

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

**GRUPO OPERATIVO DO PRÉ-NATAL VOLTADO PARA AS
GESTANTES ADOLESCENTES ACOMPANHADAS PELA UNIDADE
DE SAÚDE BÁSICA PARQUE SÃO JOÃO III**

CONTAGEM / BELO HORIZONTE

2018

BRUNA MELGAÇO CHAVES RODRIGUES

**GRUPO OPERATIVO DO PRÉ-NATAL VOLTADO PARA AS
GESTANTES ADOLESCENTES ACOMPANHADAS NA UNIDADE DE
SAÚDE PARQUE SÃO JOÃO III**

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

Orientadora: Professora. Dr^a Regina Maura Rezende

CONTAGEM / BELO HORIZONTE

2018

BRUNA MELGAÇO CHAVES RODRIGUES

**GRUPO OPERATIVO DO PRÉ-NATAL VOLTADO PARA AS
GESTANTES ADOLESCENTES ACOMPANHADAS NA UBS PARQUE
SÃO JOÃO III**

Banca examinadora

Examinador 1: Professora Dra. Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM.

Examinador 2: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira- Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 4 de abril de 2018.

RESUMO

A demanda de pré-natal é frequente na Unidade Básica de Saúde Parque São João III, destacando que a maioria das gestantes é primigesta, ou seja, adolescente, e com baixa escolaridade. Diante desse contexto, o objetivo do projeto de intervenção foi orientar as adolescentes grávidas, acompanhadas pela UBS Parque São João III, em Contagem, Minas Gerais, sobre aspectos inerentes à gestação e cuidados com o recém-nascido. O planejamento estratégico situacional foi utilizado para fundamentar o projeto de intervenção, onde se destaca um problema prioritário bem como os nós críticos. Foram utilizados materiais publicados pelo Ministério da saúde juntamente com jornais e artigos científicos. A construção do projeto durou 10 meses e neste, realizamos um planejamento com atividades e intervenções direcionado às pacientes. Almejamos que as ações educativas capacitem a equipe da unidade para orientar as grávidas adolescentes, reduzindo os receios e conceitos inadequados, alertando sobre os sinais de alarme, bem como aspectos fisiológicos no decorrer da gestação, além dos cuidados com o recém-nascido e incentivo de interação com os familiares. Espera-se que o trabalho melhore a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, seja na gestação, ou até mesmo com os recém-nascidos, de tal forma que estes se desenvolvam de modo adequado, e quando acometidos por algum problema, que recorram ao atendimento dos profissionais de saúde da atenção primária.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Educação em Saúde. Gravidez na adolescência.

ABSTRACT

The demand for prenatal care and attendance at the Basic Health Unit Parque São João III, highlighting the majority of teenagers in their first pregnancy, that is, adolescents and with low schooling. In view of this context, the objective of the intervention project was to guide pregnant adolescents, accompanied by BHU Parque São João III, in Contagem, Minas Gerais, on aspects inherent to gestation and care of the newborn. The construction of the project lasted 10 months and in this, we performed a planning with activities and interventions directed to the patients. We hope that the educational actions will enable the unit work team to guide pregnant teenagers, reducing fears and inadequate concepts, alerting the alarm signals, as well as physiological aspects in the course of gestation, also the care with the newborn and incentive of interaction with the relatives. It is expected that work will improve health promotion and prevention of diseases and grievances, either in gestation, or even with newborns, in such a way that they develop properly and when affected by any problem, that make use of the care of primary health care professionals.

Key words: Family Health Strategy; education in Health; Teenage pregnancy.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que é o alicerce da minha vida e tem me dado saúde e força para superar todas as dificuldades que surgiram ao longo da caminhada, posteriormente também deve agradecer:

- À Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pela oportunidade de realizar este curso.
- À minha orientadora Professora Dra. Regina Maura Rezende, pelo suporte, dedicação e paciente trabalho de revisão desde texto.
- Aos meus pais e irmã, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.
- Aos meus queridos amigos pela contribuição valiosa.
- A todos os funcionários da UBS Parque São João, que direta ou indiretamente contribuíram para a construção deste trabalho.
- Aos meus estimados pacientes que me possibilitaram refletir a necessidade da criação deste projeto de intervenção.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ACOSPROM – Associação Comunitária e Social Pró-melhoramento

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APS - Atenção Primária à Saúde

BH – Belo Horizonte

CIAS - Consórcio Intermunicipal Aliança para Saúde

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF - Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

RN – Recém-nascido

SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	8
1.1- BREVES INFORMAÇÕES SOBRE O MUNICÍPIO DE CONTAGEM	8
1.2- O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	9
1.2.1- Financiamento da saúde	10
1.2.2- Rede de serviços	10
1.3- A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SEU TERRITÓRIO E SUA POPULAÇÃO	11
1.4- ESTIMATIVA RÁPIDA: PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO E DA COMUNIDADE (PRIMEIRO PASSO).....	12
2- JUSTIFICATIVA	13
3- OBJETIVO.....	15
3.1- Objetivo geral:	15
3.2- Objetivos específicos:.....	15
4- METODOLOGIA	15
5- REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
5.1- ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E NASF	16
5.2- GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	19
5.3- SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA.....	22
6- PLANO DE INTERVENÇÃO	24
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS.....	311
Folha de São Paulo. Uma em cada cinco crianças nascidas no país é filha de adolescente , 2017. Disponível em: http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/02/1862231-uma-em-cada-cinco-criancas-nascidas-no-pais-e-filha-de-adolescente.shtml	333

1 INTRODUÇÃO

1.1- BREVES INFORMAÇÕES SOBRE O MUNICÍPIO DE CONTAGEM

Contagem é uma cidade com 653.800 habitantes (BRASIL, 2016), localizada na região metropolitana de Belo Horizonte (BH). É o município com a terceira maior população do estado. Contagem integra a Grande BH, sendo um dos mais importantes municípios dessa aglomeração urbana, principalmente pelo seu grande parque industrial. Seu sistema viário, planejado para comportar um fluxo intenso de veículos e de carga. A economia de Contagem é baseada (levando-se em conta os dados de 2012) principalmente no comércio (30,65%) e na indústria (25,71%) (CONTAGEM *et al.*, 2017).

