no baixo nível de informação acerca dos métodos contraceptivos disponíveis e sobre o uso adequado dos mesmos.

- As mulheres jovens, adolescentes iniciam a atividade sexual, geralmente antes dos 18 anos.

Este fato, associado a não aceitação familiar do relacionamento amoroso destas adolescentes, acaba desestimulando-as a procurarem o serviço de saúde para utilização de um método contraceptivo. Deste modo, realizam o ato sexual de maneira desprotegida.

Causas relacionadas ao processo de trabalho da equipe

- Baixa capacitação da equipe em relação ao planejamento familiar

A equipe realiza reuniões mensais para orientações quanto Planejamento Familiar, porém membros da equipe não estão devidamente capacitados para ações voltadas ao Planejamento familiar. Geralmente, as reuniões são realizadas pela enfermeira da unidade (autora deste trabalho).

- Não existem instrumentos para monitoramento do planejamento familiar e das ações propostas pela equipe.

Aqueles usuários que não podem comparecer no dia e horário estabelecidos para as reuniões de Planejamento Familiar são acolhidos posteriormente e agendado atendimento individualizado. Porém, não há padronização de instrumentos que favorecem o controle destes usuários, e o acompanhamento dos mesmos.

6.5 Quinto passo: Identificação dos nós críticos

- **Processo de trabalho da equipe de saúde** Baixa captação das mulheres em idade fértil e sexualmente ativas para participarem do planejamento familiar; Ausência de ações de educação em saúde nas escolas voltadas a educação sexual; Baixa capacitação da equipe em relação ao planejamento familiar; Ausência de instrumentos para monitoramento das ações relativas ao planejamento familiar.
- **Nível de informação** Baixo nível de informação sobre os métodos contraceptivos levam ao baixo índice de utilização de métodos contraceptivos/uso inadequado dos métodos.
- **Escassez de contraceptivos orais/ injetáveis nas farmácias.**

Os passos seguintes serão apresentados, de modo que seja possível compreender o significado de cada um e suas finalidades. Em seguida, serão dispostos em quadros, cada nó crítico selecionado, detalhando o que é exigido em cada passo na elaboração do plano de ação.

6.6 Sexto passo: desenho das operações

Os objetivos desse passo consistem em descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como nós críticos, identificando os produtos e resultados para cada operação definida, e os recursos necessários para a concretização das operações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

O objetivo desse passo é identificar os recursos críticos que serão consumidos em cada operação. Os recursos críticos são aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso é necessário criar estratégias para que se possa viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.8 Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

Este passo consiste na identificação dos atores que controlam recursos críticos necessários para implementação de cada operação. Além disso, deve ser feita análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano e desenhar as ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.9 Nono passo: elaboração do plano operativo

O objetivo desse plano é designar os responsáveis por cada operação – gerente de operação e definir os prazos para a execução das operações. O gerente de uma operação é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que o responsável deva executá-las, podendo contar com o apoio de outras pessoas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.10 Décimo passo: gestão do plano

Este passo consiste no desenho de um modelo de gestão do plano de ação, sendo discutido e definido o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos. É preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A partir dos passos expostos, foi possível elaborar o seguinte plano de ação, detalhando-o em cada nó crítico selecionado, sendo dispostos em tabelas a seguir.

Tabela 3 - Plano Operativo conforme o nó crítico ‘Baixa captação das mulheres em idade fértil e sexualmente ativas para participarem do planejamento familiar’

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Críticos	Ação Estratégica	Responsável	Prazo	Avaliação
Baixa captação das mulheres em idade fértil e sexualmente ativas para participarem do planejamento familiar	+ promoção em saúde Captar mulheres em idade fértil. Suscitar a participação no planejamento Familiar.	Ampliar o número de participação das mulheres no Planejamento Familiar, considerando que nenhuma gestante captada havia participado anteriormente das reuniões.	Divulgação das reuniões de planejamento familiar.	Político: conseguir mobilização social. Financeiro: recursos para elaboração de folhetos, convites, cartazes.	Não é necessária Apresentar Projeto de estruturação do serviço.	Enfermeira da ESF Equipe multidisciplinar	Apresentar o projeto no prazo de 03 meses e início das atividades em 04 meses.	Semestral através de instrumento de avaliação da participação no Planejamento Familiar.

