

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

CÍNTIA PÚBLIO MARTINS

**ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR PARA O CUIDADO ÀS
ADOLESCENTES GRÁVIDAS ASSISTIDAS PELA ESF PADRE AFONSO
MUER, JANUÁRIA/MG - PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Januária - Minas Gerais

2014

CÍNTIA PÚBLIO MARTINS

**ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR PARA O CUIDADO ÀS
ADOLESCENTES GRÁVIDAS ASSISTIDAS PELA ESF PADRE AFONSO
MUER, JANUÁRIA/MG – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

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

Orientadora: Profa. Dra. Suelene Coelho

Januária - Minas Gerais

2014

CÍNTIA PÚBLIO MARTINS

**ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR PARA O CUIDADO AS
ADOLESCENTES GRÁVIDAS ASSISTIDAS PELA ESF PADRE AFONSO
MUER, JANUÁRIA/MG - PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Banca examinadora

Profa. Dra. Suelene Coelho – UFMG.....

Profa. Fernanda Magalhães Duarte Rocha- UFMG.....

Aprovado em Belo Horizonte em de de 2015.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A meus pais pelo amor incondicional.

A Lucas pelo apoio.

A minha orientadora Suelene pelo incentivo e paciência.

“A promoção da saúde de adolescentes e jovens precisa de iniciativas locais que fomentem a participação juvenil, a convivência comunitária, a inserção social.”

RESUMO

Nas últimas décadas o aumento do número de adolescentes grávidas tem sido considerado um relevante problema de saúde pública. Por essa razão, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo políticas públicas voltadas ao cuidado integral aos jovens e adolescentes, sendo, muitas delas, trabalhadas pelas Equipes de Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde. Após realizar o diagnóstico situacional, a Equipe de Saúde da Família Pe. Afonso Muer optou por realizar um projeto de intervenção que pudesse garantir a integralidade da atenção, a interdisciplinaridade do planejamento, bem como melhorar o acesso das adolescentes aos serviços dentro da Atenção Básica. Nesta perspectiva, o principal objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de intervenção voltado à abordagem interdisciplinar do cuidado às adolescentes grávidas assistidas pela ESF Pe. Afonso Muer, no município de Januária/MG. Para tal, utilizou-se a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES), com ênfase na análise da situação de saúde local para elaboração de um projeto de intervenção condizente com a realidade vivida. Além disso, foi realizada também, uma revisão de literatura para embasar as propostas a serem desenvolvidas pela equipe multidisciplinar de saúde. O resultado esperado será o desenvolvimento de ações de educação em saúde para as adolescentes grávidas assistidas pela Equipe Saúde da Família, que incitem práticas interdisciplinares, de forma a garantir a integralidade do cuidado. Conclui-se que, no manejo com adolescentes grávidas, essa responsabilidade compartilhada assume relevância especial.

Palavras-chaves: Gravidez na adolescência. Interdisciplinar. Educação em saúde.

ABSTRACT

In recent decades the increase in the number of teenage pregnancies has been considered an important public health problem. For this reason, the Ministry of Health has been developing public policies aimed at comprehensive care to young people and adolescents, many of them worked by Family Health Teams of the Basic Health Units. After performing the situational diagnosis, the Health Team Family Fr. Afonso Muer chose to conduct an intervention project that would ensure comprehensive care, interdisciplinary planning and improving the access of adolescents to services within primary care. In this perspective, the aim of this study was to develop an action plan focused on the interdisciplinary approach of care for pregnant adolescents assisted by the FHT Fr. Afonso Muer in the municipality of Januária / MG. To this end, we used the methodology of Situational Strategic Planning (PES), with emphasis on analysis of the local health situation for development of a consistent intervention project with the lived reality. It also was conducted a literature review to support the proposals to be developed by the multidisciplinary team of health. The expected result will be the development of health education interventions for pregnant adolescents assisted by the Family Health Team, which encourage interdisciplinary practices to ensure comprehensive care. We conclude that, in the management of pregnant teenagers, this shared responsibility is particularly important.

Keywords: Adolescent pregnancy. Interdisciplinary. Health education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	4
3 METODOLOGIA	5
4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	7
5 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	11
5.1 Identificação do município	11
5.2 Histórico de criação do município.....	11
5.3 Descrição geral do município	12
5.4 Aspectos socioeconômicos e culturais	13
5.5 Aspectos Demográficos	14
5.6 Organização do sistema local de saúde	15
5.7 Área de abrangência da ESF Pe. Afonso Muer / Recursos Materiais e Humanos	16
6 ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR PARA O CUIDADO ÀS ADOLESCENTES GRÁVIDAS ASSISTIDAS PELA ESF PADRE AFONSO MUER	18
6.1 Identificação e priorização do problema.....	18
6.2 Descrição e explicação do problema selecionado.....	20
6.3 Seleção dos “nós-críticos”	21
6.4 Desenho das operações	21
6.5 Identificação dos recursos críticos	23
6.6 Análise da viabilidade do plano operativo.....	24
6.7 Plano operativo.....	24
6.8 Monitoramento das ações	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

Januária é um município brasileiro pertencente ao estado de Minas Gerais, situado na região do médio São Francisco, à margem esquerda do mesmo. Segundo o IBGE, em 2010, o município possuía uma população de 65.463 habitantes, ocupando o ranking de 3º lugar em população geral da região norte de Minas, sendo também a 54º maior do estado. A estimativa da população para 2014 foi de 68.065 habitantes, o que demonstra um crescimento significativo nos últimos 4 anos. Como o município possui uma vasta extensão territorial, equivalente a 6.661,666 Km², a densidade demográfica é de 9,83 hab / Km³ (BRASIL, 2014).

Para diagnóstico situacional da área de abrangência a ser explorada, foi necessário estabelecer uma metodologia de coleta de dados e informações sobre a comunidade, bem como sobre os serviços de saúde prestados até então. Desse modo, optou-se pela metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES), por se tratar de uma técnica voltada a identificação de problemas e montagem de estratégias e planos de intervenção. Essa metodologia será mais bem exemplificada na sessão “Métodos” desse trabalho.

