

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

MARIA ISABELA AVES RAMOS

**Estudo sobre início precoce da atividade sexual em
adolescentes do Distrito Simão Campos - São João da Ponte
MG.**

Januária - Minas Gerais

2014

MARIA ISABELA AVES RAMOS

**Estudo sobre início precoce da atividade sexual em
adolescentes do Distrito Simão Campos - São João da Ponte
MG.**

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

Orientador: Prof. Luiz Sérgio Silva

Januária - Minas Gerais

2014

MARIA ISABELA AVES RAMOS

**Estudo sobre início precoce da atividade sexual em
adolescentes do Distrito Simão Campos - São João da Ponte
MG.**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Dr Luiz Sérgio Silva - UFMG

Examinador 2 – Profa. Dra Selme Silqueira de Matos - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 30 de março de 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

A comunidade atendida pela Estratégia de Saúde da Família Simão
Campos, que me acolheu.

A equipe da ESF Simão Campos que partilhou comigo a busca pelo
conhecimento.

A minha família que sempre incentiva e apoia meus projetos.

RESUMO

Homens e mulheres têm iniciado sua vida sexual, em grande parte, na adolescência e de formas um tanto diferenciadas. As práticas sexuais na juventude têm sido descritas como dinâmicas e em constantes transformações, sendo que seus perfis podem acarretar impacto importante na vida reprodutiva dos jovens. Gestações indesejadas, aquisição de doenças sexualmente transmissíveis, uso de drogas e violência envolvem sérias implicações, limitando ou adiando o desenvolvimento e engajamento dos adolescentes na sociedade. Ao assumir comportamentos de risco, os adolescentes geralmente têm seus projetos de vida alterados, o que pode contribuir para o abandono escolar e a perpetuação dos ciclos de pobreza. Ao realizar o diagnóstico situacional da ESF Simão Campos notou-se que os adolescentes iniciam atividade sexual precocemente, sem os cuidados necessários. A imaturidade dos adolescentes e os riscos associados à prática de sexo sem proteção demandam preocupação da equipe de saúde da família. Neste sentido, o objetivo deste trabalho é elaborar um projeto com vistas à redução do início precoce da atividade sexual em adolescentes. Para realização do trabalho foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), onde primeiramente foi feito o diagnóstico/análise situacional em saúde. O problema foi definido utilizando a Estimativa Rápida. Em seguida foi elaborado um plano de ação para intervenção e enfrentamento do problema. Este plano é aplicável, pois possui os recursos necessários para realização e superação dos nós críticos. É reconhecido por todos que, no momento atual, a educação sexual se faz impostergável, por sua influência na formação integral da criança e do adolescente. A omissão, diante desta evidência, trará repercussões que podem comprometer não só o presente como o futuro das gerações.

Palavras-chave: Adolescente, Comportamento Sexual, Gravidez.

ABSTRACT

Men and women have their first sexual experience mainly in adolescence and in different kinds and ways. Sexual practices in teenagers have been described as dynamic and in constant change, and their profiles can cause significant impact on the reproductive lives of young people. Unwanted pregnancies, acquiring sexually transmitted diseases, drug use and violence involving serious implications, limiting or delaying the development and engagement of teenagers in our society. By taking risk behaviors, adolescents generally have changed their life projects, which can contribute to early school leaving and the perpetuation of poverty cycles. Upon situational diagnosis of Simon Campos' community noted that adolescents begin sexual activity early, without due care. The adolescents' immaturity and the risks associated with unprotected sex practices demand concern of the family health care team. In this sense, the objective is to develop a project in order to reduce the early beginning of sexual activity among adolescents. To carry out the work we used the method of Situational Strategic Planning, which was first diagnosed / situational analysis in health. The problem was defined using the flash estimate. Then we designed a plan of action to interfere and confront the problem. This plan is applicable, as we have the resources to perform it. It is widely acknowledged that, at present, sex education becomes postponed, by its influence on development of children and adolescents. Default, on this evidence, will bring repercussions that can implicate not only the present but also the future generations.

Key words: Adolescent, Sexual Behavior, Pregnancy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------|---|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| CAPS | Centro de Atenção Psico Social |
| DST | Doenças Sexualmente Transmissíveis |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PES | Planejamento Estratégico Situacional |
| SIAB | Sistema de Informação em Atenção Básica |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 - Índice de Desenvolvimento Humano de São João da Ponte, MG, 2013..... | 13 |
|--|----|

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1- Empregos formais gerados no município até 31 de dezembro de 2012..... | 12 |
| Tabela 2- Condições de saneamento, julho de 2013..... | 13 |
| Tabela 3 - Desenho das operações..... | 28 |
| Tabela 4 - Identificação dos recursos críticos | 29 |
| Tabela 5 - Análise da viabilidade..... | 31 |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 1.1 Identificação do município..... | 11 |
| 1.2. Histórico e descrição do município | 11 |
| 1.3 Diagnóstico Situacional..... | 11 |
| 1.3.1 Condições socio sanitárias | 11 |
| 1.4 Plano de ação..... | 15 |
| 2 JUSTIFICATIVA..... | 18 |
| 3 OBJETIVOS..... | 19 |
| 3.1 Objetivo geral..... | 19 |
| 3.2 Objetivos específicos | 19 |
| 4 METODOLOGIA..... | 20 |
| 5 REVISÃO DE LITERATURA | 22 |
| 5.1 Adolescência e comportamento sexual de risco..... | 22 |
| 5.2 Idade da primeira relação sexual em jovens e fatores associados..... | 23 |
| 5.3 A gravidez indesejada | 25 |
| 5.4 Doenças sexualmente transmissíveis..... | 26 |
| 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO | 28 |
| 6.1 Plano operativo..... | 32 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 34 |
| 8 Referências..... | 35 |

1- INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

São João da Ponte é uma cidade com aproximadamente 25.358 habitantes, localizada no Norte de Minas Gerais, distante da capital Belo Horizonte cerca de 560 km. A área total do município é de 1.851 km², com uma concentração habitacional de 13,7 / km², apresentando número aproximado de domicílio e famílias de 6.900. Os municípios limítrofes são Ibiracatu, Varzelândia, Verdelândia, Lontra, Japonvar, Janaúba, Capitão Enéas, Patis e Montes Claros. A cidade mantém a tradição das festas religiosas, que geralmente acontecem no mês de junho tendo São João Batista como seu padroeiro. A maioria da população é católica.