Fonte: Autoria própria, 2014.

Tabela 4 - Plano Operativo conforme o nó crítico ‘Ausência de ações de educação em saúde nas escolas voltadas a educação sexual’

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Críticos	Ação Estratégica	Responsável	Prazo	Avaliação
Ausência de ações de educação em saúde nas escolas voltadas à educação sexual	+ educação em saúde Realizar orientações voltadas à educação sexual para jovens nas escolas.	Adolescentes de todas as classes e turnos da escola orientados quanto à sexualidade e a contracepção.	Projeto de Educação em saúde nas escolas.	Político: Não conseguir mobilização social nas escolas e das equipes de ESF. Financeiro: recursos para elaboração de folhetos, convites, cartazes.	Não é necessária Apresentar Projeto de apoio das escolas e estruturação do serviço.	Enfermeira da ESF Equipe multidisciplinar	Apresentar o projeto no prazo de 03 meses e início das atividades em 04 meses.	Semestral, através de instrumento de registro das ações de educação sexual nas escolas.

Tabela 5 - Plano Operativo conforme o nó crítico 'Baixa capacitação da equipe em relação ao planejamento familiar'

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Críticos	Ação Estratégica	Responsável	Prazo	Avaliação
Baixa capacitação da equipe em relação ao planejamento familiar	+ educação permanente Capacitar toda equipe multidisciplinar em relação ao planejamento familiar	Melhorar nível de informação da equipe ESF para que possam orientar e monitorar as ações do planejamento familiar.	Avaliação do nível de informação da equipe por meio de questionário simples. Capacitação da equipe.	Financeiro: recursos para elaboração e impressão do questionário de avaliação. Político: mobilizar equipe do Programa Saúde da Mulher para realização da capacitação.	Projeto para implementação de cronograma de capacitação em Planejamento Familiar. Não é necessária.	Enfermeira da ESF Equipe multidisciplinar	Apresentar o projeto no prazo de 02 meses e início das atividades em 03 meses.	Semestral, através de instrumento de avaliação do nível de informação da equipe. Avaliar cumprimento do cronograma, por meio de registro em ata das capacitações realizadas.

Fonte: Autoria própria, 2014.

Tabela 6 - Plano Operativo conforme o nó crítico ‘Ausência de instrumentos para monitoramento das ações relativas ao planejamento familiar’

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Críticos	Ação Estratégica	Responsável	Prazo	Avaliação
Ausência de instrumentos para monitoramento das ações relativas ao planejamento familiar	+ controle Padronizar instrumentos para controle das ações relativas ao planejamento familiar.	Monitoramento da participação no Planejamento Familiar a cada três meses. Controle do uso dos contraceptivos orais/injetáveis a cada três meses, conforme Protocolo Municipal.	Instrumento de registro de participação no Planejamento Familiar. Instrumento de registro individual quanto ao uso do contraceptivo e manutenção das receitas. Busca ativa dos faltosos às reuniões de planejamento.	Financeiro: recursos para elaboração e impressão do instrumento de registro.	Não é necessária	Equipe multidisciplinar	Elaboração dos instrumentos em 01 mês. Implementação dos instrumentos Em 02 meses.	Semestral, através de análise de aplicabilidade dos instrumentos e dos registros de controle.

Fonte: Autoria própria, 2014.

Tabela 7 - Plano Operativo conforme o nó crítico ‘Baixo nível de informação sobre os métodos contraceptivos’

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Críticos	Ação Estratégica	Responsável	Prazo	Avaliação
Baixo nível de informação sobre os métodos contraceptivos	+saber/ autocuidado + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de uma gravidez não planejada. Aumentar o nível de informação sobre o uso de contraceptivos	Reduzir o número de gestações não planejadas e consequentemente o número de gestações de alto risco conforme o parâmetro esperado de 15%.	Avaliação do nível de informação da população por meio de questionário simples. Orientação em grupo e individualizada da população.	Financeiro: recursos para instrumentos de avaliação do nível de informação.	Apresentar Projeto de avaliação e estruturação do serviço.	Enfermeira da equipe. Equipe multidisciplinar	Apresentar o projeto no prazo de 03 meses e início das atividades em 04 meses.	Semestral através de análise de aplicabilidade do questionário. Registros de participação no planejamento familiar e dos registros de controle do uso de contraceptivos

Fonte: Autoria própria, 2014.