Assim, após conhecer a realidade vivenciada pela população assistida, pôde-se, junto à equipe, priorizar os principais problemas de saúde enfrentados pela população, tais como: baixa escolaridade, evasão escolar, condições socioeconômica precária, desemprego x trabalho informal, violência doméstica, gravidez na adolescência, problemas de infraestrutura, ausência de áreas de lazer e para a prática de esporte, alta prevalência de verminose e doenças crônico-degenerativas.

A Equipe de Saúde identificou também, os problemas relacionados à organização do processo de trabalho, dentro da UBS São Vicente, capazes de dificultar a prestação dos serviços públicos à população da área de abrangência da UBS. Verificou-se que existe falha no planejamento interdisciplinar, principalmente em relação à execução de políticas públicas voltadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde, dificultando as atividades que dependem de ações coletivas. A não exigência do Cartão SUS,

por sua vez, inviabiliza a prestação de contas referente aos procedimentos coletivos executados pelos profissionais de saúde.

A Equipe apontou ainda, que uma parcela da população não tem comparecido às consultas agendadas, fazendo com que haja uma reorientação da atenção em relação aos procedimentos de urgência e emergência. Por outro lado, existe um grande fluxo de pacientes em todos os turnos, uma vez que, em uma mesma UBS, funcionam duas equipes de Saúde da Família.

De posse dessas informações, foi necessário estabelecer uma ordem de priorização dos problemas de saúde, orientando as ações ao problema de maior relevância. Nesse sentido, a Equipe de Saúde analisou os problemas em relação ao nível de importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe e optou por realizar um Projeto de Intervenção que tivesse como objeto de ação às adolescentes grávidas assistidas pela ESF Pe. Afonso Muer. Dessa maneira pretende-se garantir a integralidade da atenção, a interdisciplinaridade do planejamento, bem como o acesso aos serviços dentro da Atenção Básica.

Considera-se adolescência a faixa etária compreendida entre 10 a 19 anos de idade, sendo o período de vida a partir do qual surgem as características sexuais secundárias. De acordo com Moura, Silva e Galvão (2007) é nesta fase da vida que se desenvolvem os processos psicológicos e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta. Dentre eles, destaca-se a transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia.

Berlofi *et al.* (2006) chamam a atenção para o fato de cerca de um milhão de jovens, de 10 a 19 anos de idade, se tornarem mães no Brasil. Além disso, embora seja muito frequente, os autores afirmam que nem sempre a gravidez na adolescência é um evento único, acidental, que tenha faltado ao controle, já que para algumas jovens, ela acaba se repetindo.

Para os autores citados anteriormente, a disponibilização de informações e meios relacionados aos métodos anticoncepcionais existentes tem sido uma das melhores formas de aderência a um programa de prevenção.

Dessa maneira, é necessário proporcionar opções de escolha aos jovens, sejam eles casais, ou não, pois suscita segurança e, com isso uma melhor utilização do método (BERLOFI *et al.*, 2006).

Além disso, é necessário trabalhar com uma equipe multidisciplinar no sentido de abarcar atividades que proporcionem aos adolescentes, não somente o conhecimento sobre o funcionamento do corpo e entrega de métodos contraceptivos, mas que possibilite uma reflexão mais aprofundada sobre sua vida atual. Com isso, espera-se despertar motivação para a realização de um plano de vida que abarque os vários aspectos da vida, conforme apontado nas Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2010).

Esse trabalho justifica-se pela sua relevância e propõe ações de educação em saúde para as adolescentes grávidas assistidas pela ESF Pe. Afonso Muer, que incitem práticas interdisciplinares na equipe de saúde, de forma a garantir a integralidade do cuidado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção que promova a abordagem interdisciplinar no cuidado as adolescentes grávidas assistidas pela ESF Pe. Afonso Muer/Januária/MG.

2.2 Objetivos Específicos

- Estabelecer estratégias para motivar a equipe de saúde da ESF Pe. Afonso Muer a trabalhar de forma multidisciplinar, de forma a garantir atenção integral às adolescentes grávidas.
- Propor ações de educação em saúde, no âmbito individual e coletivo, com a finalidade de levar informações às jovens adolescentes sobre métodos contraceptivos, DST, planejamento de vida e convívio social;

3 METODOLOGIA

Para o diagnóstico da situação local e coleta de informações em saúde, utilizou-se a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Esse método de planejamento tem como característica principal a análise da situação de saúde local, com o objetivo de projetar ações para mudá-la (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Desse modo, foram desenvolvidas as etapas que compreendem sua execução (momento explicativo, momento normativo, momento estratégico e momento tático-operacional), de acordo com Campos, Faria e Santos (2010), descritas sucintamente:

- **Momento explicativo:** é o momento inicial de contato com a equipe de saúde e seu território de atuação. Aqui, faz-se a análise dos limites e potencialidades da equipe e do local no qual irá atuar, identificando e selecionando seus principais problemas e entraves. Nesse momento, faz-se, também, a seleção das causas fundamentais dos problemas identificados (“nós críticos”), com vistas à construção da “árvore de resultados” a partir de uma situação-objetivo definida pela equipe de saúde.
- **Momento normativo:** nesse momento, a equipe é incitada a desenhar ações/projetos concretos a serem executados em relação ao(s) “nó-crítico(s)” anteriormente identificado(s). Aqui, tem-se uma etapa chave na montagem do Plano de Intervenção, já que a partir da apreciação local é possível elaborar ações totalmente condizentes com a realidade em que se vive.
- **Momento Estratégico:** esse é o momento de analisar e selecionar os atores sociais envolvidos no Plano de Intervenção (gestores da saúde, equipe de saúde), seus interesses (convergentes ou divergentes) e motivações. Dessa forma, pode-se, em cada uma das ações/projetos previstos e cenários imaginados, definir a melhor estratégia para cada trajetória traçada.

- **Momento Tático-operacional:** por fim, nesse momento, a equipe é incitada a debater sobre a cultura organizacional do plano, de forma a garantir a execução do planejamento inicialmente traçado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foi realizada também, uma revisão bibliográfica sobre o tema buscada em sites de catalogação nacional e internacional utilizando-se os seguintes descritores: Gravidez na adolescência; Interdisciplinar e Educação em Saúde.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Em 2010, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, publicou um manual contendo as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (BRASIL, 2010a). No documento citado verifica-se que entre as prioridades nacionais e, certamente, nas prioridades estratégicas, estão aquelas que se encontram vinculadas ao cuidado integral à saúde de adolescentes e jovens, tais como a promoção da saúde, o fortalecimento da atenção básica e a redução da mortalidade materna e infantil, entre outras.