1.2 Histórico e descrição do município

Em relação à origem da cidade de São João da Ponte, não há dados seguros, sendo atribuída a Dona Joana (ou Maria) Veridiana Cordeiro, que na região viveu por volta de 1840. Dona Joana venerava uma imagem de São João Batista. No dia 24 de junho, a casinha era visitada por verdadeiras romarias de fiéis que ali iam em homenagem ao Santo. Posteriormente, entre 1850 e 1865, foi construída uma ponte sobre o córrego Salobo e, junto dela, uma capela, tendo como orago São João Batista, originando-se daí a denominação do lugar - São João da Ponte Salobo. Nessa época, já existiam alguns moradores próximos à capela. O povoado de São João da Ponte Salobo, mais tarde, em 1884, sendo elevado à sede de um novo distrito, teve o seu nome simplificado para São João da Ponte, distrito este elevado à categoria de sede municipal em 1943, por Decreto-Lei estadual. (IBGE, 2012)

1.3 Diagnóstico Situacional

1.3.1 Condições socio sanitárias

Os dados de emprego e renda expressam uma retração na oferta de postos de trabalho, decorrentes de condições estruturais relacionadas às mudanças dos processos produtivos, mas sobretudo de fatores recessivos associados às políticas de ajuste econômico. A empregabilidade e a renda gerada no município são fatores essenciais para redução das desigualdades sociais, que repercutem sobre as situações de pobreza e exclusão social. Abaixo são apresentados os dados dos empregos formais gerados no município no ano de 2012.

Tabela 1– Empregos formais gerados no município até 31 de dezembro de 2012

| Setores IBGE | | | |
|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| IBGE Setor | Masculino | Feminino | Total |
| 5 - COMERCIO | 928,35 | 730,96 | 845,15 |
| 6 - SERVICOS | 2.192,72 | 1.100,94 | 1.531,03 |
| 7 - ADM PUBLICA | 1.054,07 | 1.073,44 | 1.066,51 |
| 8 - AGROPECUARIA | 1.054,04 | 750,77 | 1.020,16 |
| Total | 1.108,80 | 1.001,57 | 1.059,62 |

| Faixa Etária | | | |
|----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Faixa Etária | Masculino | Feminino | Total |
| 2 - 15 a 17 anos | 559,80 | 559,80 | 559,80 |
| 3 - 18 a 24 anos | 863,09 | 794,44 | 829,29 |
| 4 - 25 a 29 anos | 1.074,31 | 950,44 | 1.027,29 |
| 5 - 30 a 39 anos | 1.112,64 | 1.103,75 | 1.109,01 |
| 6 - 40 a 49 anos | 1.259,79 | 1.024,46 | 1.138,87 |
| 7 - 50 a 64 anos | 1.059,65 | 953,02 | 1.002,16 |
| 8 - Acima de 65 anos | 991,00 | 991,00 | 991,00 |
| Total | 1.108,80 | 1.001,57 | 1.059,62 |

| Ocupações com Maiores Estoques | | | |
|---|-----------------------------|----------------------------|-------------------------|
| CBO 2002 Ocupação | Remuneração Média Masculino | Remuneração Média Feminino | Remuneração Média Total |
| 331105 - PROFESSOR DE NIVEL MEDIO NA EDUCACAO INFANTIL | 1.891,85 | 1.439,69 | 1.504,29 |
| 621005 - TRABALHADOR AGROPECUARIO EM GERAL | 760,60 | 622,00 | 757,05 |
| 514225 - TRABALHADOR DE SERVICOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO DE AREAS PUBLICAS | 769,94 | 809,64 | 788,66 |
| 513505 - AUXILIAR NOS SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO | 884,20 | 723,07 | 725,44 |
| 521110 - VENDEDOR DE COMERCIO VAREJISTA | 841,59 | 687,65 | 769,29 |

Fonte: RAIS/ MTE. Disponível em

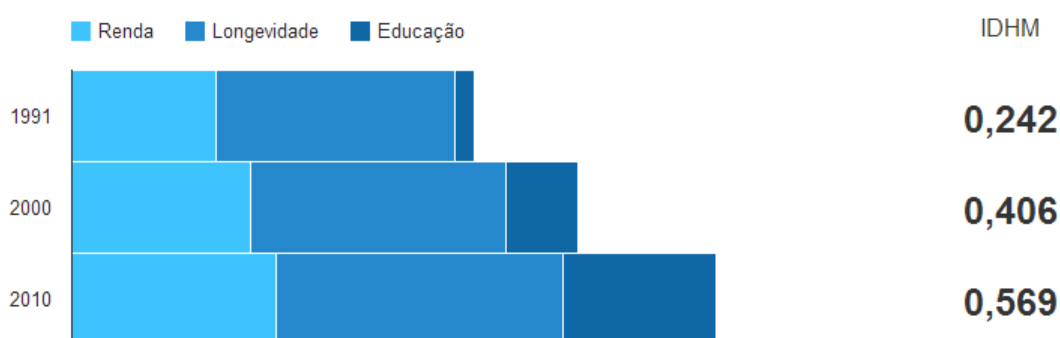
http://bi.mte.gov.br/bgcaged/caged_isper/index.php, acesso em 27/07/2014.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal em 2013 foi 0.569, ocupando a 4869ª posição na classificação dos municípios. Grande

parte da população ainda vive na zona rural, sendo a taxa de urbanização de 34,2 %. A taxa de alfabetização em 2010 foi de 73,48%. (IBGE 2012)

A economia depende basicamente da agricultura e pecuária de subsistência. (IBGE 2012)

Gráfico 1 – Índice de Desenvolvimento Humano de São João da Ponte, MG, 2013.



Fonte: Atlas do IDHM, 2013 no Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/sao-joao-da-ponte_mg#idh

O saneamento básico do município é bastante precário; são considerados em situação adequada, aqueles que possuem abastecimento de água por rede geral, esgotamento sanitário por rede geral ou fossa séptica, além de coleta de lixo. Apenas 0,71% dos domicílios locais atendem a essas condições. 89,79% deles são considerados semi-adequados, pois dispõem de pelo menos uma forma de saneamento considerada adequada. Domicílios que não possuem água tratada, com eliminação de dejetos a céu aberto, sem coleta de lixo correspondem a 12,49%. (IBGE, 2012; Gusmão, 2009)

Tabela 2 - Condições de saneamento, julho de 2013

| | Rede Pública | Poço ou nascente | Outros |
|----------------------------------|---------------------|------------------------|-------------------|
| <i>Abastecimento de Água</i> | 4.383 | 2.377 | 186 |
| | Coletado | Queimado | Céu-Aberto |
| <i>Coleta de lixo</i> | 1.469 | 4.313 | 1.164 |
| | Rede Pública | Fossa | Céu-aberto |
| <i>Dispensação fezes e urina</i> | 36 | 5.876 | 1.034 |
| | Filtrada | Fervida/Clorada | Sem |
| <i>Tratamento da Água</i> | 3.438 | 171 | 3.337 |
| <i>Acesso à energia elétrica</i> | 6.838 | | |

Fonte: Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica. Condições de Saneamento. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/>.