Contagem se destaca como um polo comercial na Região Metropolitana de Belo Horizonte, consoante à sua massiva e crescente população. Além dos seus dois grandes shoppings centers, a cidade conta com uma intensa atividade comercial nos bairros Eldorado, Industrial, Riacho das Pedras e Amazonas. Há grande variedade de segmentos comerciais, com destaque para os eletrodomésticos, calçados, vestuário e alimentação. O Mercado Municipal de Contagem é uma atração à parte, pois funciona como um espelho da cultura mineira e, de modo particular, dos costumes da cidade (PEREIRA *et al.*, 2007).

A Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE, 2015) publicou dados da taxa de urbanização de Contagem, que em 2009, chegou a 99,10%. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2016) o último Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM, 2015) apurado foi de 0,75, e a renda per capita era de 1.667,63 no mesmo ano. Em relação à urbanização, 90% da população de Contagem possui coleta de lixo; 92% água encanada, 90% energia elétrica e 91% casas de alvenaria (DATASUS, 2015).

Economicamente, 11,4% da população encontra-se na linha da pobreza e aproximadamente 3% estão abaixo dela (CONTAGEM, 2017). O salário médio mensal das famílias é de 2,6 salários mínimos, sendo que 232.341 pessoas, à época, estão ocupadas, e 206.940 eram assalariadas (BRASIL, 2016).

1.2- O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

A Rede Pública de Saúde de Contagem (SUS) está sedimentada na premissa da Constituição Federal de 1988, que expressa à saúde como um direito de todos os brasileiros, cabendo ao estado cuidar da assistência pública, da edição de normas de proteção à saúde e da prestação de assistência médica e hospitalar mediante políticas sociais e econômicas.

O município encontra-se dividido em sete distritos sanitários: Industrial, Eldorado, Petrolândia, Sede, Vargem das Flores, Ressaca e Nacional. A construção do SUS por Distritos Sanitários é uma estratégia que busca a melhor adequação e organização administrativa da rede de serviços de saúde, por meio de unidades de território ou de população menores e mais apropriadas para o processo de planejamento e gestão. Essa divisão foi realizada em consonância com os setores censitários do IBGE e possibilitou a definição das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde. Trata-se, portanto, de um processo social, tal qual é o SUS, visto ser uma expressão concreta de uma política pública de dimensão social (BRASIL, 2016).

Nas 170 unidades de saúde, 66.878 famílias são acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família, conforme o Sistema de Informação da Atenção Básica (DATASUS, 2015). De acordo com a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atingiram uma cobertura populacional de 39,76%; e as Equipes de Saúde da Família 50,29%. O controle social da saúde também é realizado por meio dos Conselhos Locais de saúde e Conselho municipal e o município conta com serviço de Ouvidoria (CONTAGEM, 2017).

1.2.1- Financiamento da saúde

Conforme dados do IBGE (BRASIL, 2016):

- Transferências: **145.993.463,72**
- Recursos próprios: **258.654.790,92**
- Gasto per capita/ano: **511,00**

1.2.2- Rede de serviços

- **Atenção Primária:** 92 unidades básicas de saúde (UBS), sendo 19 unidades básicas de saúde integrada (Porte 2 E 3 Esf), 17 unidades básicas de saúde tradicional, 49 equipes de saúde da família isoladas, sete unidades de referência de saúde da família.
- **Atenção Especializada:** cinco centros de consultas especializadas (Ressaca, Iria Diniz, Geraldo Cotuta, Saúde do Homem e Especialidades Odontológicas).
- **Atenção de Urgência e Emergência:** cinco unidades de pronto atendimento (Ressaca, Petrolândia, Nova Contagem, JK e Unidade XVI), uma casa da gestante, cinco bases serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) Contagem, uma base SAMU Ibirité, uma base SAMU Sarzedo.
- **Atenção Hospitalar:** um hospital municipal e um centro materno infantil.
- **Apoio Diagnóstico:** um laboratório municipal.
- **Assistência Farmacêutica:** 17 farmácias distritais, uma farmácia hospitalar, quatro farmácias CAPS e cinco farmácias das unidades de pronto atendimento.

- **Vigilância da Saúde:** um centro de controle de zoonose, um centro de testagem e aconselhamento DST/AIDS, um centro de referência de saúde do trabalhador e um centro de imunizações.
- **Relação dos Pontos de Atenção:** relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na atenção primária à saúde (APS).
- **Relação com outros municípios:** principalmente com o município de Belo Horizonte, também com Betim, Ibirité, Sarzedo.
- **Consórcio de Saúde:** CIAS - consórcio intermunicipal aliança para saúde.

1.3 A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SEU TERRITÓRIO E SUA POPULAÇÃO

Parque São João III é uma comunidade de cerca de 3600 habitantes, localizada em um dos bairros mais tradicionais da periferia Contagem com 66 anos de fundação. Em seu interior possui duas vilas: a Troca-Tapa e a Buraco da Coruja, caracterizados por habitantes, predominantemente, pobres.

Possui Grande movimento Religioso, sendo o Catolicismo representado pela Paroquia Bom Jesus do Amparo da Forania Nossa Senhora da Glória, e até 2010 o bairro possuía mais de 21 igrejas evangélicas, como as denominações predominantes, Quadrangular, Batista, Assembleia de Deus, Presbiteriana e Universal do Reino de Deus.

Como opção de Esportes, o bairro conta com as quadras das duas escolas e do Instituto Educação com Arte que são, frequentemente, disponíveis à comunidade, através do projeto escola aberta. Por estar próximo ao polo industrial de Contagem, o bairro possui várias indústrias, sendo algumas de grande porte como a Tora Logística e a Usifast. O comércio no bairro é de intensa atividade, havendo dois supermercados, cinco padarias, duas academias, duas farmácias, um sacolão de grande porte, uma autoescola, dois depósitos de materiais de construção e inúmeros estabelecimentos de lojas de roupas, salões de beleza, bares, lanchonetes, pizzarias, sacolões, mercearias e armarinhos.