Ressalta-se que o Brasil já apresentava um aumento crescente no quantitativo de adolescentes grávidas, com faixa etária entre 15 e 19 anos (BRASIL, 2004 *apud* CHALEM *et al.*, 2007). De acordo com os autores, esse aumento ocorria na contramão do decréscimo ocorrido nos índices de fecundidade, das demais faixas etárias.

A literatura tem apontado um grande número de estudos voltados a essa situação, mostrando um patamar de informações essenciais ao desenvolvimento político-social de ações no âmbito da atenção básica. Nesta direção Chalem *et al.* (2007) destacam os estudos realizados por Gama *et al.* (2002) e Sabroza (2004), no Rio de Janeiro, por Ribeiro *et al.* (2000), em Ribeirão Preto, além de Simões *et al.* (2003), em São Luís do Maranhão. De acordo com os autores, esses estudos mostram a alta e crescente taxa de gravidezes ocorridas na adolescência, em especial entre as mais jovens, cujas particularidades dependem da região e a população estudada. Os autores relatam também, que o estudo realizado por Simões e colaboradores demonstra ainda mais “[...] a associação entre gestação na adolescência e prematuridade quando se controlam variáveis como fatores socioeconômicos e reprodutivos” (SIMÕES *et al.*, 2003 *apud* CHALEM *et al.*, 2007).

Conceitualmente, a adolescência segundo Quijada e Vallenilla (1987 apud GOLDEMBERG; FIGUEIREDO; SILVA, 2005, p 1077.) compreende o

[...] período que se caracteriza pela transição da infância para a idade adulta, ou seja, pela perda da identidade infantil, busca da identidade adulta, sendo, assim, uma fase de profunda instabilidade emocional e mudanças corporais.

Segundo Moreira *et al.* (2008, p.313), trata-se de um período de intensas alterações, uma vez que marca a transição entre a adolescência e a condição adulta do desenvolvimento. Além disso, segundo os autores, “[...] a perda do papel infantil gera inquietação, ansiedade e insegurança frente à descoberta de um novo mundo”.

Com relação ao desenvolvimento biológico, as alterações físicas acontecem rapidamente na adolescência, relatam Moreira *et al.* (2008). Os autores afirmam também, que a maturação sexual ocorre a partir do incremento das características sexuais primárias e secundárias. Assim, as alterações físicas e hormonais necessárias à reprodução são denominadas características primárias são, e as diferenças externas entre o sexo masculino do feminino, são denominadas de características secundárias (POTTER e PERRY, 2006 apud MOREIRA *et al.*, 2008). Nas meninas, por exemplo, ocorre o aumento dos seios, dos quadris, distribuição dos pelos, acompanhada da menarca, tudo isso como resultado da ação dos hormônios sexuais e do crescimento (MOREIRA *et al.*, 2008).

De acordo com Beretta *et al.* (1995 apud GOLDEMBERG *et al.*, 2005), em nosso meio, a maioria desses jovens costuma chegar à maturidade sexual, sem ter atingido a maturidade social, emocional ou a independência econômica. Desse modo, a erotização do adolescente, promovida pela mídia (dentre outras determinações), pode acabar estimulando a precocidade do início das atividades sexuais, o que pode resultar em uma gravidez não desejada, devido a falta do domínio das práticas de contracepção (FUJIMORE *et al.*, 1997 apud GOLDEMBERG; FIGUEIREDO; SILVA, 2005).

Ainda de acordo com Moreira *et al.* (2008) a gestação e a adolescência possuem semelhanças porque possuem particularidades próprias, pois se caracterizam por ser um período delicado da vida que requer atenção. Assim,

quando estes dois momentos se juntam, ou seja, adolescência e gravidez, ocorrem uma série de transformações que levam a um turbilhão de emoções e acontecimentos. Dessa forma,

[...] trabalhar com adolescentes grávidas implica em desafios para compreender este mundo repleto de subjetividade e contradições. Por isso, os profissionais que lidam com esta problemática precisam de um olhar mais apurado, detalhado e sensibilizado, para melhor aplicar os programas existentes e criar outros necessários para a resolução deste quadro que se agrava a cada dia (MOREIRA *et al.*, 2008, p.3015)

Segundo Almeida *et al.* (2011), verifica-se que no campo da atenção à saúde o modelo hegemônico centrado na doença tem cedido lugar a uma lógica baseada em novos paradigmas que buscam a qualidade de vida das pessoas, em especial, dos adolescentes. Isso tem possibilitado a abertura novos campos de atuação para o trabalho de promoção da saúde, principalmente pelas equipes que compõem o Programa Saúde da Família (PSF). Para os autores, este constitui-se como eixo estruturante da atenção básica em saúde.

Ainda de acordo Almeida *et al.* (2011, p.1053), as atividades de promoção da saúde dirigidas para a população jovem apresentam “[...] maior eficácia quando desenvolvidas em uma perspectiva de saúde coletiva, pois considera o indivíduo em seu contexto de vida, valorizando suas relações familiares, comunitárias e sociais”. Nesta direção, Danieli (2010) afirma que o profissional da saúde, em especial aqueles que atuam na Estratégia de Saúde da Família, devem dialogar com os adolescentes as questões relativas ao planejamento familiar e a sexualidade. Discussão esta, que deve ser democrática, desprovida de qualquer tipo de preconceito, conclui a autora.