Na área da saúde, a cidade é referência microrregional em consultas e exames de média complexidade além de atendimento de urgência e emergência. Há somente uma clínica particular, que não atende urgência e emergência, apenas consultas agendadas. O município adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) para reorganizar a atenção básica; até o ano 2005 eram três equipes com cobertura de cerca de 40 % da população; houve uma expansão e desde 2007 o município conta com 11 equipes sendo quatro na zona urbana e sete na zona rural com isso há cobertura de 100% da população. A população conta ainda com um Núcleo de apoio a saúde da família (NASF) e um Centro de atenção psicossocial (CAPS). A cidade disponibiliza recursos integrados em rede para melhor assistência á saúde: Rede viva vida de atenção às mulheres e às crianças, Rede mais vida. Uma dificuldade para desenvolvimento da ESF é a rotatividade de profissionais de forma geral e principalmente devido às mudanças de gestão (Redes e Programas de Saúde, 2014).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Simão Campos localiza-se cerca de 32 km da cidade, no distrito também denominado Simão Campos com acesso por estrada não pavimentada, abrange ainda as comunidades rurais de Tiririca, Cantinho e Bom jardim, com aproximadamente 1300 habitantes cadastrados e atendidos nesta unidade. A população mantém sua subsistência com agricultura/pecuária bastante rudimentares, prestação de serviços e auxílio governamental com Bolsa Família, sendo elevado o número de desempregados. Na comunidade há uma escola municipal que atende ensino médio e fundamental. A sede desta ESF é própria, bem localizada, mas o

espaço físico é inadequado para o atendimento, não há sala de espera nem sala de reuniões, a unidade não é murada. Mas há outra unidade em construção, com perspectiva de término até o final de 2015. Para atendimento em grupo é usado o salão paroquial.

A equipe é composta por cinco agentes comunitários de saúde, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, uma técnica de saúde bucal, uma auxiliar de saúde bucal, uma dentista, uma médica, uma recepcionista e dois auxiliares de serviços gerais, a unidade permanece aberta das 07:00 às 17:00 horas. Normalmente segue-se o cronograma, há visitas domiciliares, atendimentos individuais e em grupo que abordam saúde bucal, pré-natal, puericultura, saúde do idoso, adolescente, além do atendimento preventivo de câncer ginecológico, e o acompanhamento de hipertensos e diabéticos. As principais comorbidades são hipertensão arterial e diabetes.

O município disponibiliza alguns especialistas em nível da atenção secundária, ginecologista/obstetra, pediatra, cirurgião, neurologista, otorrinolaringologista, ortopedista, entretanto, a contra-referência não se dá de maneira adequada. A enfermeira é quem agenda os exames e encaminhamentos, conforme cotas distribuídas no início do mês. O paciente que necessita de atendimento de urgência é atendido no Hospital São Geraldo e caso necessário referenciado a Brasília de Minas ou Montes Claros.

1.4 Plano de Ação

A estratégia de Saúde da família Simão Campos, apesar de ser uma das unidades mais antigas da cidade apresenta vários problemas estruturais e relacionados ao processo de trabalho.

Identificação dos problemas:

1) **Empregabilidade:** Elevado índice de desemprego, os empregos formais existentes resumem-se aos servidores municipais e poucos lavradores que trabalham regulamentados por algumas fazendas. A maioria da população vive da agricultura de subsistência e esporadicamente migram durante alguns meses para trabalhar em colheitas, principalmente de café;

2) **Saneamento básico:** Ausência de saneamento básico, a zona rural não dispõe de água potável, o lixo é queimado, mas as vezes permanece exposto a céu aberto. Os dejetos são eliminados em fossas comuns;

3) **Adesão a tratamentos:** Falta de adesão dos diabéticos e hipertensos ao tratamento. A maior parcela dos diabéticos e hipertensos da área são idosos analfabetos, o que dificulta muito a compreensão sobre o uso correto das medicações. Muitos não possuem cuidadores. A questão cultural influencia muito no tratamento não medicamentoso, assim é grande a resistência para mudança dos hábitos alimentares;

4) **Aspectos político-sociais:** Desmotivação da associação de moradores para lutar por seus direitos. A associação visa apenas benefícios próprios aos líderes, e a população não se mobiliza para exigir uma gestão mais justa, voltada para a comunidade como um todo;

5) **Início precoce da atividade sexual,** é uma característica notória entre os adolescentes da área, com grande associação a gestações não planejadas e prostituição infantil.

6) **Infraestrutura:** Estrutura física inadequada da unidade, que não dispõe de cozinha, sala de reuniões, sala de espera e não é murada. Em relação a este problema, outra unidade está em construção desde 2013.

Descrição do problema: O início precoce da atividade sexual foi identificado como um problema de grande relevância por toda equipe. A imaturidade dos adolescentes e os riscos associados à prática de sexo sem proteção demandam preocupação da equipe de saúde da família. A comunidade em geral também identifica essa característica como negativa e reconhece as conseqüências geradas por esta atitude.

Explicação: Trata-se de um problema complexo, com causas multifatoriais e conseqüências graves. Dentre as causas para o início precoce da atividade sexual podemos citar:

1 Falta de orientação por parte da família, que muitas vezes apresenta-se desestruturada, e acredita que não falar sobre sexualidade seja uma forma de evitar transtornos;

2 Orientação inadequada por parte dos educadores, que as vezes não são capacitados para trabalhar esse tema da forma mais adequada, ou sentem-se até intimidados para abordá-lo;

3 Inadequação do sistema de saúde, que aborda este tema de maneira frágil, não correspondente com sua importância;

4 Falta de políticas públicas locais que invistam em atividades culturais/lazer permitindo que a sexualidade seja explorada neste sentido como entretenimento para os jovens.