A associação do Bairro é antiga e proativa, denominada ACOSPROM, e possui inúmeros projetos sociais, educativos, culturais, esportivos e assistências. O

bairro possui duas linhas de ônibus, com o ponto de saída localizado numa das suas ruas principais, como a 103R.

A unidade de Saúde Parque São João III, em que a equipe 85 desenvolve suas atividades, foi inaugurada há 11 anos e encontra-se localizada na rua principal do bairro, ao lado do Centro de Referência de Assistência Social - CRAS. A unidade se encontra bem estruturada com uma área ampla destinada à recepção, havendo sala de espera com televisão separada para cada equipe. Apresenta uma ampla sala de reuniões, onde também são realizadas as atividades dos grupos operativos com a comunidade. As ACS têm sua própria sala para executar suas atividades, e ainda há uma sala para os curativos e outra para vacinação. O maior problema estrutura é a falta de conexão para os balões de oxigênio. Não há uma rede de conexão para internet, o que dificulta o trabalho das equipes.

A equipe 85 é constituída por seis ACS, uma auxiliar de enfermagem, uma enfermeira, uma médica, um cirurgião-dentista, uma auxiliar de saúde bucal, um porteiro, um assistente administrativo e um gerente. O maior tempo da Equipe 85 está ocupado com atividades de atendimento da demanda espontânea e com o atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, além do acompanhamento de crianças abaixo de dois anos. A equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde, como por exemplo, grupos de hipertensos e diabéticos, que com o tempo, se mostraram pouco eficientes. No início essas iniciativas conseguiram despertar algum interesse da comunidade, mas logo as pessoas “sumiam” das reuniões e o trabalho “morria”.

1.4- ESTIMATIVA RÁPIDA: PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO E DA COMUNIDADE (PRIMEIRO PASSO)

No diagnóstico situacional foram identificados os seguintes problemas:

- Falta de saneamento básico em alguns bairros da cidade; relativa baixa cobertura das ESF e ACS;
- Demora no atendimento de consulta com especialista;

- Especialidades não são cobertas pelo SUS;
- Falta de medicações nas Farmácias;
- Demora na marcação de exames complementares;
- Erros constantes do Laboratório de Análise Clínicas;
- Falta de O2 para realização de micronebulizações;
- Falta de grupo operativo pré-natal;
- Falta de grupo operativo para hipertensos e diabéticos;
- Falta de grupo operativo para doença mental;
- Falta de reunião de equipe;
- Ausência de disciplina dos pacientes, principalmente os portadores de doenças crônicas (Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica) falta de assistência psiquiátrica e psicológica integral para alguns pacientes da saúde mental;
- Ausência de saneamento básico para todas as famílias;
- Falta de coleta de lixo para todas as famílias;
- Presença de reservatórios de água a céu aberto em algumas casas;
- Falta do apoio familiar em participar da educação dos filhos;
- Desestruturação familiar que leva muitos alunos a não serem assíduos nas aulas.

2- JUSTIFICATIVA

De acordo com o IBGE (2010), a quantidade de adolescentes que compõem o Brasil, sudestinos, com idade variante entre 10 – 19 anos, é de 13.667.649. Quanto aos casos de gravidezes precoces brasileiros, têm-se o conhecimento que de 100% das crianças nascidas em 2015, 18% eram advindas de mães jovens e dessa porcentagem, a Região Sudeste apresentava 179,2 mil nascimentos incididos em imaturas, ficando abaixo apenas da região nordeste do país que exibia 180

mil nascimentos. Sabe-se, também, que desse total de gravidezes, 66% são admitidas como indesejadas (SINASC, 2015).

Em um estudo realizado por Guanabens e colaboradores (2012), localizou 149 gestantes registradas no SisPreNatal/Datasus e entre elas, 33 eram adolescentes que variavam entre 13 e 19 anos. Para UNICEF (2011), as gravidezes precoces, no geral, não são planejadas e normalmente resultam em uniões conjugais indesejadas, normalmente com homens mais velhos e que a partir do momento que a jovem engravida, ela tem sua condição de vida alterada e isso possivelmente contribui para a evasão escolar, desigualdade social e algumas vezes exclusão.

De acordo com a Folha de São Paulo (2016), as adolescentes que engravidam entre 10 e 17 anos, não continuam os estudos (78%) e nem trabalham (58%), o jornal também conta que existe um fator estimulante para a gravidez precoce, o desuso de métodos contraceptivos vinculado com o medo de informar a família sobre ter iniciado a vida sexual.

De acordo com o neonatologista Sérgio Marba, da UniCamp, esses bebês também tem maior risco de prematuridade, baixo peso, mortalidade e complicações como má formação. É uma mãe que não faz pré-natal direito, tem condições socioeconômicas mais complicada e muitas vezes esconde a gravidez (Folha de São Paulo, 2016).

Sabendo dos riscos de uma gravidez precoce, muitos profissionais se preocupam em analisar e posteriormente elaborar estratégias que minimizem a atual situação nacional de natalidade advinda de jovens entre 10 e 19 anos, até por que, mesmo após a primeira experiência de uma gravidez não planejada, se a jovem não for direcionada a uma educação sexual, o caso ocorrerá novamente.

Na inquietude quanto a esse contexto, justifica-se o atual projeto pelo fato da notoriedade e importância em verificar como se encontram as consultas de pré-natal, pelas pacientes grávidas, as quais ainda são adolescentes, já que a região sudeste apresenta-se como a segunda região brasileira que exhibe quantidade significativa de gravidezes precoces, durante o levantamento de dados. Também se tornam imprescindíveis orientações basilares e fundamentais no que diz respeito à gestação e aos cuidados para com o recém-nascido, o que é compreensível em frente às dúvidas, ou até mesmo dos receios das adolescentes, referentes ao futuro

tendo em mente o nível de escolaridade, o modo em que sustentará a criança, o trabalho de parto, a falta de apoio da família ou do pai da criança.

3- OBJETIVOS

3.1- Objetivo geral:

Elaborar um plano de intervenção com vistas à implementação de ações de orientação a adolescentes grávidas, acompanhadas pela ESF Parque São João III, em Contagem, Minas Gerais.