Danieli (2010, p.16) ressalta que os profissionais de saúde têm o compromisso de desenvolver ações assistenciais e educativas capazes de abarcar “[...] este turbilhão de sensações e novas emoções”. Para isso, a autora considera que é necessário estabelecer uma política de educação permanente que instrumentalize os profissionais de saúde para desenvolver ações adequadas às especificidades e demandas dos adolescentes e que leve

em consideração o complexo universo em que vivem. A autora conclui que será necessário que sejam realizadas

[...] buscas de referenciais teóricos e metodológicos que fundamentem novas proposições de cuidado e atenção à adolescência, contemplando uma abordagem específica, voltada às necessidades e particularidades dessa faixa etária (DANIELI, 2010, p.16).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002 *apud* MOURA: SILVA: GALVÃO, 2007) devem fazer parte das competências dos profissionais de saúde, “[...] assistir em concepção e contraceção, empenhando-se em informar os indivíduos sobre as opções para as duas finalidades, destacando a oferta dos métodos anticoncepcionais autorizados e disponíveis no Brasil”. Desse modo, os profissionais de saúde devem orientar a população em relação aos métodos disponíveis para a concepção e contraceção, tais como: Billings, tabela, temperatura, sintotérmico, camisinha masculina e feminina, diafragma, espermicida, dispositivo intra-uterino (DIU), hormonais orais e injetáveis, laqueadura e vasectomia.

Neste sentido, Danieli (2010) destaca a importância de serem adotadas estratégias que possibilitem um espaço para a aprendizagem para os adolescentes, tanto para saúde sexual quanto reprodutiva, com a manutenção de valores que proporcionem escolhas benéficas que resultem em uma vida plena e feliz.

5 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

5.1 Identificação do município

Como já apontado anteriormente, a população do município de Januária vem crescendo significativamente nos últimos anos, tendo sido estimada uma população de 68.065 habitantes para 2014. O município possui uma grande extensão territorial (6.661,666 Km²), por isso sua densidade demográfica é pequena, sendo de 9,83 hab/Km². A cidade faz limite com 07 municípios: Formosa, Chapada Gaúcha, São Francisco, Pedras de Maria da Cruz, Itacarambi, Bonito de Minas e Cônego Marinho; além do estado da Bahia (BRASIL, 2014).

Quanto à organização político administrativa, tem-se como chefe do executivo o Sr. Manoel Jorge de Castro e como Secretário Municipal de Saúde o Sr. Jailton Xavier dos Santos, sendo o coordenador da Atenção Básica o Sr. Hudson Rodrigo Amaral.

Suas principais vias de acesso são pelas rodovias brasileiras federais BR-135 (que liga o município às cidades de Montes Claros e Belo Horizonte) e BR-365. Por via terrestre, dista cerca de 603 Km da capital mineira, Belo Horizonte, e 170 Km da cidade polo regional, Montes Claros. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (BRASIL, 2014).

5.2 Histórico de criação do município

Ainda de acordo com o IBGE, em 1761, após a morte de D. Henrique de Castelo Branco, Manuel de Borba Gato (genro de Fernão Dias) foge pelos sertões do São Francisco e chega a região onde foi edificado o município de Januária. O lugarejo era denominado de Brejo do Salgado, foi crescendo e declarado distrito com o nome de Brejo do Amparo em 1811. Somente em 1833, o distrito tornou-se cidade denominada Januária (BRASIL, 2014).

Todavia, o município em setembro de 1884, passou a chamar-se Januária, teve sua sede revertida a Porto do Salgado, em 27 de agosto de

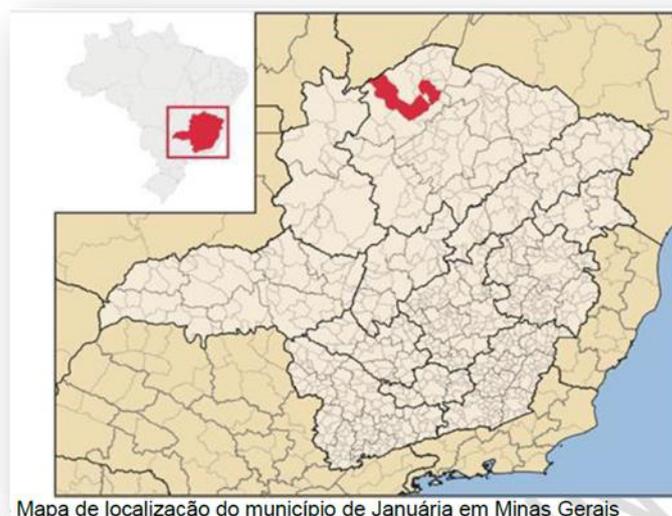
1885. Em 2003, o município passou a ser constituído por 07 distritos: Brejo do Amparo, Levinópolis, Pandeiros, Riacho da Cruz, São Joaquim, Tejuco e Várzea Bonita (BRASIL, 2014).

Existem três versões que explicam o nome do município: a primeira, que seja em homenagem ao atuante fazendeiro Januário Cardoso de Almeida, que morava na região e era proprietário da fazenda Itapiraçaba; na segunda versão o nome é atribuído em homenagem à princesa Januária, irmã do Imperador Dom Pedro II; na terceira versão, uma escrava chamada Januária teria se refugiado no Porto do Salgado (atual município de Januária), onde estabeleceu uma estalagem, que era visitada por barqueiros e tropeiros do povoado.

5.3 Descrição geral do município

Na Figura 1, têm-se a localização geográfica do município Januária no estado de Minas Gerais, onde se pode observar sua extensão territorial, bem como seus limites com outros sete municípios, já citados anteriormente, além do estado da Bahia.

Figura 1 - Localização geográfica do município de Januária/MG.



Fonte: Google Imagens.

Januária possui uma vegetação xeromorfa com formas adaptadas à seca, sendo composta por espécies do cerrado e caatinga (por exemplo, a *Opuntia cochenillifera*, a conhecida “palma” e o *Spondias tuberosa*, o *umbuzeiro*). Seu relevo apresenta uma topografia plana com leves ondulações e a altitude máxima é de 794 metros acima do nível do mar, no Morro do Itapiraçaba. Segundo o IBGE, em 2013 houve a extração de 440 toneladas de carvão vegetal, 2 toneladas de umbu, além de 583 metros cúbicos de madeira de eucalipto (BRASIL, 2014).

A região possui clima tropical com transição para o semi-árido, típico do sertão nordestino (polígono das secas) e das regiões do Médio e Baixo São Francisco. No município, encontra-se a bacia hidrográfica do Rio São Francisco (também chamado de rio da integração nacional). Existem ainda, outros rios importantes que contribuem para as atividades pesqueiras e turismo na região, como, por exemplo, o Rio Pandeiros e o Rio Carinhanha.