Consequências:

1 Gestações não planejadas, não desejadas durante adolescência;

2 Elevação do índice de doenças sexualmente transmissíveis;

3 Conflitos domiciliares;

4 Abandono escolar, baixo desempenho escolar;

5 Possível associação com outros comportamentos de risco, como uso de drogas e prostituição;

Como percebido, um dos nós críticos é a falta de orientação adequada quanto à abordagem da sexualidade por parte da família, sistema de saúde e educação que permitem que os jovens iniciem atividade sexual precocemente, sem proteção adequada para gestação e doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros riscos. Considera-se também como nó crítico a falta de políticas públicas que gerem oportunidades de lazer/cultura aos jovens que, com grande tempo livre, sejam alvos para uso de drogas, abandono escolar, prostituição infantil. Outro nó crítico é a escassez de abordagens diferenciadas sobre sexualidade. (BORGES, 2005)

2.JUSTIFICATIVA

No século XXI, é notório que homens e mulheres têm iniciado sua vida sexual cada vez mais precocemente, em período compatível com a adolescência. As práticas sexuais na juventude têm sido descritas como dinâmicas e em constantes transformações, sendo que seus perfis podem acarretar impacto importante na vida reprodutiva dos jovens, como, por exemplo, o aumento das taxas de fecundidade e a magnitude da AIDS no perfil epidemiológico dos jovens brasileiros (BORGES e SCHOR, 2005). Roteli-Martins (2007) em estudo, descreve que infecção por HPV e a presença de alterações citológicas no rastreamento de lesões cervicais em uma população assintomática relaciona-se significativamente à idade mais precoce no início das relações sexuais. Chalem (2007) destaca que 13 milhões de nascimentos (um décimo de todos os nascimentos do mundo) são de mulheres com menos de vinte anos; alertou ainda, que, em 2004, a gravidez e o parto foram a principal causa de morte em mulheres de 15 a 19 anos nos países em desenvolvimento. No município de São João da Ponte, especialmente na ESF Simão Campos, este problema assume maior magnitude devido às marcantes consequências na vida das adolescentes, que possuem ampliada sua condição de vulnerabilidade social.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Elaborar um Projeto de intervenção com vistas à redução do início precoce da atividade sexual em adolescentes.

3.2 Objetivos específicos:

1. Identificar os fatores determinantes do início precoce da atividade sexual entre adolescentes;
2. Orientar adolescentes sobre prevenção de Doenças sexualmente transmissíveis e gestação na adolescência.
3. Orientar pais e professores sobre maneiras adequadas de abordar o tema junto às crianças e adolescentes do município.
4. Qualificar a equipe para atuação junto aos adolescentes do município;
5. Criar oficinas para entretenimento e capacitação dos jovens, com oferecimento de cursos de pintura, corte-costura, manicure, música, além de atividades físicas.

4.METODOLOGIA

Revisão narrativa da literatura, sobre o tema proposto utilizando-se bases de dados dos portais Scielo, Bireme, Pubmed, através do portal saúde baseada em evidências, disponível no site do ministério da saúde. Documentos do Ministério da Saúde; do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF); do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB); do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) também foram usadas como fontes de pesquisa.

Para realização desta proposta de intervenção foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). Inicialmente foi realizado o diagnóstico/análise situacional em saúde fazendo o reconhecimento da unidade básica de saúde Simão Campos e do município de São João da Ponte. Para definição do problema foi utilizado a Estimativa Rápida, que identificou o início precoce da atividade sexual como agravo significativo para intervenção da equipe. Em seguida foi elaborado um plano de ação para intervenção e enfrentamento do problema através da construção do desenho das operações, da identificação dos recursos críticos, incluindo a análise da viabilidade e o plano operativo do projeto de intervenção.

O Projeto Educação Sexual para a vida, que tem como objetivo reduzir o número de jovens que iniciam atividade sexual precocemente; possui como responsáveis a enfermeira Janaína, a médica Isabela, e as agentes comunitárias de saúde Elismar e Sandra. Consiste na abordagem educativa de adolescentes (9 a 18 anos) e adultos sobre o início da atividade sexual, através de palestras, filmes e teatro. Propõe-se capacitar os palestrantes, selecionar material didático mais adequado e realizar educação sobre o assunto através da utilização de ações teatrais (peça de teatro).

O Projeto Cultural para jovens, que visa reduzir o número de jovens ociosos, fornecer atividades de lazer e cultura. Consiste na criação de oficinas para entretenimento e capacitação dos jovens, com oferecimento de cursos de pintura, corte-costura, manicure, música, além de atividades físicas. Propõe-se nove meses para início das atividades, tempo necessário para execução do projeto, compra dos recursos materiais necessários (que dependem de

licitação) e organização de profissionais já contratados que poderiam ministrar os cursos.

O Projeto “Redes de Ação Comunitária para Prevenção em DST/Aids: adolescer e aprender”, visa reduzir vulnerabilidades de jovens a partir da prevenção de DST/AIDS. O projeto no que tange aos adolescentes e jovens desenvolve também oficinas sobre educomunicação, cuja abordagem envolve a temática DST/AIDS em diferentes mídias, como blog, cartilha, e produção de vídeos e fotos. O uso dos métodos propostos pela educomunicação podem se configurar como importantes processos para melhorar o aprendizado de jovens. A implantação de um projeto em que as temáticas de prevenção são trabalhadas de maneira articulada à produção de mídias focadas na reprodução e na sexualidade podem impulsionar jovens a se engajarem na pesquisa da temática DST/AIDS. Principalmente em um momento de expansão de tecnologias de comunicação como a difusão da internet e disseminação de mídias sociais.

Descritores utilizados na pesquisa bibliográfica: Adolescente, Comportamento Sexual, Gravidez.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Adolescência e comportamento sexual de risco

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), do Brasil, define adolescentes os indivíduos de 12 a 17 anos. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adolescência corresponde à segunda década de vida, período compreendido entre os 10 e os 19 anos, 11 meses e 29 dias. A adolescência é uma importante etapa do desenvolvimento para a maturidade biopsicossocial. A forma como os adolescentes lidam com a sexualidade é influenciada por vários fatores entre eles: a qualidade das relações afetivas que vivenciam, às transformações corporais, psicológicas e cognitivas trazidas pelo desenvolvimento, e ainda os valores, as normas culturais e as crenças da sociedade na qual estão inseridos (BRASIL, 2012).