3.2- Objetivos específicos:

1. Orientar sobre os cuidados iniciais para com o recém-nascido, por meio de ações educativas como palestras e rodas de conversas;
2. Instigar a leitura da caderneta da gestante, assim como a caderneta da criança;
3. Implementar ações de educação em saúde, bem como prevenção de doenças (gestante e recém-nascido).

4- METODOLOGIA

O projeto foi construído em 10 meses, iniciado a partir do mês de maio de 2017 e finalizado em fevereiro de 2018, o trabalho visa beneficiar as pacientes adolescentes grávidas que fazem o acompanhamento do pré-natal na unidade Parque São João III, em Contagem, Minas Gerais, e fortalecer, por consequente, a relação entre as usuárias e a equipe de saúde da família. Para fundamentar o projeto de intervenção, utilizará o planejamento estratégico situacional, em que se destaca um problema prioritário, bem como os nós críticos.

Na elaboração e planejamento das intervenções junto as pacientes foram utilizados materiais publicados pelo Ministério da Saúde, bem como jornais e artigos

científicos encontrados nas bases de dados como *Pubmed*, *Scielo*, Biblioteca Virtual em Saúde e Biblioteca Virtual do NESCON/UFMG. Como descritores empregados em tais bancos de dados destacam-se: “estratégia saúde da família”, “cuidado pré-natal”, “gravidez”, “adolescente”, “recém-nascido”.

Como critérios definidos para a inclusão utilizou-se artigos em inglês e português abordando assuntos inerentes às informações que as gestantes necessitam, e, visando elucidar lacunas que são encontradas, entre as adolescentes que são tão carentes de informações sobre a gestação. Os artigos foram escolhidos a partir da leitura do resumo, título formato *full text*, e com fulcro nos aspectos metodológicos, relevância e aplicabilidade.

As ações terão foco à educação em saúde, por meio de reuniões quinzenais, com recursos audiovisuais, tendo como principais temas para orientação das adolescentes grávidas: modificações fisiológicas da gravidez; alimentação adequada; sinais do trabalho de parto; apresentação da carteira das gestantes e da saúde da criança; técnica adequada no aleitamento materno; cuidados iniciais com o recém-nascido (RN); sinais de alarme que demonstram que o RN não está bem, diferenciando icterícia fisiológica da patológica e dentre outros.

Além das palestras, serão realizadas dinâmicas práticas para maior adesão ao grupo operativo, além de um espaço para que as adolescentes grávidas exponham suas dúvidas. Caso determinadas adolescentes tenham vergonha de se manifestarem, como alternativa, será disposta uma caixa, em que elas poderão depositar por escrito, sem identificação de seus questionamentos. As reuniões serão previamente marcadas e realizadas no ambiente da recepção da unidade.

5- REFERENCIAL TEÓRICO

5.1- ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E NASF

A Estratégia Saúde da Família é a forma de fortalecer a Atenção Básica de Saúde, do Sistema Único de Saúde, havendo assim, decisões políticas e institucionais para que haja um atendimento eficiente. Os paradigmas implantados

pela Estratégia Saúde da Família reorganizam os serviços e ações, de tal forma que haja melhor utilização dos níveis de complexidades altas na assistência, havendo resultados favoráveis nos indicadores de saúde, sobretudo, no que se refere à população usuária (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009).

O surgimento do Programa de Saúde da Família (PSF) ocorreu no Brasil em 1994, movido com o objetivo de reformular a assistencial em saúde, que estava direcionado apenas para doença e Profissional de medicina, não para população local e nem para equipe de profissionais da saúde. Então no ano de 2006 o PSF deixou de ser um programa e para então ser considerada uma estratégia na atenção básica em saúde, a justificativa para a mudança do nome é que programa atende um cronograma, logo possui um final, já a estratégia apresenta continuidade, então permanente (BRASIL, 2006).

A Estratégia Saúde da Família é uma reorientação assistencial do Sistema Único da Saúde (SUS), a mesma foi proposta pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 1997). Tal estratégia visa reestruturar os serviços prestados pela atenção básica e redirecionar as práticas e os profissionais atuantes no objetivo de realizar a promoção da saúde e qualidade de vida da população (BRASIL, 1998).

Os objetivos propriamente ditos da ESF são (BRASIL, 1997, p.10):

Objetivo geral: Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

Objetivos específicos: I. Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita; II. Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; III. Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; IV. Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população. V. Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais; VI. Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; VII. Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida. Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

Na atenção primária, há as equipes multiprofissionais que desenvolvem ações focando na saúde de modo integral, e que atenda a comunidade de uma determinada área geográfica. O trabalho dessa equipe estabelece uma visão do

paciente, conforme o contexto, como por exemplo, as condições demográficas, socioeconômicas, políticas, epidemiológicas e culturais, para que as ações de saúde sejam mais eficazes. Uma vez estabelecido o diagnóstico situacional e analisando as atuações dos diversos membros da equipe, há a tendência de criar significativa aproximação com o paciente, resultando em atividades sistematizadas e contínuas. A intervenção na estratégia saúde da família vai além do paradigma curativista, pois não basta apenas a eliminação das enfermidades, e sim que haja a promoção da saúde e uma melhor qualidade de vida dos usuários (FERNANDES; BACKES, 2010).

Os componentes básicos para o estabelecimento de uma equipe da Estratégia Saúde da Família – ESF são (no mínimo): (1) médico clínico geral, especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade; (2) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (3) auxiliares ou técnicos em enfermagem; (5) agentes comunitários de saúde; (6) Cirurgião dentista generalista ou especialista em Saúde da Família; e (7) auxiliares e/ou técnicos em Saúde Bucal (BRASIL, 2012).

As equipes da ESF são responsáveis por três a quatro mil pessoas, aconselha-se que cada equipe considere o *status* das famílias presentes no território, e dependendo do *status*, a quantidade de pessoas direcionadas a cada grupo de profissionais será menor, no caso, um território com um alto grau de vulnerabilidade deverá ter mais equipes locais. Para Miotto (2000, p.222):

O objetivo principal é identificar as fontes de dificuldades familiares, as possibilidades de mudanças de todos os recursos (tanto familiares, como os meios sociais) que contribuam para que as famílias consigam articular respostas compatíveis com uma melhor qualidade de vida. Tais mudanças pressupõem transformações nas pautas das relações internas e na relação das famílias com a necessidade.