5.4 Aspectos socioeconômicos e culturais

Conforme dados do IBGE, em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHm) foi de 0,658 e o valor do Produto Interno Bruto *per capita*, a preços correntes, em 2011, chegou a R\$ 5.833,11. Além disso, cerca de 62% das famílias tem renda inferior a 02 salários mínimos, o que aponta para uma situação de vida precária para a maioria dos habitantes (BRASIL, 2014).

A taxa de urbanização do município chega a 63,12%. Entretanto, apenas 50,1% dos domicílios possuem abastecimento de água tratada e 4,76% possuem rede de esgoto, o que mantém a população vulnerável para as doenças de veiculação hídrica.

As principais fontes econômicas se encontram no setor primário, sendo elas a agropecuária, a extração vegetal e a pesca; seguidas pelo setor secundário (industrial) e terciário (comércio de mercadorias e serviços gerais). Em 2013, o município possuía um efetivo de 108.268 cabeças de gado (com

10.000 vacas ordenhadas e uma produção de 11.220 litros de leite); 915 cabeças de caprino; 1.181 cabeças de equinos; 90.000 cabeças de galinhas, com a produção de 105.000 dúzias de ovos (BRASIL, 2014).

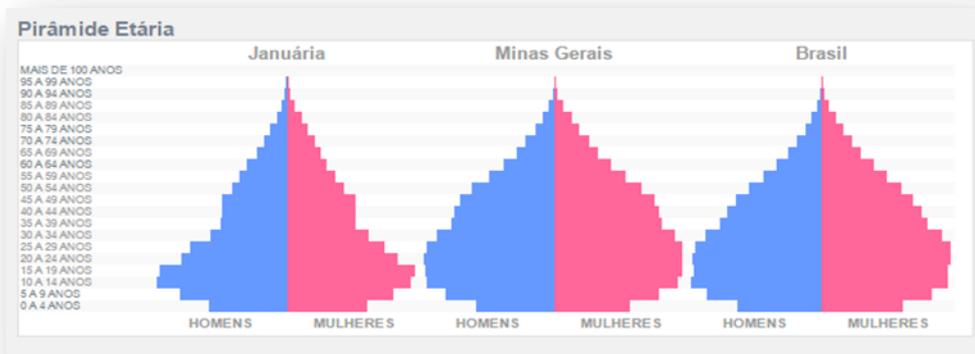
Em Januária é possível encontrar uma produção artesanal diferenciada, existindo grupos que reúnem diversos artesãos da região. A maior parte dessa produção é feita com matérias-primas regionais, com criações que representam a cultura e o modo de vida local. Esses produtos são, comumente, comercializados nas “feirinhas” distribuídas pela cidade e pelas comunidades vizinhas.

Como na maior parte do Brasil, o esporte mais popular no município de Januária é o futebol. Existem, na cidade e também na zona rural, alguns campos e quadras de futebol, além de diversos times (das escolas, da igreja, etc). A Secretaria de Esporte, juntamente com a Secretaria de Saúde, incentivam a prática de atividade física por meio da organização de atividades recreativas.

5.5 Aspectos Demográficos

Segundo o último censo, ocorrido em 2010, a população de Januária era de 65.463 habitantes, distribuída em uma extensão territorial de 6.661,666 km² (BRASIL, 2014). Assim, têm-se uma densidade demográfica de 9,83 hab/Km². Desse total de habitantes, 63,1% reside em zona urbana e 36,9% em zona rural. Na Figura 2 pode-se verificar a pirâmide etária do município em comparação com a pirâmide etária do estado de Minas Gerais e do Brasil.

Figura 2 - Pirâmide etária do município de Januária em comparação com as pirâmides etárias de Minas Gerais e do Brasil, em 2010.



Fonte: BRASIL, 2010b.

Destaca-se na tabela um grande percentual de adolescentes e jovens nas faixas etárias entre 10 e 20 anos de idade identificado pelo alargamento longitudinal da pirâmide. Por outro lado, o afunilamento da base da pirâmide aponta pra o declínio da taxa de natalidade.

5.6 Organização do sistema local de saúde

A assistência à saúde em Januária é realizada por meio de 16 Unidades Básicas de Saúde, sendo que, em cada uma delas, encontra-se implantada uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF). Possui, ainda, 01 Posto de Saúde e 01 Hospital Municipal para o atendimento terciário de assistência. O município pactua algumas políticas e programas com os governos estadual e federal, tais como: Rede Cegonha, Saúde mais perto de você; Saúde da Mulher, Saúde não tem preço; Brasil Sorridente, Programa de Prevenção e Tratamento do câncer de colo do útero e de mama. Dentre os programas, destaca-se o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que dão vida às ações estratégicas da Atenção Primária a Saúde.

A saúde do município conta, ainda, com um Centro Avançado de Tratamento e Pesquisa em Leishmaniose; com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e com ambulatórios especializados (públicos e privados). Não possui, no entanto, um Núcleo Especializado em Saúde da Família (NASF).

Em geral, são totalizados 31 estabelecimentos de saúde: 01 público federal, 01 público estadual, 22 públicos municipais e 07 privados. Além das transferências diretas do Ministério da Saúde (MS), há 30% de repasse financeiro por meio do Fundo de Participação dos Municípios (FPM).

Destaca-se também, a atuação do Conselho Municipal de Saúde, órgão colegiado que opera em caráter permanente e deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, possui formação paritária e as decisões dos conselheiros são tomadas por meio de deliberações que, posteriormente são homologadas pelo chefe do poder executivo. O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Januária é composto por 34 conselheiros e suas reuniões ocorrem, regularmente, uma vez ao mês.

5.7 Área de abrangência da ESF Pe. Afonso Muer / Recursos Materiais e Humanos

A ESF Pe. Afonso Muer localiza-se na zona urbana de Januária/MG, sendo que, sua sede, a UBS São Vicente é ampla e bem estruturada. Seu funcionamento ocorre de segunda à sexta-feira, no horário das 7:00h às 11:00h da manhã e de 13:00h às 17:00h da tarde. Nela, é sempre grande o fluxo de pacientes, já que atuam 02 equipes de ESF. A UBS é composta por 03 consultórios médicos/enfermagem, 01 consultório odontológico, 02 salas de reunião, 01 cozinha, 02 banheiros, 01 recepção, 01 sala de espera, 01 sala de vacina, 01 sala de depósito e 01 de farmácia. A unidade possui boas condições sanitárias e luz elétrica.