A juventude é uma fase de decisões com influência determinante no presente e no futuro do indivíduo, seja levando ao pleno desenvolvimento pessoal, social e econômico, seja criando obstáculos à realização destas metas. Escolhas conscientes relacionadas ao exercício da sexualidade e à vida reprodutiva são particularmente importantes nessa etapa da vida (UNFPA, 2013). Sentimentos de onipotência e imunidade permitem que o adolescente esteja mais vulnerável a exposição a comportamentos de risco. A timidez e a autoestima baixa podem contribuir para tornar os adolescentes fragilizados; decorrente disso alguns jovens podem assumir comportamentos para os quais não estão preparados, como experimentar drogas, iniciar relacionamento sexual precocemente. (Fonseca; Gomes; Teixeira 2010)

As mudanças da puberdade sinalizam que os indivíduos estão biologicamente capacitados à reprodução. Contudo, isso não quer dizer que estejam psicologicamente preparados para o exercício sexual e para a parentalidade. Relações sexuais desprotegidas podem gerar tanto doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), como a ocorrência de uma gestação indesejada. Essa vulnerabilidade à gestação e às DSTs decorre de inúmeros fatores, ditos individuais (motivacionais) e contextuais (sociais e culturais),

associados à sexualidade. Entre esses fatores podem ser destacados: as características da própria adolescência, como a impulsividade, o pensamento egocêntrico; a falta de informação sobre contraceptivos; o uso infrequente ou inadequado de métodos contraceptivos, estar ou não frequentando a escola; o número de parceiros sexuais; além disso, motivações pessoais como a crença de que métodos contraceptivos podem engordar, diminuir o prazer ou até mesmo mostrar que a menina que utiliza o contraceptivo estaria “preparada” para ter relações sexuais aliam-se a crenças e concepções tradicionais de gênero que podem interferir na adoção ou não de métodos contraceptivos. (PATIAS, 2014)

O conceito de comportamento de risco diz respeito à participação em atividades que possam comprometer a saúde física e mental do indivíduo. O comportamento sexual é considerado arriscado quando os indivíduos não utilizam o preservativo para evitar gestação indesejada e/ou proteger-se da contaminação por doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), como por exemplo, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) (CHINAZZO, 2014).

Os adolescentes de maneira geral possuem informação referente à necessidade do uso de contraceptivos; o que ocorre é que a informação não se traduz em comportamento efetivo. Na maioria das vezes, eles não possuem conhecimento suficiente para praticar um comportamento contraceptivo adequado (DIAS; TEIXEIRA, 2010, p.126).

Gurgel *et al.* (2010); Dias *et al.* (2010) ratificam que os jovens possuem conhecimento sobre os métodos contraceptivos, mas não o utilizam de forma sistemática e rotineira, expondo-se à gravidez e contaminação com DSTs. Mesmo quando existe conhecimento suficiente e acesso a algum método contraceptivo, pode existir ambivalência quanto ao uso, pois utilizá-lo implica em assumir e expressar a sua sexualidade, dificuldade enfrentada principalmente entre as meninas (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Este é, então, um período crítico da vida em que o investimento correto pode quebrar o ciclo da pobreza e resultar em benefícios sociais, econômicos e políticos para adolescentes, comunidades e nações (UNICEF, 2012).

5.2 Idade da primeira relação sexual em jovens e fatores associados

Considerada um marco na vida dos jovens, a idade da primeira relação sexual, tem sido cada vez mais precoce. No Brasil, a idade média da primeira relação sexual é de 14 anos para o sexo masculino e 15 para o feminino. Contudo, alguns estudos já demonstram maior convergência entre as idades de início da atividade sexual, para ambos os sexos, revelando média de 14 anos (HUGO et al, 2011).

A primeira relação sexual não foi planejada pela maior parte dos jovens, sem diferenças entre homens e mulheres. Majoritariamente, a primeira relação sexual ocorre dentro de casa, pode-se ainda afirmar certo improvisado e até mesmo pressa em terminar o ato sexual, visto que os jovens, além de lidarem com todas as ansiedades e preocupações que normalmente permeiam o início da vida sexual, sentem-se amedrontados com iminência da chegada de algum membro da família que pudesse surpreender este momento, fazendo com que, possivelmente, outras prioridades fossem colocadas em primeiro plano em detrimento de atitudes voltadas à contracepção e prevenção de DST/AIDS (PATIAS, 2014).

Ao iniciar a atividade sexual, as mulheres priorizam o sentimento de "entrega e amor"; ao mesmo tempo em que existe o desejo de se descobrir, impõe-se a necessidade de se "preservar". Em contrapartida, a experiência sexual masculina é vista como um ganho, sustentando o poder da masculinidade. Estudo revela que jovens tendem a não usar preservativo no início de sua vida sexual e definem esta relação como casual. Os principais motivos alegados para a sua não utilização de modo consistente são: não gostar de usá-los, confiar no parceiro e a imprevisibilidade das relações sexuais. Os hábitos sexuais começam no início da vida sexual e perduram ao longo da vida, por isto a importância do comportamento seguro desde a adolescência (HUGO et al, 2011).

A literatura científica sugere que os fatores associados à iniciação sexual dependem de aspectos culturais. O uso de substâncias apresenta associação significativa com iniciação sexual precoce em países europeus e nos Estados

Unidos. A escolaridade do jovem também apresenta relação inversamente proporcional com a idade da primeira relação sexual (MADKOUR et al, 2010).

Nível socioeconômico e escolaridade baixa são fatores que parte da literatura indica como associados ao início da atividade sexual precoce. Baixa renda familiar e pouca escolaridade podem ter uma forte influência para o começo de uma vida sexual precoce devido à antecipação de algumas etapas evolutivas. A vulnerabilidade social entre os jovens impõe a necessidade de trabalhar mais cedo, assumir maiores responsabilidades com o próprio sustento, antecipando em anos algumas condutas, inclusive sexual. (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

É marcadamente sabido que um início sexual precoce acarreta não só mais parceiros ao longo da vida, mas também chances maiores de doenças sexuais, comportamento anti-social e gestações indesejadas, e está intimamente ligado às bases familiares e experiências de amigos. A educação sexual formal pode auxiliar a minimizar os riscos da iniciação sexual precoce (VILLELA et al, 2006).

Ressalta-se a necessidade de ir além das atividades realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, em busca de parcerias, sendo a escola uma dessas opções; a necessidade de investimento na capacitação dos profissionais da saúde e da educação para que os mesmos se sintam preparados e motivados a trabalhar com a temática da sexualidade na adolescência, na perspectiva da prevenção (MENDES *et al.*, 2011).

Segundo Gurgel *et al.* (2010, p.643):

Promover grupos de adolescentes é um caminho para o desenvolvimento de atitudes e habilidades, por constituir um espaço acolhedor, uma forma privilegiada de convivência com outros adolescentes, por propiciar o desenvolvimento de atitudes de respeito, solidariedade, desinibição, além de favorecer maior reflexão sobre os assuntos discutidos, facilitando o entendimento, a troca de experiências, mudanças comportamentais, comunicação, negociação e promoção de saúde.

5.3 A gravidez indesejada

A gravidez indesejada durante a adolescência pode ser um empecilho para o desenvolvimento pleno do potencial da jovem, podendo trazer prejuízos para a saúde, escolarização e obstáculos para inserção no mercado de trabalho (UNFPA, 2013).