Os grupos de profissionais da ESF são distribuídos da seguinte forma: (1) **em consultórios de rua**, em unidade móvel e também nas instalações das Unidades Básicas de Saúde; (2) **em áreas fluviais**, os quais se direcionam ao atendimento de comunidades ribeirinhas, tais equipes devem contar também com um microscopista, nas áreas endêmicas (BRASIL, 2012).

Logicamente a estratégia passa por vários desafios, primeiramente devido à alta taxa de natalidade e populacional, posteriormente, pois “substituiu” um modelo

já penetrado na saúde brasileira e isso requer um aperfeiçoamento constante, tanto dos profissionais quanto das praticas dos mesmos e das estruturas físicas de apoio ao atendimento da população (BASTOS, 1998).

A diversidade de problemas relacionados à saúde de uma população, assim como o numero de indivíduos presentes nela necessita de um aperfeiçoamento da capacidade de análises e intervenções sobre as dificuldades presentes, essas podem estar relacionadas à violência pobreza, consumo de drogas (licitas ou ilícitas), entre outras. Diante disso, houve a necessidade de um grupo plurifacetado com a presença de diversos profissionais, não apenas os da saúde básica, que complementassem a ESF e que dessa forma garanta a integridade da atenção a saúde, o grupo é denominado de Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (BRASIL, 2011).

O NASF está disposto de dois modos: NASF I e NASF II, e a organização de cada um é definido pelos gestores municipais, de acordo com a epidemiologia e necessidades locais e assim como a composição das equipes de saúde.

A composição do NASF I e II ocorre da seguinte forma (BRASIL, 2011):

Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica); Médico do Trabalho; Médico Veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte-educador); e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

Esta ação em conjunto possibilita alterações sobre o cotidiano clínico, permitindo a repartição de casos internos, o que gera a diagnose conjunta e os planos terapêuticos, atribuindo intervenções na região onde se estão ocorrendo os NASF's (BRASIL, 2011).

5.2- GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Para Gubert; Madureira (2008), adolescência é uma fase intermediária que ocorre durante o desenvolvimento humano, a qual se caracteriza pelas alterações

físicas, mentais, emocionais e comportamentais, é a etapa que prepara o indivíduo para a reprodução, normalmente, se estendendo dos 10 aos 19 anos. De acordo com Ximenes Neto e colaboradores (2007) a adolescência é um período da vida que é marcada por muitos comportamentos transgressores, sendo o excesso no uso de drogas, irresponsabilidade nos atos sexuais (sexo desprotegido), crises de personalidade, conflitos em relacionamentos afetivos ou dificuldades na interação pais-filho (a).

Segundo Bronfenbrenner (1996), o ambiente do desenvolvimento da adolescência é uma composição entre crenças, valores, padrões de ideologia, governo, cultura e subcultura a qual o púbere é exposto no cotidiano, dessa maneira, a percepção absorvida nesse ambiente influenciará positivamente ou negativamente o padrão social e sexual desse jovem.

A quantidade populacional mundial de adolescentes, atualmente, abrange mais de um bilhão de indivíduos, e estudos afirmam que 60 entre mil meninas na etapa da adolescência engravidem, estimando assim, que ocorram em média 17 milhões de nascimentos por ano (IBGE, 2010).

A gravidez na adolescência não é algo novo, e ainda é possível verificar a ocorrência nos diversos estratos sociais, porém, é mais prevalente entre as classes desfavorecidas. É uma situação que em determinados casos pode ser angustiante ou acarretando incertezas, podendo encontrar-se associada ao abandono escolar, baixo nível de instrução tanto da gestante, quanto do companheiro e família, ausência de planos, frustrações e repetição de modelo familiar, isto é, já que não é comum que na época do nascimento da gestante, sua mãe ainda era uma adolescente (RODRIGUES, 2010).

A questão de reprodução precoce em adolescentes apresenta um estado de extrema preocupação para os familiares, tutores escolares e governo, já que sua incidência implica tanto no aspecto social quanto na saúde da adolescente e da futura criança (GUBERT; MADUREIRA, 2008). Sabe-se que a ocorrência de jovens brasileiras grávidas é considerada abrangente, apresentando 21,6% de gestantes em 2006 (BRASIL, 2008). A instigação de métodos de prevenção e orientação sobre o ato sexual seguro é visto como um grande aliado na diminuição dos casos de gravidez em adolescentes na rede pública brasileira (BRASIL, 2010).

A gravidez na adolescência tem maior ocorrência em jovens pertencentes às periferias e percebe-se que existe uma forte relação entre gravidez e abandono escolar, já que 57,8% das meninas brasileiras com filhos não trabalham ou estudam (MICHELAZZO *et al.*, 2004). Há também a informação de que jovens brasileiras iniciam sua vida sexual precocemente e mantêm vários parceiros sexuais (CERQUEIRA-SANTOS *et al.*, 2010).

A ocorrência de gestações em adolescentes, além de ser considerado um problema social, ainda é um causador de complicações na saúde física das jovens mães, como: complicações durante o parto e uterinas, pré-eclâmpsia, desproporção encéfalo pélvica, desnutrição, sobrepeso, infecções durante a gravidez e após, hipertensão, anemia, hemorragias pós-parto e até possíveis óbitos. As crianças que nascem também apresentam: prematuridade, baixo peso, epilepsia, deficiência mental e/ou física ou até mesmo a falência (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Uma gravidez indesejada é consequência da desinformação sobre métodos contraceptivos e do quanto se torna arriscado iniciar a vida sexual sem a devida atenção dos pais, assim como a recepção de conhecimentos sobre sexualidade e desenvolvimento humano. Dessa maneira, é possível afirmar que quanto maior a constância de conversas informativas entre pais e filho, bem como o grau de escolaridade dos adolescentes que começaram a praticar o ato sexual, maior a probabilidade dos mesmos utilizarem métodos de barreira ou hormonais (CABRAL, 2003).