Fazem parte da Equipe de Saúde da Família onde atuam: 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnica de enfermagem, 01 auxiliar de enfermagem, 01 cirurgião-dentista, 01 auxiliar em saúde bucal, 05 agentes comunitários de saúde. Os funcionários cumprem um regime de trabalho de 40h semanais, distribuídos em 10 turnos, manhã e tarde.

Conforme dados do último SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), o território de abrangência da ESF possui 3.540 habitantes, sendo 737 famílias cadastradas. Suas principais fontes de renda/ocupação são a

prestação de serviços e o comércio local. Como população amostral, a equipe desenvolverá suas ações de educação em saúde voltadas a 12 adolescentes grávidas e 14 puérperas, totalizando 26.

Chama a atenção o fato de apenas a UBS São Vicente prestar serviços de saúde à população da área de abrangência. Entretanto, a comunidade também conta com toda a estrutura organizacional de telefonia fixa e móvel; abastecimento de água; energia elétrica; recolhimento de lixo e serviços de correios. Na comunidade existe uma Escola Estadual.

6 ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR PARA O CUIDADO ÀS ADOLESCENTES GRÁVIDAS ASSISTIDAS PELA ESF PADRE AFONSO MUER

Como já exposto anteriormente, para realizar o diagnóstico situacional da área de abrangência de atuação da Equipe de Saúde da Família (ESF) Pe. Afonso Muer foi necessário estabelecer uma metodologia de coleta de dados e informações sobre a comunidade, bem como sobre os serviços de saúde prestados até então. Para tal, foi fundamental a utilização da metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES) de acordo com Campos, Faria e Santos (2010), pois além da identificação de problemas, essa metodologia facilitou a elaboração de estratégias e planos de intervenção.

6.1 Identificação e priorização do problema

Após conhecer a realidade vivenciada pela população assistida, pôde-se, junto à equipe, priorizar os principais problemas de saúde enfrentados pela população. No Quadro 1, foram apresentados os problemas priorizados pela ESF, o seu nível de importância, a urgência, bem como a capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde.

Quadro 1 - Priorização dos problemas de saúde na ESF Pe. Afonso Muer, município de Januária/MG. Julho de 2014.

PROBLEMA	NÍVEL DE IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA (0 a 0)	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO DA EQUIPE
Baixo nível de escolaridade	Alta	04	Não
Evasão escolar	Alta	04	Não
Baixo nível socioeconômico	Alta	04	Não
Desemprego / trabalho informal	Alta	04	Não
Violência doméstica	Alta	04	Não
Gravidez na adolescência	Alta	04	Sim
Problemas de	Média	03	Não

infraestrutura			
Ausência de áreas de lazer e prática esportiva	Baixa	01	Não
Alta prevalência de verminoses	Média	03	Sim
Alta prevalência de doenças crônico-degenerativas	Média	03	Sim

Fonte: Diagnóstico situacional. ESF Pe. Afonso Muer, Januária/MG.

O Quadro 2 aponta os principais problemas de organização do processo de trabalho, dentro da UBS São Vicente e que dificultam a prestação dos serviços públicos pela equipe interdisciplinar na Atenção Básica do município.

Quadro 2 - Problemas enfrentados no processo de trabalho pela Equipe de Saúde da Família da ESF Pe. Afonso Muer, em Januária/MG.

PROBLEMAS NO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE
1. Falhas no planejamento interdisciplinar
As falhas no planejamento interdisciplinar, principalmente em relação à execução de políticas públicas voltadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde (atividades coletivas), acarreta a reorientação da atenção em saúde aos procedimentos clínicos de caráter curativista.
2. Não comparecimento às consultas agendadas
O não comparecimento às consultas de acompanhamento agendadas pelos profissionais causa a priorização da atenção em saúde aos procedimentos de urgência e emergência, perdendo, assim, a sua identidade preventiva.
3. Não exigência do Cartão SUS
A não exigência do Cartão SUS inviabiliza a prestação de contas referente aos procedimentos clínicos e coletivos executados pela equipe de saúde.
4. Grande fluxo de pacientes em todos os turnos
O grande fluxo de pacientes dificulta o bom andamento dos trabalhos a serem realizados, já que, em uma mesma UBS, funcionam duas equipes de saúde da família.

Fonte: Diagnóstico situacional. ESF Pe. Afonso Muer, Januária/MG.

De posse dessas informações, foi necessário estabelecer uma ordem de priorização dos problemas de saúde, orientando as ações ao problema de maior relevância. Nesse sentido, concluiu-se a necessidade de intervenção da equipe interdisciplinar às adolescentes grávidas assistidas pela ESF Pe. Afonso Muer, de forma a garantir a integralidade da atenção, a interdisciplinaridade do planejamento e o acesso aos serviços dentro da Atenção Básica.

6.2 Descrição e explicação do problema selecionado

Para efeito deste projeto de intervenção considerou-se como adolescência a faixa etária compreendida entre 10 a 19 anos de idade, pois é nesta fase que surgem as características sexuais secundárias e se desenvolvem processos psicológicos, bem como os padrões de identificação típicos do adolescente (evolução da fase infantil para a adulta), entre eles a transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia (MOURA; SILVA; GALVAO, 2007)

Segundo Goldenberg, Figueiredo e Silva (2005, p.1078) a gravidez na adolescência e complicações perinatais tem seu problema ampliado tendo em vista o [...] “contexto das complexas injunções sociais de sua ocorrência, em meio às profundas transformações nos padrões reprodutivos e demográficos em curso no Brasil”. Segundo Melo (1996 *apud* GOLDENBERG; FIGUEIREDO; SILVA, 2005, p.1078), o Brasil tem registrado uma queda abrupta da taxa de fecundidade total, desde meados dos anos 70, passando de 5,76 filhos por mulher em 1970 para 2,70 em 1990. Aliado a isso, verificou-se queda nas taxas de fecundidade específicas por idade, exceto na faixa etária de 15 a 19 anos.