A gestação neste momento da vida se mostra de maneira complexa e multideterminada, segundo Dias e Teixeira (2010, p.124):

[...] a gravidez na adolescência seria uma experiência indesejada, dado que restringiria as possibilidades de exploração de identidade e de preparação para o futuro profissional. Em função disso, a gravidez na adolescência passou a ser vista como uma situação de risco biopsicossocial, capaz de trazer consequências negativas não apenas para as adolescentes, mas para toda a sociedade.

Diniz; Koller (2012, p.306) afirmam que a gravidez durante a adolescência é mais frequente perante um conjunto de variáveis que expressam a falta de oportunidades e a vulnerabilidade do contexto vivenciado pelos adolescentes. Assim, “[...] a gravidez durante a adolescência surgiria naquelas adolescentes que avaliariam o seu futuro como pouco promissor e, por isso, não haveria motivos para evitarem a exposição ao risco”.

Para Neto *et al.* (2007, p.280), no que concerne à gravidez na adolescência:

Atualmente no Brasil e nos países em desenvolvimento, ela é considerada um risco social e um grave problema de saúde pública, devido, principalmente, à sua magnitude e amplitude, como também, aos problemas que dela derivam. Dentre estes se destacam o abandono escolar, o risco durante a gravidez; este derivado muitas vezes pela não realização de um pré-natal de qualidade, pelo fato de a adolescente esconder a gravidez ou os serviços de saúde não estarem qualificados para tal assistência.

5.4 Doenças sexualmente transmissíveis

Na atualidade, a incidência das doenças sexualmente transmissíveis (DST) vem aumentando e pode ter por consequência imediata uretrites, salpingites e, a longo prazo, infertilidade, gravidez ectópica ou câncer de colo uterino. Sabemos que ter uma DST aumenta a chance de contaminação pelo HIV e, além disso, constatamos que o perfil epidemiológico da AIDS mostra

uma maior prevalência entre adultos jovens e uma tendência à heterossexualização e pauperização da doença (TAQUETTE, 2004).

No Brasil o número de casos notificados está bem abaixo das estimativas, talvez porque somente a AIDS e a sífilis sejam de notificação compulsória. Nos EUA, alguns autores inferem que a prevalência de DST entre adolescentes deve ser em torno de 25% e a faixa etária de 15 a 24 anos é a de maior risco (ANTEGHINI, 2001).

Fatores biológicos podem aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes às DST. Do ponto de vista biológico, o epitélio cilíndrico do colo do útero na adolescência se encontra mais exposto e, tanto as clamídias como os gonococos, têm predileção por este tecido. A baixa idade da menarca pode levar a um início precoce da atividade sexual, aumentando a probabilidade de contaminação. (TAQUETTE, 2004).

Desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2012, O Brasil tem 656.701 casos registrados de aids (condição em que a doença já se manifestou), de acordo com o último Boletim Epidemiológico. Em 2011, foram notificados 38.776 casos da doença e a taxa de incidência de aids no Brasil foi de 20,2 casos por 100 mil habitantes. O maior número de casos acumulados está concentrado na região Sudeste (56%) (BRASIL, 2013).

Atualmente, ainda há mais casos da doença entre os homens do que entre as mulheres, mas essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos. Em 1989, a razão de sexos era de cerca de 6 casos de aids no sexo masculino para cada 1 caso no sexo feminino. Em 2011, último dado disponível, chegou a 1,7 caso em homens para cada 1 em mulheres. Chama atenção a análise da razão de sexos em jovens de 13 a 19 anos. Essa é a única faixa etária em que o número de casos de aids é maior entre as mulheres. A inversão apresenta-se desde 1998. Em relação aos jovens, os dados apontam que, embora eles tenham elevado conhecimento sobre prevenção da aids e outras doenças sexualmente transmissíveis, há tendência de crescimento do HIV (BRASIL, 2013).

Quanto à forma de transmissão entre os maiores de 13 anos de idade, prevalece a sexual. Nas mulheres, 86,8% dos casos registrados em 2012 decorreram de relações heterossexuais com pessoas infectadas pelo HIV.

Entre os homens, 43,5% dos casos se deram por relações heterossexuais, 24,5% por relações homossexuais e 7,7% por bissexuais. O restante ocorreu por transmissão sanguínea e vertical (BRASIL, 2013).

A saúde coletiva trabalha com a expectativa de redução de vulnerabilidades a partir da promoção da saúde e de medidas preventivas, combatendo as vulnerabilidades a que estão expostos. A prevenção significa um conjunto de medidas para evitar o aparecimento de uma doença. Pode ser definida como uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença. Entende-se que as políticas eficientes para adolescentes e jovens seriam aquelas que, de alguma forma, contribuíssem para que este período natural de turbulência transcorra de forma a impedir ou reduzir danos (MACHADO, 2012).

A experiência brasileira mostra que existem vários caminhos para se desenvolver ações de prevenção, passando por propostas de oficinas, cenas e brincadeiras. Mostra, também, que mais importante do que isso é a postura das pessoas que conduzem as ações de modo a facilitar prevenção de DST, afim de que adolescentes e jovens se apropriem dos conteúdos e de práticas sexuais mais seguras (UNFPA, 2010).

6.PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Considerando -se a relevância das consequências do início precoce da atividade sexual na vida dos adolescentes, acredita-se que a execução deste projeto certamente trará grandes benefícios para toda a comunidade.

Tabela 3- Desenho das operações:

| Operações | Produtos esperados | Ações estratégicas | Responsáveis | Prazos |
|---|---|---|---|--|
| Projeto Educação Sexual para a vida.Nó crítico : a falta de orientação adequada quanto à abordagem da | Reduzir o número de jovens que iniciam atividade sexual precocemente. | Projeto de Orientação sobre educação sexual com apoio da escola e setor saúde com | Elaboração do projeto:médica Execução: Médica, enfermeira e agentes | Propõe-se dois meses para elaboração do projeto (janeiro e fevereiro - 2015), e 4 meses para início das atividades, tempo para |