No estado de Minas Gerais, em 2013, a atual taxa de natalidade entre mães adolescentes é de 16,3%, já no município de Contagem a percentagem apresentada foi de 13%, o que significa que 1.117 jovens se tornaram mães nesse ano. Apesar de a porcentagem apresentada ser inferior a taxa do estado de Minas, não se pode desconsiderar os casos ocorrentes no município como pouco menos significante (CONTAGEM, 2013).

Em um estudo feito por Benini (2011), realizado em Minas Gerais, constatou-se que após o parto, houve uma mudança no estado civil das adolescentes com idade variante entre 13 e 19 anos, pois, a maioria se casou ou entrou em união estável com o pai da criança, evidenciando que apesar da situação de gravidez precoce as adolescentes ao menos obtiveram apoio paterno.

Benini (2011) também citou o fato de haver uma mudança comportamental após o parto, isto é, as adolescentes entrevistadas afirmaram que já não tinham vida social e que não se sentiam mais vaidosas como eram antes de engravidarem. As jovens também alegaram que a qualidade de vida delas havia diminuído, já que não possuíam emprego ou renda suficiente para a manutenção das necessidades da família.

Para Guanabens e colaboradores (2012), a justificativa para a má qualidade de vida está relacionada ao abandono escolar, e que o fato ocorre devido às mães possuírem dificuldades e desânimo para voltarem a estudar, dessa forma, a situação as leva ao estado de desemprego e dependência financeira dos familiares.

5.3- SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Para Freud (1908), a sexualidade apesar de estar ligada basicamente ao fator biológico, ela pode também ser “modificada” por estímulos ambientais, o que nos afirma a importância da criança e adolescente participarem de todas as etapas de sua vida, sem ultrapassarem seu desenvolvimento orgânico, corporal e social. Ott (2010) cita que além do desenvolvimento corporal, a condição familiar e o cenário social se mesclam para formar o comportamento sexual de um indivíduo.

A sexualidade da criança e do adolescente só deve ser manifestada no momento em que as mesmas apresentarem estrutura corporal relativamente pronta, e em um determinado momento a sexualidade passará, entre atos específicos, a se relacionar com a excitação sexual, assim como a atividade sexual de fato (FREUD, 1908). Freud (1908) também cita que o impulso sexual é parcelado, composta por várias zonas erógenas que a criança vai se deparando durante seu desenvolvimento, mas que de fato o desejo sexual só será atingido na fase adulta.

De acordo com Costa e colaboradores (2001), a sexualidade humana é um período de vida associado ao desenvolvimento de indivíduos, assim como à constituição de elementos da personalidade. Os autores também afirmam que os relacionamentos, comportamento emocional e as manifestações de sentimentos de

um jovem dependem da construção da ideia de sexualidade que obteve durante o período da infância e adolescência.

Há muito tempo, profissionais da saúde, pais, educadores, sociólogos e religiosos apontam a sexualidade como um alvo de extrema preocupação e de propostas de intervenções. Ambos de certa forma planejam prevenir e orientar crianças e jovens quanto à sexualidade no pensar e no agir, tais inquietações se devem a ampla incidência do risco de gravidez precoce, abusos sexuais, prostituição infantil, doenças sexualmente transmissíveis e prejuízos na saúde do adolescente (PAIVA, 1996).

Paiva (1994) afirma que há uma baixa eficácia quanto à conscientização de jovens sobre o desenvolvimento do comportamento sexual e que isso ocorre devido às ações preventivas serem insuficientes e ao fato das políticas públicas não considerarem o fator cultural ou o contexto social. Para o pesquisador, a eficiência só ocorrerá no momento em que os profissionais da saúde, da educação, assim como os pais, se dispuserem a ouvir e compreender como os jovens estão se relacionando e quais suas necessidades de orientação.

A sexualidade é exposta entre as novelas, revistas e mídias virtuais. O conceito tem sido alvo de repressões e tabus pautados ao amor, violência, órgãos genitais e reprodução. Porém, para a juventude está sempre relacionada entre o desejo e a coação (BOCK *et al.*, 2002).

De acordo com Brilhante e Catrib (2011, p.505):

A sociedade moderna está ciente da importância de abordar as questões da sexualidade, principalmente na adolescência. Nesse período, ocorre uma grande quantidade de mudanças físicas e psicológicas. Nesse sentido, o adolescente necessita receber informações acerca da anatomia, fisiologia, contracepção e prevenção de doenças. Todavia, a sexualidade é, também, uma forma de comunicação entre as pessoas, sendo influenciada pelas experiências vividas durante a infância e adolescência. Acima de tudo, o ser humano é social por excelência e o processo de relação realiza-se fortemente através da sexualidade. Entretanto, o tema sexualidade persiste como um tabu, mesmo entre os ginecologistas. Essa constatação levou a esta revisão da literatura, com a qual pretendemos ampliar os nossos conhecimentos e prática no domínio da investigação, condução clínica e promoção da saúde do adolescente no que tange a questão sexualidade.

6- PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “significativa demanda de adolescentes grávidas, com baixo nível socioeconômico e instrução”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado.

Para superar o problema supramencionado, o grupo operativo voltado para as adolescentes grávidas é uma alternativa, pois através das ações intervencionistas e educativas irão esclarecer sobre as mudanças no decorrer da gravidez e os cuidados iniciais com os recém-nascidos.

Dentre os grupos operativos, há o "Informar para Acessar", cujas ações terão orientações sobre a saúde do recém-nascido e os sinais de alarme que podem demonstrar algum perigo durante a gestação ou até mesmo o trabalho de parto. Outro grupo é "Ação Família amiga do bebê" que oferece o envolvimento da família da gestante, quando possível, a participação do pai do bebê, tendo como objetivo o envolvimento e todos que colaboram para o bem-estar e saúde de mãe e filho.