Tabela 8 - Plano Operativo conforme o nó crítico ‘Escassez de contraceptivos orais/ injetáveis na farmácia’

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Críticos	Ação Estratégica	Responsável	Prazo	Avaliação
Escassez de contraceptivos orais/ injetáveis na farmácia.	+Acessibilidade/ cuidar melhor Melhorar acesso aos recursos medicamentosos para planejamento familiar	Garantir contraceptivos orais e injetáveis para a real demanda da comunidade.	Levantamento da real demanda para anticoncepcionais Planejamento da Assistência Farmacêutica Parceria com farmácia central e almoxarifado para dispensação medicamentosa de acordo com a demanda.	Político: mobilização da rede, para aumentar os recursos medicamentosos, por meio de parceria com Assistência Farmacêutica, conforme dados concretos da real demanda para os contraceptivos.	Apresentar Planejamento de dispensação de medicação de acordo com a demanda real.	Equipe multidisciplinar Responsável técnica pela farmácia da unidade. Enfermeira da unidade e responsável técnica pela farmácia da unidade.	Apresentar o projeto em 03 meses. Aprovação e liberação dos recursos em 06 meses.	Semestral por meio do instrumento de controle de uso de contraceptivo e dos registros de dispensação de medicamentos pela farmácia.

Fonte: Autoria própria, 2014.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico situacional da área de abrangência do bairro São Geraldo II possibilitou compreender o perfil e as principais demandas da comunidade assistida. Foram levantadas algumas situações problema que vão desde a infraestrutura até questões que envolvem a organização do serviço. O alto índice de gravidezes não planejadas foi elencado, junto com a equipe, como prioritário para propor um plano de ação.

Foram captadas 36 gestantes pela equipe durante o presente estudo, dentre estas percebeu-se que as gestações de alto risco representaram um percentual de 16,66%, sendo considerado elevado perante os parâmetros para uma população de gestantes, que é de 15% (MINAS GERAIS, 2010).

O parâmetro esperado de gestantes adolescentes em uma população corresponde a 21,72% (MINAS GERAIS, 2010). Verificaram-se nos dados apresentados que o percentual de gestantes com idade inferior a 20 anos correspondeu a 16,66% das gestantes captadas, não justificando o foco deste trabalho especificamente sobre as gestantes adolescentes.

Percebeu-se também que nenhuma das gestantes captadas havia participado do Planejamento Familiar, o que reforçou o foco deste trabalho que foi a elaboração de um Projeto de Intervenção para a redução das gestações não planejadas entre as mulheres em idade fértil do bairro São Geraldo II, área de abrangência da ESF São Geraldo II.

Para elaboração do Projeto de Intervenção foram identificados seis (06) nós críticos, os quais permitiram conhecer e detalhar os problemas a serem enfrentados para alcançar o objetivo proposto. Para isso faz-se necessário que toda equipe se empenhe em cumprir as etapas do Projeto de Intervenção com responsabilidade, dedicação e compromisso.

Conforme cada nó crítico identificado espera-se alcançar os seguintes resultados:

- Ampliar o número de participação das mulheres no Planejamento Familiar, considerando que nenhuma gestante captada havia participado anteriormente das reuniões.
- Adolescentes de todas as classes e turnos da escola orientados quanto à sexualidade e a contracepção.