| (continuação) Operações | Produtos esperados | Ações estratégicas | Responsáveis | Prazos |
|---|---|--|---|--|
| sexualidade por parte da família, sistema de saúde e educação. | | abrangência da família. Baseia-se na realização de palestras e grupos educativos. | comunitárias de saúde Colaboradores: Professores da Escola Municipal Denizar Veloso Santos. | capacitar os palestrantes, selecionar material didático e realizar os ensaios para a peça teatral. |
| Projeto Cultural para jovens. Nó crítico: a falta de políticas públicas que gerem oportunidades de lazer/cultura aos jovens. | Reduzir o número de jovens ociosos, disponibilizar atividades de lazer e cultura. | Oficinas que ofereçam educação e entretenimento aos jovens, com abordagem de atividades recreativas que também podem despertar o jovem ao exercício de uma profissão. | Elaboração: médica , dentista, auxiliar de saúde bucal. Execução: toda a equipe da ESF de Saúde da Família, profissionais do NASF, monitores dos cursos de música, pintura, corte /costura, cabeleireiro. | Propõe-se três meses para elaboração do projeto (janeiro a março -2015) e seis meses para início das atividades, tempo necessário para execução do projeto, compra dos materiais necessários e organização de profissionais já contratados que poderiam ministrar os cursos. |
| Redes de Ação Comunitária para Prevenção em DST/Aids: adolecer e aprender. Nó crítico: escassez de abordagens diferenciadas sobre sexualidade | Visa reduzir vulnerabilidades de jovens a partir da prevenção de DST/AIDS. | As oficinas objetivam formar jovens multiplicadores, que aplicarão educação em pares, através de recursos educacionais, cuja abordagem envolve a temática DST/AIDS em diferentes mídias. | Elaboração do projeto: Pedagoga e Vice- diretora da Escola Municipal Denizar Veloso Santos. Execução: enfermeira, médica, alunos, escolhidos como multiplicadores, técnico em informática , e alguns professores do ensino Fundamental e médio da Escola Municipal Denizar Veloso Santos | Propõe-se quatro meses para elaboração do projeto (janeiro a abril - 2015), e seis meses para início das atividades , tempo suficiente para capacitar os multiplicadores, Produzir e selecionar o material audiovisual mais adequado e realizar as oficinas entre pares. |

Fonte: CAMPOS, 2010.

Tabela 4 - Identificação dos recursos críticos:

| Operação/Projeto | Recursos críticos |
|--|---|
| Projeto Educação Sexual para a vida | <p>Organizacional: Mobilização associada dos profissionais de saúde e educação para melhor abordagem do tema. Treinamento dos profissionais.</p> <p>Financeiro: Recursos audiovisuais, transporte de profissionais, confecção de material educativo.</p> |
| Projeto Cultural para jovens | <p>Organizacional: Recursos humanos habilitados para prática das oficinas, local para encontros.</p> <p>Político: Solicitação de apoio de profissionais que atuam na área de saúde para ensinar a esses jovens; espaço físico.</p> <p>Financeiro: recursos materiais para realização das oficinas, lanches.</p> |
| Redes de Ação Comunitária para Prevenção em DST/Aids: adolescer e aprender | <p>Organizacional: recursos humanos habilitados para orientar os jovens multiplicadores sobre noções de informática, meios de comunicação, participação social e sexualidade.</p> <p>Político: solicitação de apoio de profissionais capacitados para ensinar a esses jovens os temas estabelecidos, espaço físico que disponha de computadores com acesso a internet.</p> <p>Financeiro: recursos materiais para realização das oficinas, recursos gráficos e fotográficos, dentre outros materiais de consumo.</p> |

Fonte: CAMPOS, 2010.

Tabela 5 - Análise da viabilidade:

| Operação/ Projeto | Recursos críticos | Ator que controla | Motivação | Ação estratégica |
|---|---|---|-----------|--|
| Projeto Educação Sexual para a vida | Organizacional: Mobilização associada dos profissionais de saúde e educação. Financeiro: Para recursos audiovisuais, transporte de profissionais, confecção de material educativo | Secretário de saúde e educação | Favorável | Apresentar o projeto para justificar as despesas com recursos humanos e materiais. |
| Projeto Cultural para jovens | Organizacional: Recursos humanos habilitados para prática das oficinas, local para encontros. Político: Solicitação de apoio de profissionais que tenham algo a ensinar a esses jovens, espaço físico. Financeiro: Recursos materiais para realização das oficinas, lanches. | Secretário de Educação, Lazer/Cultu ra, Assistência Social | Favorável | Apresentar o projeto para justificar as despesas. Apoio da comunidade e parceria com setor comercial, objetivando doações de materiais. |
| Redes de Ação Comunitária para Prevenção em DST/Aids: adolescer e aprender | Organizacional: Profissionais habilitados para orientar os jovens multiplicadores sobre noções de informática, meios de comunicação. Político: Espaço físico que disponha de computadores com acesso a internet. Financeiro: Recursos materiais para realização das oficinas. | Diretor da Escola Estadual Denizar Velo Santos, secretário de saúde e secretário de educação. | Favorável | Apresentar o projeto para justificar as despesas. Apoio da comunidade e parceria com setor comercial. |

Fonte: CAMPOS, 2010.

Plano operativo

O Projeto Educação Sexual para a vida, que tem como objetivo reduzir o número de jovens que iniciam atividade sexual precocemente, possui como responsáveis a enfermeira Janaína, a médica Maria Isabela, e as agentes comunitárias de saúde Elismar e Sandra. Consiste na abordagem educativa de adolescentes (9 a 18 anos) e adultos sobre o início da atividade sexual, através de palestras, filmes e teatro. Propõe-se quatro meses para início das atividades, tempo suficiente para capacitar os palestrantes, selecionar material didático mais adequado e realizar os ensaios para a peça teatral.

O Projeto Cultural para jovens, que visa reduzir o número de jovens ociosos, fornecer atividades de lazer e cultura, será executado por toda a equipe da Estratégia de Saúde da Família, profissionais do NASF (com destaque a psicóloga, assistente social, educador físico), monitores dos cursos disponibilizados. Consiste na criação de oficinas para entretenimento e capacitação dos jovens, com oferecimento de cursos de pintura, corte-costura, manicure, música, além de atividades físicas. Propõe-se seis meses para início das atividades, tempo necessário para execução do projeto, compra dos recursos materiais necessários (que dependem de licitação) e organização de profissionais já contratados que poderiam ministrar os cursos.

O Projeto “Redes de Ação Comunitária para Prevenção em DST/Aids: adolecer e aprender”, visa reduzir vulnerabilidades de jovens a partir da prevenção de DST/AIDS. As oficinas objetivam formar jovens multiplicadores, estes farão oficinas para outros jovens seguindo a lógica da educação entre pares, processo de ensino e aprendizagem em que uma determinada população atua como facilitadora de ações e atividades para pessoas que tenham a mesma faixa etária, ou que estejam em um mesmo espaço e que tenham experiências de vida semelhantes. Os módulos iniciais oferecerão aos adolescentes capacitação sobre os temas Participação Juvenil e Controle Social, desenvolvidos junto ao aprendizado sobre o saber técnico da produção audiovisual. Em seguida os jovens aprenderão a editar fotos e vídeos e produzirão vídeos tanto para o projeto quanto para iniciativa própria. Para formação desse grupo inicial será eleito um representante de cada turma, a

partir do sexto ano, até turmas do segundo grau, da Escola Municipal Denizar Veloso Santos. Serão usados os computadores disponíveis na biblioteca, e a máquina fotográfica da escola. Conhecimentos específicos sobre computação e vídeo serão oferecidos pelo técnico em informática, que presta serviços ao município. Já a capacitação sobre DST e sexualidade, conteúdo dos vídeos e demais produções serão fornecidas pela médica e enfermeira da ESF Simão Campos. Propõe-se seis meses para início das atividades.