6.1- DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Na UBS Parque São João III, a equipe, verificando os dados disponíveis de assistência notou-se que a procura para o atendimento das consultas do pré-natal é mais significativa pelas gestantes com menos de 18 anos, representando em torno de 60% das pacientes acompanhadas no pré-natal. Arelado à idade das pacientes, identifica-se como problemática os seguintes pontos:

- Parto prematuro;
- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- Bebê com baixo peso ou subnutrido;
- Implicações no parto, com necessidade de cesárea;
- Evasão escolar;
- Não possuir apoio paterno ao filho;

- Permanecer em baixo nível socioeconômico.

6.2- EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

A sexualidade na atualidade é tratada de forma aberta nas redes sociais e em emissoras de televisão. Porém, apesar de toda essa “informação”, ainda há uma carência quanto ao correto direcionamento de crianças e jovens para com o início da atividade sexual. Diante dessa carência, surgem vários fatores negativos relacionados a uma gestação precoce, tais como:

- Fatores Biológicos: aos quais as jovens apresentam riscos físicos (por conta da má formação orgânica devido sua baixa idade) tanto a ela quanto aos futuros filhos.
- Fatores familiares: o qual a gravidez pode causar um conflito entre pais e jovem grávida, assim como pai da criança e jovem grávida;
- Fatores sociais: os quais são relacionados à evasão escolar, pois muitas adolescentes após o parto abandonam a escola, e dificilmente voltam, o que as deixam incapacitadas da entrada no mercado de trabalho e posteriormente a isso acabam apresentando dificuldades financeiras.

6.3- SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS

Foram selecionados como nós críticos para a abordagem do problema os seguintes tópicos:

- Educação da comunidade e equipe da UBS;
- Carência de informações quanto ao início da vida sexual;
- Receios e paradigmas incoerentes acerca da gravidez;
- Cuidado inadequado dos recém-nascidos.

6.4- DESENHO DAS OPERAÇÕES

Diante do conhecimento sobre os problemas apresentados e relacionados à gravidez na adolescência, torna-se importante o desenvolvimento de um trabalho em conjunto com a comunidade e equipe de saúde da Família Parque São João III, do município Contagem, estado de Minas Gerais. Busca-se um retorno positivo após o desenvolvimento das atividades (Quadros 1, 2, 3 e 4).

Quadro 1- Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “conhecimento da comunidade e da equipe”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Parque São João III, do município Contagem, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Educação da comunidade e da equipe
Operação (operações)	Promover conhecimentos para abordagem adequada
Projeto	EDUCAR PARA CUIDAR
Resultados esperados	Adesão de 90% da comunidade e da equipe
Produtos esperados	Qualificação da comunidade e da equipe
Recursos necessários	Estrutural: Espaço para execução das atividades Cognitivo: Cursos para qualificação Financeiro: Confeção de material Político: Mobilização social
Recursos críticos	Cognitivo: capacitação da equipe da unidade
Controle dos recursos críticos	Acompanhamento quinzenal realizada pela enfermagem
Ações estratégicas	Ação educativa com palestras, recursos audiovisuais, dinâmicas.

Prazo	Dois meses
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médico, enfermeiro
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliação da adesão e interesse, com controle por meio de frequência em cada reunião quinzenal, com discussão de possíveis entraves encontrados no desenvolvimento das ações.

Fonte: Autora, 2017.

Quadro 2- Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “carência de informação quanto ao início da vida sexual” das jovens no município Contagem, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Carência de informações quanto ao início da vida sexual
Operação (operações)	Superar a lacuna do nível de instrução baixo
Projeto	ENTENDENDO UMA NOVA FASE
Resultados esperados	Adesão de no mínimo 90% das adolescentes grávidas atendidas na unidade
Produtos esperados	Qualificação da comunidade
Recursos necessários	Estrutural: profissional para acompanhar o grupo operativo Cognitivo: entendimento de como orientar as adolescentes Financeiro: recurso para a confecção de material Político: mobilização social
Recursos críticos	Cognitivo: capacitação da equipe da unidade
Controle dos recursos críticos	Acompanhamento quinzenal realizada pela enfermagem
Ações estratégicas	Ação educativa com palestras, recursos audiovisuais, dinâmicas.
Prazo	Dois meses
Responsáveis pelo acompanhamento	Médico, enfermeiro

das operações	
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliação da adesão e interesse, com controle por meio de frequência em cada reunião quinzenal, com discussão de possíveis entraves encontrados no desenvolvimento das ações.

Fonte: Autora, 2017.

Quadro 3- Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Receios e paradigmas incoerentes acerca da gravidez” no município Contagem, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Receios e paradigmas incoerentes acerca da gravidez
Operação (operações)	Esclarecimento de dúvidas
Projeto	DISMISTIFICANDO CONCEITOS
Resultados esperados	Adesão de no mínimo 90% da comunidade e da equipe
Produtos esperados	Qualificação da comunidade
Recursos necessários	Estrutural: Espaço para execução das atividades Cognitivo: Informação sobre o tema Financeiro: Confecção de material Político: Mobilização social
Recursos críticos	Cognitivo: capacitação da equipe da unidade
Controle dos recursos críticos	Acompanhamento quinzenal realizada pela enfermagem
Ações estratégicas	Ação educativa com palestras, recursos audiovisuais, dinâmicas.
Prazo	Dois meses
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médico, enfermeiro
Processo de monitoramento e avaliação das	Avaliação da adesão e interesse, com controle por meio de frequência em cada reunião quinzenal, com discussão de possíveis entraves encontrados no desenvolvimento das ações.

operações	
-----------	--

Fonte: Autora, 2017.

Quadro 4- Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “conhecimento da comunidade e da equipe”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Parque São João III, do município Contagem, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 4	Cuidado inadequado dos recém-nascidos.
Operação (operações)	Promover conhecimentos para abordagem adequada
Projeto	QUEM AMA, CUIDA.
Resultados esperados	Adesão de 90% da comunidade e da equipe
Produtos esperados	Qualificação da comunidade
Recursos necessários	Estrutural: Espaço para execução das atividades Cognitivo: Cursos para qualificação Financeiro: Confecção de material Político: Mobilização social
Recursos críticos	Cognitivo: capacitação da equipe da unidade
Controle dos recursos críticos	Acompanhamento quinzenal realizada pela enfermagem
Ações estratégicas	Ação educativa com palestras, recursos audiovisuais, dinâmicas.
Prazo	Dois meses
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médico, enfermeiro
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliação da adesão e interesse, com controle por meio de frequência em cada reunião quinzenal, com discussão de possíveis entraves encontrados no desenvolvimento das ações.