- Melhorar nível de informação da equipe ESF para que possam orientar e monitorar as ações do planejamento familiar.
- Monitoramento da participação no Planejamento Familiar a cada três meses.
- Controle do uso dos contraceptivos orais/ injetáveis a cada três meses, conforme Protocolo Municipal.
- Reduzir o número de gestações não planejadas e conseqüentemente o número de gestações de alto risco conforme o parâmetro esperado de 15%.
- Garantir contraceptivos orais e injetáveis para a real demanda da comunidade.

Acredita-se que as ações a serem desenvolvidas irão impactar de maneira significativa no problema levantado pela equipe. No entanto, há de se considerar a importância do esforço mútuo e da motivação entre equipe e população. É preciso que a equipe se responsabilize pelo cuidado às mulheres envolvidas nesse processo, enquanto que, em contrapartida as mulheres se tornem protagonistas no cuidado de sua saúde no intuito de reduzir o número de gestações não planejadas e suas conseqüências.

Além disso, é imprescindível que a equipe de saúde da família esteja atenta ao desenvolvimento das ações implantadas de modo a reavaliar e redirecionar o seguimento das ações propostas no plano operacional.

REFERÊNCIAS

BARRETO, M. M. M., *et al.* Representação social da gravidez na adolescência para adolescentes grávidas. **Rev. Rene**, Fortaleza, 2011 abr/jun; 12(2):384-92

BENTO, A. Como fazer uma revisão da literatura: Considerações teóricas e práticas. **Revista JA** (Associação Acadêmica da Universidade da Madeira), nº 65, ano VII. Maio de 2012.p. 42-44. ISSN: 1647-8975.

BERETTA, M. I. R., *et al.* A contextualização da gravidez na adolescência em uma maternidade de São Carlos/SP. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2011 jan/mar;13(1):90-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.8128>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

COELHO, E. de A. C., *et al.* Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paul Enferm.** 2012; 25(3):415-22.

Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - **DATASUS**. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>

DUTRA, A., PEREIRA, A. L. A participação masculina em grupos educativos de contracepção: o olhar da enfermagem. **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental**. Online 2009. set/dez. 1(2): 360-371

DIÓGENES, M. A. R., OLIVEIRA, M. G. de, CARVALHO, Y. A. X. B. de. Aspectos estruturais, desenvolvimentais e funcionais da família de adolescente grávida fundamentados no modelo Calgary. **Rev. Rene, Fortaleza**, 2011 jan/mar; 12(1):88-96.

IBGE. **Censo demográfico**. 2010. Disponível em:<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>

IBGE. **Cidades**. Minas Gerais. Montes Claros. Infográficos: histórico. 2013. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=314330&search=%7Cmontes-claros>

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **NOTA 1**: Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2014 publicadas no Diário Oficial da União em 28/08/2014.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte: **Oficina V – Organização da Atenção Programada** / Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais – Belo Horizonte: ESPMG, 2010.

Ministério da Saúde. DATASUS. **Situação de Saneamento oriundos do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABCbr.def>

MONTES CLAROS. **Lei nº 4.641 de 09 de setembro de 2013**. Disponível em: http://www.montesclaros.mg.gov.br/publica_legais/leis_pdf/leis-2013/set-13/lei%204641-13.pdf

MONTES CLAROS. **Lei nº 4.673 de 13 de novembro de 2013**. Disponível em: http://www.montesclaros.mg.gov.br/publica_legais/leis_pdf/leis-2013/nov-13/Lei%204.673.pdf

MONTES CLAROS (MG). **Prefeitura**. 2013. Disponível em: <http://www.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectosgerais/historia.htm>

MONTES CLAROS (MG). **Prefeitura**. 2014. Disponível em: <http://www.montesclaros.mg.gov.br/cidade/chegar.htm>

MONTES CLAROS: potencialidades/ **Associação comercial, industrial e de serviços de Montes Claros - Montes Claros**: Unimontes, 2008. 80p.

QUEIROZ, I. N. B., *et al.* Planejamento familiar na adolescência na percepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 103-113, jul./set.2010

SILVA, N. M. P. da, LEMOS, A. **O jovem homem universitário frente ao aborto: uma contribuição para a enfermagem**. Rev. pesq.: cuid. fundam. online 2012. jan./mar. 5(1):3302-10