Após implementação dos projetos, é de extrema importância o monitoramento do plano de intervenção para o alcance dos objetivos pretendidos. Essa avaliação deve ser sistemática para permitir intervenção oportuna que confirme ou corrija as ações monitoradas. No caso dos projetos “Educação Sexual para a vida, Projeto Cultural para jovens, Redes de Ação Comunitária para Prevenção em DST/Aids: adolescer e aprender” pretende-se realizar avaliações seriadas, que inicialmente ocorrerão a cada três meses. Nestas situações serão avaliados o cumprimento do cronograma, realização adequada das atividades pretendidas, distribuição dos recursos humanos, financeiros e materiais, a fim de alcançar os objetivos determinados.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O início precoce da atividade sexual entre adolescentes foi elencado como problema de grande magnitude a ser enfrentado pela equipe da ESF Simão Campos, no município de São João da Ponte, MG, após realização do diagnóstico situacional de saúde. Considerando-se a relevância desta questão e as conseqüências geradas na vida dos jovens e de toda a comunidade, a equipe deve estar capacitada para acolher e orientar adequadamente os adolescentes.

Cabe destacar o papel relevante do Programa Saúde na Escola (PSE), que em parceria com as equipes de saúde da família, trabalha também a temática da sexualidade na adolescência, uso de métodos contraceptivos, gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis, na perspectiva da prevenção e da promoção da saúde.

Na abordagem com os adolescentes, é relevante levar em consideração as particularidades sócio-demográficas e comportamentais, priorizando estratégias que remetam à reflexão dos adolescentes sobre as escolhas para sua vida futura. O projeto de vida nasce das interações entre o fortalecimento da identidade pessoal e da autoestima, a consciência da responsabilidade pessoal para com a conquista de melhorias, e o vislumbre de oportunidades ou perspectivas de futuro, aliado às orientações e ao conhecimento proporcionado pelas ações desenvolvidas pelos órgãos e entidades públicas, principalmente aqueles ligados à saúde e à educação.

REFERÊNCIAS

ANTEGHINI M, Fonseca H; IRELAND M; BLUM RW. Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian Adolescents in Santos, Brazil. **Journal of Adolescent Health** [online] 28: 295-302, 2001.

BORGES, Ana Luiza Vilela; SCHOR, Néia. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , [online] v. 21, n. 2, Apr. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: MS, 2012. 18p

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **BRASIL, Aids** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: MS, 2013 disponível em <http://www.aids.gov.br/> acesso janeiro /2016

CAMPOS Francisco Carlos Cardoso et al. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG -Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.2010.110p .

CHALEM, Elisa et al. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 1, [online] Jan. 2007 .

CHINAZZO, Ítala Raymundo; CAMARA, Sheila Gonçalves; FRANTZ, Deise Gabriela. Comportamento sexual de risco em jovens: aspectos cognitivos e emocionais. **Psico-USF**, Itatiba , [online] v. 19, n. 1, Apr. 2014.

CORRÊA, Edison José, et al. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013.140p

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

DINIZ, E; KOLLER, S. H. Fatores associados à gravidez em adolescentes brasileiros de baixa renda. **Paidéia Ribeirão Preto** [online]. V.22, n.53, p.305-314, 2012.

FARIA, Horácio, et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG 2009. 68p-Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

FONSECA, A. D.; GOMES, V. L. O.; TEIXEIRA, K. C. Percepção de adolescentes sobre uma ação educativa em orientação sexual realizada por acadêmicos (as) de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista** [online]. V.14, n.2, p.330-337, 2010.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA - UNICEF.; **Progresso para as Crianças**: um relatório sobre adolescentes. Abril 2012. Disponível em:<http://www.unicef.org/brazil/pt/br_PFC2011.pdf>. Acesso em: novembro 2014.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - UNFPA. **Prevenção das DST, HIV e Aids**. Adolescentes e jovens para a educação entre pares. 2010. Disponível em http://www.unfpa.org.br/Arquivos/guia_prevencao.pdf . Acesso em: janeiro 2015.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - UNFPA. **Maternidade precoce**: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência. Relatório Situação da População Mundial 2013. ONU, União das Nações Unidas. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/Gravidez%20Adolescente%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em: novembro 2014.

GURGEL, M. G. I. *et al.* Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência. **Revista Gaúcha Enfermagem**. [online] V.31, n.4, p. 640-646, 2010.

GUSMÃO. C.G. **Impacto do Programa Bolsa Família no município de São João da Ponte – MG, 2009** [online].

HUGO, Tairana Dias de Oliveira et al . Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , [online] v. 27, n. 11, Nov. 2011

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: www.ibge.gov.br (acesso: maio/2014)

MACHADO, Diolene; LACERDA, Juciano. Estratégias midiáticas na aprendizagem do tema DST/Aids: ações em rede para reduzir vulnerabilidades de adolescentes e jovens da comunidade de Mãe Luiza, Natal, 2012.

MADKOUR AS; et al. Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: a comparative study of five nations. **J Adolesc Health** 2010; 47:389-98

MENDES, S. S. *et al.* Saberes e atitudes dos adolescentes frente à contracepção. **Revista Paulista Pediatria**. V.29, n.3, p.385-391, 2011.

NETO, F. R. G. X.; DIAS, M. S. A.; ROCHA, J. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Revista Brasileira Enfermagem** [online]. V.60, n.3, p.279-285, 2007.

Redes e Programas de Saúde. Sala de Apoio a gestão estratégica. Disponível em <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em de 30 de abril 2014

PATIAS, Naiana Dapieve; DIAS, Ana Cristina Garcia. Sexarca, informação e uso de métodos contraceptivos: comparação entre adolescentes. **Psico-USF**, Itatiba , v. 19, n. 1, Apr. 2014.

ROTELI-MARTINS, Cecília Maria et al . Associação entre idade ao início da atividade sexual e subseqüente infecção por papilomavírus humano: resultados de um programa de rastreamento brasileiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro , [online] v. 29, n. 11, Nov. 2007.

VILLELA WVD, Doreto DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cad Saúde Pública** 2006; [online] 22:2467-7220

TAQUETTE, Stella R.; VILHENA, Marília Mello de; PAULA, Mariana Campos de. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba , v. 37, n. 3, ; [online] June 2004