Fonte: Autora, 2017.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho mostrou a importância em analisar a atual situação das jovens em estado de gravidez precoce do município Contagem, estado de Minas Gerais. Apresentou-se a gravidez precoce como um problema de caráter multidisciplinar, o qual não envolve apenas a individualidade da paciente, mas a ampla repercussão que prematura gestação pode alcançar.

Realizou-se um plano de ação com metas para tentar melhorar o estado atual, com ações educativas que orientarão e prepararão as gestantes (embora muitas ações que ocorreram por meio de ações oriundas do processo de trabalho empreendido na Unidade), desde o momento das mudanças fisiológicas da gestação, parto e mês inicial com o bebê em casa, na tentativa de superar receios, condutas inadequadas e sem fundamento que não sejam benéficas para o recém-nascido. Além disso, as ações do projeto serão relevantes, pois a própria mãe e a família estarão capacitadas para aceitação do novo membro da família, desestimulando o abandono afetivo e, por conseguinte, ocorrência de maus tratos.

A importância de realizar as ações planejadas está ligada ao desejo de diminuir a quantidade de adolescentes que possam engravidar antes da idade adequada, fazendo com que as jovens que conceberam filhos precocemente reflitam sobre os riscos que correm, devido uma prematura gestação, assim como fazer com que as pacientes repassem as informações obtidas para suas conhecidas, como a estratégia "*Snow Ball*", ampliando dessa forma, as chances de minimizar a abundância de casos ocorrentes no município.

REFERÊNCIAS

BASTOS, A. C. de S.; TRAD, L. A. B. O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 429-435, abr-jun, 1998.

BENINI, C. S. A. **Gravidez na Adolescência: um Desafio à Promoção da Saúde Integral do Adolescente**. Viçosa, Minas Gerais, Brasil. 2011.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. 13 ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRILHANTE, A. V. M.; CATRIB, A. M. F. Sexualidade na adolescência. **FEMINA**, v. 39, n. 10, p.504-509, 2011.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**, Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=311860>. Acesso em 01 Nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Demográficas e socioeconômicas**. <ftp://ftp.datasus.gov.br/territorio/tabelas/>. Acesso em 01 Nov. 2016.

BUENDGENS, B. B.; ZAMPIERI, M. de F. M. A adolescente grávida na percepção de médicos e enfermeiros da atenção básica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 64-72, Mar. 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 Nov. 2016 CABRAL, C. S. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**. 19(Suppl 2):S283-S92. 2013.

CERQUEIRA-SANTOS, E.; PALUDO, S. dos S.; DEI SCHIRO, E. D. B.; KOLLER, S. H. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicol. estud.**[online]., v.15, n.1, p.72-85. 2010.

CONTAGEM. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikipédia Foundation, 2017. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Contagem&oldid=48477541>. Acesso em: 6 Jan. 2017.

COSTA, M. C. O.; LOPES, C. P. A.; SOUZA, R. P.; PATEL, B. N. Sexuality in adolescence: development, experience, and proposals for intervention. **Jornal da Pediatria**, v. 77, s.2 2001.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia**, v. 20, n. 45, p. 123-131, 2010.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev bras enferm**, v. 63, n. 4, p. 567-573, 2010. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/bde-20886>. Acesso em: 06 Mar. 2017.

Folha de São Paulo. **Uma em cada cinco crianças nascidas no país é filha de adolescente**, 2017. Disponível em:

<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/02/1862231-uma-em-cada-cinco-criancas-nascidas-no-pais-e-filha-de-adolescente.shtml>

FREUD, S. **A moral sexual 'civilizada' e doença moderna**. Obras completas, v. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1908.

GUANABENS, M. F. G.; GOMES, A. M.; MATA, M. E.; REIS, Z. S. N. Gravidez na Adolescência: um Desafio à Promoção da Saúde Integral do Adolescente. **Revista Brasileira de Educação Médica**. vol. 36, n. 1, (Supl.2), 20-24, 2012.

GUBERT, D. & MADUREIRA, V. S. F. Iniciação sexual de homens adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13 (Supl. 2), 2247-2256. 2008

MICHELAZZO, D.; YAZLLE, M. E. H. D.; MENDES, M. C.; PATTA, M. C.; ROCHA, J. S. Y.; MOURA, M. D. Indicadores Sociais de Grávidas Adolescentes: Estudo Caso-Controle. **Revista Brasileira de Ginecologia. Ribeirão Preto**. v. 26, n. 8, p. 633-639, 2004.

PAIVA, V. **Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e o sujeito sexual.** In: **Sexualidades Brasileiras** (Parker, R. & Barbosa, R.M., orgs.), Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996.

PAIVA, V. **Sexualidade e Gênero num Trabalho com Adolescentes para Prevenção do HIV/AIDS.** In: **A AIDS no Brasil** (Parker, R. et ali orgs.), Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994

PAULINO, I.; BEDIN, L. P.; PAULINO, L. V. **Estratégia saúde da família.** In: **Estratégia saúde da família.** São Paulo: Ícone, 2009. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=620537&indexSearch=ID>. Acesso em: 06 Mar. 2017.

PEREIRA, A. M. **Cidade média e região: O significado de Montes Claros no norte de Minas Gerais.** 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/15921/1/Anete.pdf> . Acesso em: 20 mar 2017.

OTT, M. A. Examining the development and sexual behavior of adolescent males. **J Adolesc Health.**, v.47, n.3, p.318, 2010.

RODRIGUES, R. M. Gravidez na adolescência. **Nascer e Crescer**, v. 19, n. 3, p. 201-201, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v19n3/v19n3a21.pdf>. Acesso em: 06 Mar. 2017.

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

XIMENES N. F. R. G.; DIAS, M. do S. de A.; ROCHA, J.; CUNHA, I. C. K.

O. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Rev. bras. enferm.** [online]. v.60, n.3, p.279-285, 2007.