Ainda de acordo com Goldenberg, Figueiredo e Silva (2005, p.1078) “[...] Nesse contexto, emerge e reverbera o reconhecimento da questão da gravidez na adolescência como crescente problema de saúde pública em nosso meio”. Por essa razão, segundo Moura, Silva e Galvão (2007) a assistência ao planejamento familiar é oferecida, atualmente, no Brasil, pelas equipes do Programa Saúde da Família e corresponde a uma das sete áreas prioritárias de

intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência do Ministério da Saúde.

6.3 Seleção dos “nós-críticos”

Em relação aos “nós-críticos”, ou seja, às principais causas relacionadas ao problema identificado, a Equipe de Saúde da Família levantou os aspectos descritos no Quadro 3, apresentado a seguir:

Quadro 3 - Seleção dos “nós-críticos” associados à abordagem interdisciplinar na gravidez precoce nas adolescentes assistidas pela ESF Pe. Afonso Muer, município de Januária/MG. Julho de 2014.

SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS (NC)	
NC 1	Dificuldade na abordagem interdisciplinar da equipe de saúde nas condições de saúde-doença que afetam as adolescentes grávidas assistidas
NC2	Deficiência na execução da integralidade do cuidado em saúde
NC3	Não execução de programas em educação em saúde, individuais e coletivos, voltados às adolescentes grávidas assistidas pelo ESF Pe. Afonso Muer

Fonte: Diagnóstico situacional. ESF Pe. Afonso Muer, Januária/MG.

6.4 Desenho das operações

O plano de ação é composto por operações, ou seja, conjunto de ações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (“nós-críticos”) do problema selecionado, o que pode ser observado no Quadro 4, a seguir:

Quadro 4 - Nós-críticos x desenho das ações, ESF Pe. Afonso Muer, Januária/MG, julho de 2014.

NÓS CRÍTICOS	DESENHO DAS AÇÕES
NC 1	<p style="text-align: center;"><u>Capacitação da Equipe de ESF</u></p> <p style="text-align: center;">“Capacitar para cuidar”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recursos Humanos: toda a equipe de saúde. • Estrutura Física: Unidade Básica de Saúde, ESF Pe. Afonso Muer. • Recursos Cognitivos: Linhas-guias; Protocolos Clínicos; Cartilhas, cartazes, banners e panfletos informativos disponibilizados pelo Ministério da Saúde; Literatura diversa (livros, artigos científicos); conhecimento interdisciplinar dos profissionais da equipe de saúde. • Periodicidade: uma capacitação a cada dois meses.
<p><i>Dificuldade na abordagem interdisciplinar da equipe de saúde.</i></p>	
NC 2	<p style="text-align: center;"><u>Capacitação da Equipe de ESF</u></p> <p style="text-align: center;">“Capacitar para cuidar”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semelhante ao descrito anteriormente.
<p><i>Dificuldade na execução da integralidade do cuidado em saúde.</i></p>	
<p>Não execução de programas em educação em saúde</p>	<p style="text-align: center;"><u>Grupo de Planejamento Familiar</u></p> <p style="text-align: center;">“Aprender Para Me Cuidar”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recursos Econômicos: serão sorteados <u>kits de beleza</u> contendo esmaltes; lixas de unhas; prendedores de cabelo, etc. A intenção é despertar o interesse das participantes. • Recursos Humanos: toda a equipe de ESF; • Estrutura Física: Unidade Básica de Saúde, ESF Pe. Afonso Muer; • Recursos Cognitivos: Linhas-guias; Protocolos Clínicos; Cartilhas, cartazes, banners e panfletos informativos disponibilizados pelo Ministério da Saúde; Literatura diversa (livros, artigos científicos); • Periodicidade: mensal. <p style="text-align: center;"><u>Abordagem individual</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Abordar individualmente cada adolescente, gestante/não-gestante/puérpera, explicando-lhes todos os pormenores relacionados à gravidez indesejada, DST, planejamento

	<p>familiar, bem como sua condição de gestação.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recursos Humanos: Médica, Enfermeira; Cirurgião-dentista; • Estrutura Física: Unidade Básica de Saúde, ESF Pe. Afonso Muer; • Recursos Cognitivos: Linhas-guias; Protocolos Clínicos; Cartilhas, cartazes, banners e panfletos informativos disponibilizados pelo Ministério da Saúde; Literatura diversa (livros, artigos científicos); • Periodicidade: a cada consulta agendada. <p><u>Confecção e entrega de cartilhas e panfletos informativos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar a confecção de cartilhas, cartazes e panfletos informativos, bem como utilizar material já disponível. O objetivo dessa abordagem é levar ao conhecimento de todos os envolvidos as principais causas determinantes do problema, bem como suas consequências na qualidade de vida.
--	---

Fonte: Diagnóstico situacional. ESF Pe. Afonso Muer, Januária/MG.

6.5 Identificação dos recursos críticos

São considerados “recursos críticos” aqueles indispensáveis à execução de uma operação e que não estão disponíveis. Para a execução do plano operativo, foi selecionado, junto a equipe, os recursos críticos identificados no Quadro 5, a seguir:

Quadro 5 - Identificação dos recursos críticos, ESF Pe. Afonso Muer, Januária/MG, julho de 2014.

IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS (RC)	
RC 01	Material para divulgação (data, hora e local) do Grupo de Planejamento Familiar
RC 02	Recurso financeiro ou doações para custeio dos brindes (kits de beleza) a serem sorteados no Grupo de Planejamento Familiar
RC 03	Material para capacitação da equipe de saúde.

Fonte: Diagnóstico situacional. ESF Pe. Afonso Muer, Januária/MG.

6.6 Análise da viabilidade do plano operativo

Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais: quais são os atores que controlam os recursos críticos das operações que compõem o plano; quais recursos cada um desses atores controlam; qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos no plano. Isso pode ser melhor visualizadas no Quadro 6, a seguir:

Quadro 6 - Atores que controlam os recursos críticos das operações, ESF Pe. Afonso Muer, Januária/MG, julho de 2014.

ATORES QUE CONTROLAM RECURSOS CRÍTICOS	
RC 01	<ul style="list-style-type: none"> Profissionais técnicos e auxiliares (técnico em enfermagem; auxiliar em enfermagem e auxiliar de dentista); agentes comunitários de saúde
RC 02	<ul style="list-style-type: none"> Toda a equipe de ESF (médico, dentista, enfermeiro, técnicos/auxiliares e agentes comunitários de saúde)
RC 03	<ul style="list-style-type: none"> Médico, enfermeiro e dentista

Fonte: Diagnóstico situacional. ESF Pe. Afonso Muer, Januária/MG.

6.7 Plano operativo

A partir da análise dos dados do diagnóstico situacional, estabeleceu-se um projeto de intervenção em saúde voltado a essa população de risco, em consonância com os preceitos exigidos na Atenção Básica. Essas ações podem ser melhor visualizadas no Quadro 7, a seguir:

Quadro 7 – Projeto de Intervenção para abordagem interdisciplinar da equipe de saúde voltada às adolescentes grávidas assistidas pela ESF Pe. Afonso Muer. Januária/MG.

AÇÃO PLANEJADA	METODOLOGIA
Capacitação da equipe	Realizar 02 reuniões (uma em cada mês) com a equipe interdisciplinar para discutir a abordagem, em cada área, e planejar as ações de educação em saúde a serem executadas.
Grupo de Planejamento familiar	Realizar, mensalmente pela equipe interdisciplinar, 01 grupo de planejamento familiar destinado às adolescentes e puérperas assistidas pela unidade.
Abordagem individual	Realizar abordagens individuais, explicando os pormenores associados à condição de saúde.
Confecção e entrega de cartilhas e panfletos informativos	Realizar a confecção de cartilhas e panfletos informativos direcionados ao problema trabalhado.

Fonte: Diagnóstico situacional. ESF Pe. Afonso Muer, Januária/MG.

6.8 Monitoramento das ações

Tal qual se deseja o cumprimento das ações planejadas, almeja-se que essas sejam desenvolvidas de maneira a desempenhar sua finalidade. Sabendo disso, a equipe multidisciplinar de saúde deve ser capaz de monitorá-las, evidenciando, a cada encontro, os pontos positivos e negativos de suas realizações.

Quadro 8 – Monitoramento das ações de educação em saúde desenvolvidas pela equipe multidisciplinar da ESF Pe. Afonso Muer, no município de Januária/MG.

AÇÃO PLANEJADA	MONITORAMENTO DAS AÇÕES
Capacitação da equipe.	<ul style="list-style-type: none"> • Ata de realização, posteriormente assinada por todos os participantes. • Avaliação de impacto feita ao término das capacitações, solicitando a participação da equipe no relato de suas experiências e no compartilhamento dos saberes.
Grupo de Planejamento familiar.	<ul style="list-style-type: none"> • Lançar as atividades coletivas de educação em saúde nas fichas correspondentes no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica).
Abordagem individual.	<ul style="list-style-type: none"> • Lançar as atividades individuais de educação em saúde nas fichas correspondentes no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica).
Confecção e entrega de cartilhas e panfletos informativos.	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação de impacto feita ao término dos grupos coletivos de planejamento familiar, bem como durante as abordagens individuais.

Fonte: Diagnóstico situacional. ESF Pe. Afonso Muer, Januária/MG.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De posse das experiências vivenciadas no diagnóstico situacional e na elaboração do plano de intervenção, tem-se que a metodologia de coleta de dados em saúde assume uma relevância fundamental quando na efetivação das ações de saúde. Isso porque cada uma dessas atividades corrobora para a manutenção dos hábitos de vida saudáveis inerentes a qualquer faixa etária.

No caso das adolescentes grávidas assistidas, tem-se que o plano de intervenção proposto assumiu, de forma efetiva, o que propusera a equipe interdisciplinar de saúde.

Assim, dado a importância desse trabalho dentro dos preceitos da Atenção Básica em saúde, conclui-se que, no manejo com adolescentes grávidas, essa responsabilidade compartilhada assume relevância especial. Ademais, é extremamente necessário que a mobilização da equipe de saúde em prol da elaboração de um plano de intervenção seja condizente com a realidade vivida por essa população de risco. Para tal, torna-se imprescindível seguir todas as etapas essenciais ao seu desenvolvimento, sendo relevante ressaltar o diagnóstico situacional.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. R. de S. *et al.* Oficinas de promoção de saúde com adolescentes: relato de experiência. **Rev. Rene**. Fortaleza, 12, n. esp., p.1052-8, 2011.

BERLOFI, L. M. *et al.* Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um programa de planejamento familiar. **Acta Paul Enferm**, v.19, n.2, p.196-200, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf. Acessado em 21/12/2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. Januária (BRASIL, 2010b): IBGE 2010. Disponível em : <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=313520&search=%7Cjanuaria>. Acessado em 21/12/2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. Brasília: IBGE, 2014. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=45. Acessado dia 21/12/2104.

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

DANIELI, G. L. **Adolescentes grávidas: percepções e educação em saúde**. 2010. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, RS, 2010.

GAMA S. G. N, SZWARCOWALD C.L, LEAL M .C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cad Saúde Pública** v.18, p.153-61, 2002.

GOLDENBERG, P.; FIGUEIREDO, M. do C. T.; SILVA, R. de S. e. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], v.21, n.4, p. 1077-1086, 2005.

MOREIRA, T. M. M.; VIANA, D. de S.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2008, v.42, n.2, p. 312-320.

MOURA E. R. F; SILVA R. M; GALVÃO, M. T G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no programa Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 23, n.4, p. 961-970, 2007.

RIBEIRO, E. R; BARBIERI, M. A; BETTIOL, H., SILVA, A. A. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.34, p.136-42, 2000.

SABROZA, A. R.; LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; COSTA, J. V. Perfil sociodemográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. **Cad Saúde Pública**, v.20, suppl 1, p.112-20, 2004. .

SIMÕES, V. M; SILVA, A. A; BETTIOL, H; LAMY-FILHO, F; TONIAL, S.R, MOCHEL, E.G. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. **Rev Saúde Pública**, v. 37, p.559-65, 2003.